

LES ALGIES PELVIENNES

DR ZINE

PLAN

- INTRODUCTION
- DEMARCHE DIAGNOSTIQUE
- ETIOLOGIE
- A. DOULEUR AIGUE: génitale et extra-génitale
- B. DOULEUR CHRONIQUE: génitale et extra-génitale

INTRODUCTION

- Par définition douleur au niveau de quadrant inférieur de l'abdomen
- Motif fréquent de consultation 30%
- On distingue :
 - Aigue :évoluant depuis un mois
 - Chronique: évoluant depuis 6 mois ou plus
- La CAT pose un problème de diagnostic et thérapeutique
- DPA EST UNE URGENCE THERAPEUTIQUE
- DPC impose un bilan lésionnel complet

Démarche étiologique

A. Interrogatoire:

- Age
- Contexte Atcds:
 - Familiaux
 - Personnels : médicaux , chirurgicaux , gynécologique, obstétricaux, sexuels
- Caractère de la douleur:
 - début
 - date d'apparition
 - circonstance d'apparition
 - siège , irradiation , type, intensité ,
 - Évolution
 - Facteur déclenchant
 - Facteur sédatif
 - Signes accompagnateurs

- **B EXAMEN CLINIQUE :**

- Examen général
- Examen abdominal
- Examen gynécologique:
 - -inspection
 - - spéculum
 - TV /TR

- **C EXAMEN COMPLIMENTAIRE:**
- bilan biologique : test de grossesse , bilan inflammatoire , bilan hormonal
- Bilan cytot bactériologique
- Bilan radiologique: échographie , HSG , HSC , SCANNER IRM ,CEOLIOSCOPIE

ETIOLOGIE

A/ DOULEUR PELVIENNE AIGUE

- **DPA extra-génitale:**

- Appendicite
- Occlusion intestinale
- Péritonite
- PNA
- COLIQUE NEPHRITIQUE
- colopathie

- **DPA génitale:**

- A. Contexte infectieux

- B. Contexte hémorragique

- C. Présence d'une masse abdominale

- **A/ CONTEXTE INFECTIEUX:**

- Infection génitale basse:**

Facteur de risque: climat hormonal(grossesse ,ménopause,CO)

LA CLINIQUE: brulures , dyspareunie, leucorrhée, des signe inflammatoire

Les germes multiples

Paraclinique: PV ,ECBU

Trt : antifongique ATB ANTIVIRAUX

INFECTION GENITALE HAUTE:

Facteurs de risque: atcds d'une infection génitale basse , MST, PARTENAIRE MULTIPLE, DIU, manœuvre endo-utérin récente

Clinique: dlr d'apparition progressive ,bilatérale, spontanée, à irradiation post , calmé par le repos , fièvre, leucorrhée, MTR en cas d'endométrite, douleurs à la palpation et à la mobilisation de l'utérus , lochées fétides nauséabondes, gros utérus mou douloureux dlr au niveau de l'HPC DROIT SD DE figh HUGH CURTIS

PARACLINIQUE: bilan inflammatoire, sérologie, PV ECBU échographie voir coelio dg si doute

Trt : repos , atb , utéro-tonique , anticoagulants

Pelvipéritonite:

Facteur de risque: IGB ou IGH ,DIU

CLINIQUE: DPA basse avec des signes généraux et des signes digestifs, défense abdominale hypogastrique voir contracture ,au TV cri de douglas parfois masse palpable

para clinique: échographie, scanner

Trt: ATB parentérale pendant 48 h si pas d'amélioration une exploration chirurgicale par coelioscopie ou laparotomie

B/ contexte hémorragique:

1. GEU:

Facteur de risque: ATCD GEU ,salpingite, chirurgie tubaire, tabac, DIU, micro-progestatif, inducteur

Clinique: DPA unilatérale, type colique, aménorrhée ou des MTR , lipothymie, scapulalgie, nausée, vomissement, défense abdominale

Paraclinique: BHCG ,échographie,

Trt: le plus souvent chirurgicale

2. Menace d'avortement:

Clinique: colique expulssives avec MTR sur grossesse

Paraclinique: écho grossesse évolutive +/- décollement trophoblastique

trt: repos et tocolyse

- **3.avortement en cours**
- **Clinique:** colique expulsive avec des MTR +/- abondante
- **Paraclinique: echo:** eoufs claire , rétention trphoblastque
- **Trt:** curtage utérin + utérotonique

- 4.rupture d'un corps jaune hémorragique:

c/ présence d'une masse pelvienne:

1. Kyste ovarien (torsion ,
rupture,hémorragie intra kystique)
2. Fibrome utérin (nécrobiose , torsion ,
myome ss muqueux)

B/ DP CHRONIQUE:

1. **DPC extra-génitale:**

- douleur digestive: sigmoïdite , maladie inflammatoire
- Douleur urinaire; cystite, lithiase urinaire, infection urinaire
- Douleur rhumatologique: discopathie lombaire, sciatique
- Douleur neurologique: névralgie du nerfs honteux , hernie discale
- Douleur psychosomatique: dépression , crise d'hystérie

● 2. DPC GENITALES:

- _ cyclique
- _ Non cyclique
- _ essentielles fonctionnelles sans cause organique

● DPC CYCLIQUE:

1/ syndrome prémenstruel:

Définition: ensemble des symptômes physiques, psychologique, et comportementaux gênants sans cause organique, survenant régulièrement dans la semaine qui précède l'apparition des règles et disparaissent la veille ou avant le 1^{er} jour de cycle.

Étiologie : complexe et multifactorielle: facteur socioculturels, psychologique, hormonal, et autre...

Clinique: DP diffuse à type de pesanteur, prise de poids, mastodynie, signes digestifs, signes neuropsychique avec un examen clinique normal.

Trt: progestatif, veinotonique, diurétique, anxiolitique, psychothérapie

- **2/dysménorrhée:**

Dysménorrhée primaire: fonctionnelle de la jeune fille,

Due à une : à:excès de prostaglandine, neurovégétatif, psychogène;

Dysménorrhée secondaire: organique de l'adulte due endométriose , IGH ,obstacle à l'écoulement menstruel(polype cervical, DIU, FIBROME, malformation utérine, synéchie) ; ; trt pilule, psychothérapie antiprostaglandine ,antalgique ,antispasmodique,

- **3/ syndrome intermenstruel:**

Penser à la pote ovulatoire qui, peut s'accompagner des MTR minime, si elle est répétée : dystrophie ovarienne, endométriose, kyste dermoïde, salpingite, varice.

4/ douleur post menstruelle immédiate:
endométriose

- **DPC NON CYCLIQUE:**

- 1/dyspareunie

- 2/séquelles d'infection génitale

- 3/ douleur de la statique pelvienne:

- rétroversion utérine, syndrome de MASTER ALLEN

- 4/prolapsus génital

- 5/ douleur révélant une masse pelvienne:

- kc pelvien, fibrome , kyste ovarien

- 6/ vaginisme

- DPC ESSENTIELLE**

CONCLUSION

- MOTIF FREQUENT DE CONSULTATION
- UN BON EXAMEN CLINIQUE ET INTERROGATOIR EST ESSETIEL POUR LA DEMARCHE ETIOLOGIQUE,

