

ALGIES PELVIENNES

Comment orienter le diagnostic et les patientes
Prise en charge initiale

Pr Aubert Agostini

Dr Pierre Macé

**Service de Gynécologie-Obstétrique
CHU La Conception - Marseille**

Interrogatoire

- Douleurs** {
- type
 - intensité
 - siège
 - durée, mode d'apparition
 - rythme, caractère aiguë ou chronique

**Signes d'accompagnement: MTR? Leucorrhées?
Vomissements ? SFU ?**

Relations avec le cycle menstruel

Facteurs déclenchants

Antécédents, DDR, type de contraception

Examens cliniques et paracliniques

Examen clinique :

- pouls, TA, T°, **BU**
- Abdomen: **irritation péritonéale ?**
- Gynéco: vulve, speculum, **TV +/- TR**
- Percussion des fosses lombaires

Examen paraclinique:

- Biologie : HCG et **BU**
- NFS – PCR – CBU
- Echographie (Fast Echo)
- Scanner
- IRM pelvienne (endométriose)
- Coelio exploratrice

Principales étiologies des douleurs pelviennes aiguës

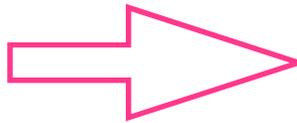
Tubaire	Utérine	Ovarienne	Urinaire	Digestive
Grossesse extra utérine	Fausse couche spontanée ou grossesse évolutive	Torsion d'annexe	Cystite ou Pyélonéphrite aiguë	Appendicite
Infection génitale haute	Infection génitale haute	Hémorragie intrakystique	Colique néphrétique / Migration lithiasique	Colite
	Douleur sur Fibrome	Rupture de kyste ovarien		
		Ovulation		
		Thrombose de la veine ovarienne		

Douleurs pelviennes aiguës

- 1er réflexe : Evaluer l'état hémodynamique
- 2ème réflexe : savoir si la patiente est **enceinte**: âge, DDR, contraception, **HCG urinaire et/ou plasmatique**
- Ne pas oublier que **tous les autres diagnostics sont possibles avec des HCG positifs**

DIAGNOSTICS si HCG +

- Fausse couche spontanée
- Grossesse extra-utérine
- GROSSESSE EVOLUTIVE
- +/- la môle
- Ne pas oublier la grossesse hétérotopique
- Ne pas oublier que **tous les autres diagnostics sont possibles avec des HCG positifs**



L'EXAMEN ROI :
L'échographie pelvienne

Un concept: la GLI

« Grossesse de localisation indéterminé »

Les points clés pour orienter la prise en charge

GEU

GIU

GLI

FCS non compliquée

FCS hémorragique

- Avez vous déjà réalisé une échographie pour cette grossesse ?
- Il y avait t-il un sac ? un embryon ?
- Groupe Rhésus ?
- Etat hémodynamique
- Douleur centro-pelvienne ou latéralisée ?
- Irritation péritonéale ?
- Aspect et Abondance des saignements ? « comme un robinet ouvert ? », « le spéculum qui se remplit », « Traces »
- Fast echo : SGIU ? Vacuité utérine ? Epanchement du Douglas ou du Morrison ?

Le tableau de FCS hémorragique

- Douleurs d'apparition progressive, rapidement importante , à type de douleurs de règles ou de CU
- Expulsion de débris ovulaires/ caillot
- Saignements abondants de sang rouge
- Echo: sac aplati, décollé du fond utérin, voire dans le col
- Ou rétention trophoplastique/ caillot
- Décroissance des HCG : impose donc une cinétique , mais le premier dosage montre souvent des HCG élevé (> 1500)

Principes de la PEC de la FCS hémorragique

Urgence vitale+++

Savoir **distinguer** la FCS non compliquée de la FC hémorragique.

Etat **hémodynamique** + **évolution** sur **une durée courte** (1 heure maximum) et évaluation **biologique** (NFS Plaquette, bilan de coagulation, Hémocue). Evaluation échographique.

Bilan pré thérapeutique : GR, RH, RAI , CGR en réserve

VVP , Remplissage, +/- Transfusion

Transfert aux urgences gynécologiques

Traitement : Aspiration endo utérine en urgence.

Le tableau de GEU: Signes évocateurs

Non rompue

- Douleur/Gêne unilatérale +/- Douleur à la décompression
- Douleur à la mobilisation utérine
- MTR de sang noir « sépia »
- Taux HCG « faible » *entre 500 et 1500*
- Asymptomatique, situation simple de GLI

Rompue

- Douleur à la mobilisation utérine
- Douleur à la décompression
- MTR de sang noir « sépia »
- Défense FID ou FIG ou généralisée
- Scapulalgies
- Lipothymie
- Défaillance hémodynamique

Facteurs de risque de GEU

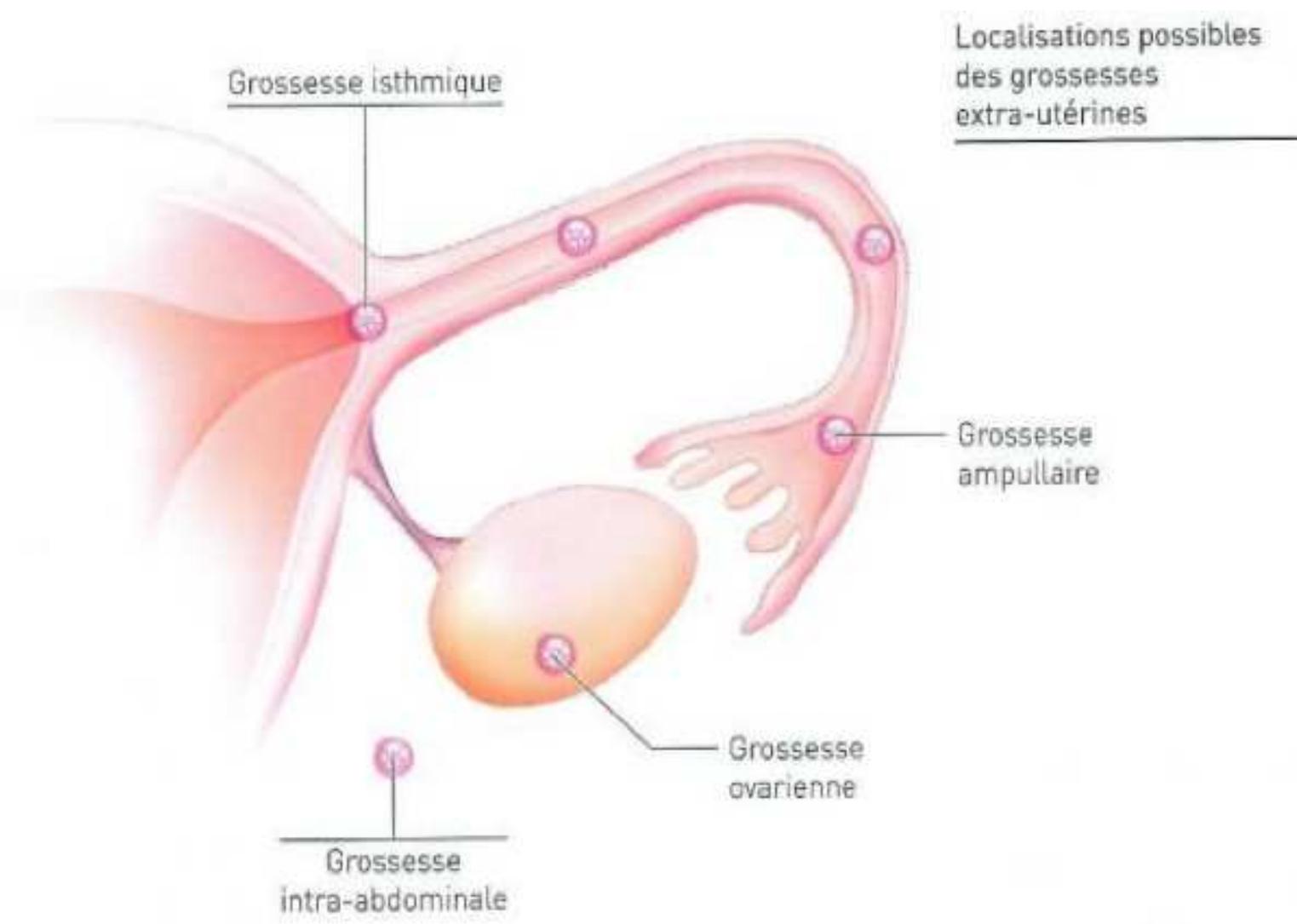
- Infection génitale
- Chirurgie tubaire
- Induction de l'ovulation (anti-œstrogène perturbant le transport ciliaire) et FIV
- Utérus DES
- Tabac baisse du péristaltisme
- ATCD de GEU
- Microprogestatifs baisse du péristaltisme?
- DIU: pas un FdR (prévient moins bien la GEU que la GIU, notamment DIU au cuivre par activité anti-nidatoire locale)

...mais absence fréquente de facteurs de risque

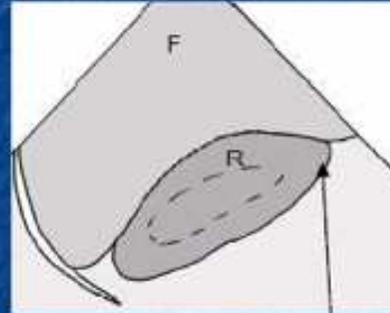
GEU à l'échographie: 95% ampullaire

- **Vacuité utérine +/- pseudo-sac**
- **Corps jaune** 85% du même côté que la GEU
- **Œuf extra-utérin** évaluation de la distance à la corne: si < 2cm, risque de grossesse isthmique ou cornuale
- **Hématosalpinx** masse échogène hétérogène latéro- et rétro-utérine
- **Hémopéritoine** abondant, finement échogène, douloureux, à quantifier+ vérifier gouttières et coupoles

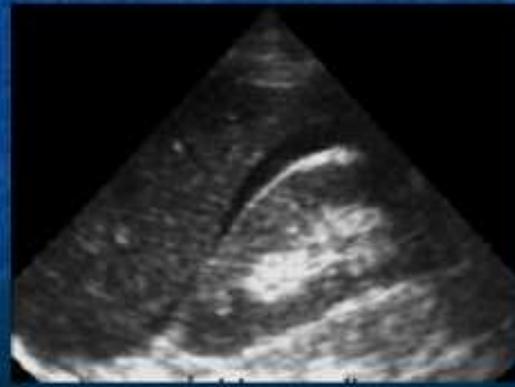
...25% de 1^{ère} échographie normale...



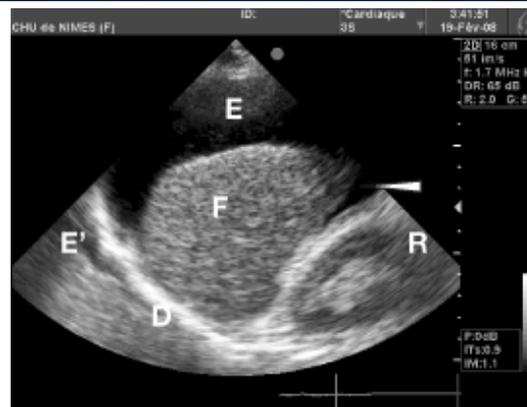
Epanchement dans le péritoine ? Espace de Morisson



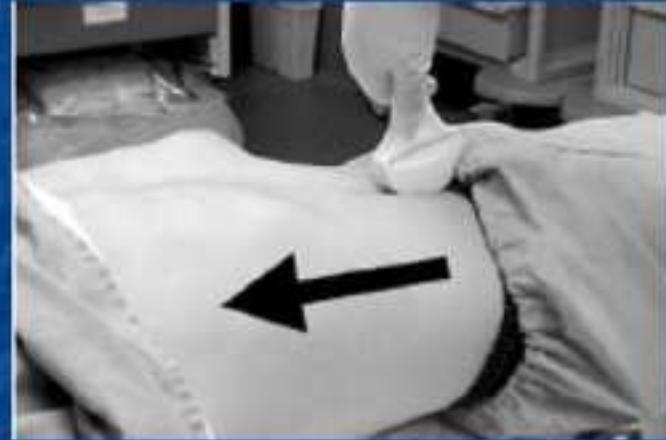
Normal



Epanchement



Epanchement dans le péritoine ? Espace de Douglas



GEU : La prise en charge initiale

- Evaluer +/- stabiliser l'état hémodynamique
- Bilan pré op et/ou pré MTX
- Antalgiques

-Adresser en urgence si HCG élevée (> 500 , ++ si > 1500)

-Adresser en urgence si patiente symptomatique (surtout douleur)

-Adresser en urgence (prévenir équipe de garde ++) OU opérer sur place si état hémodynamique instable

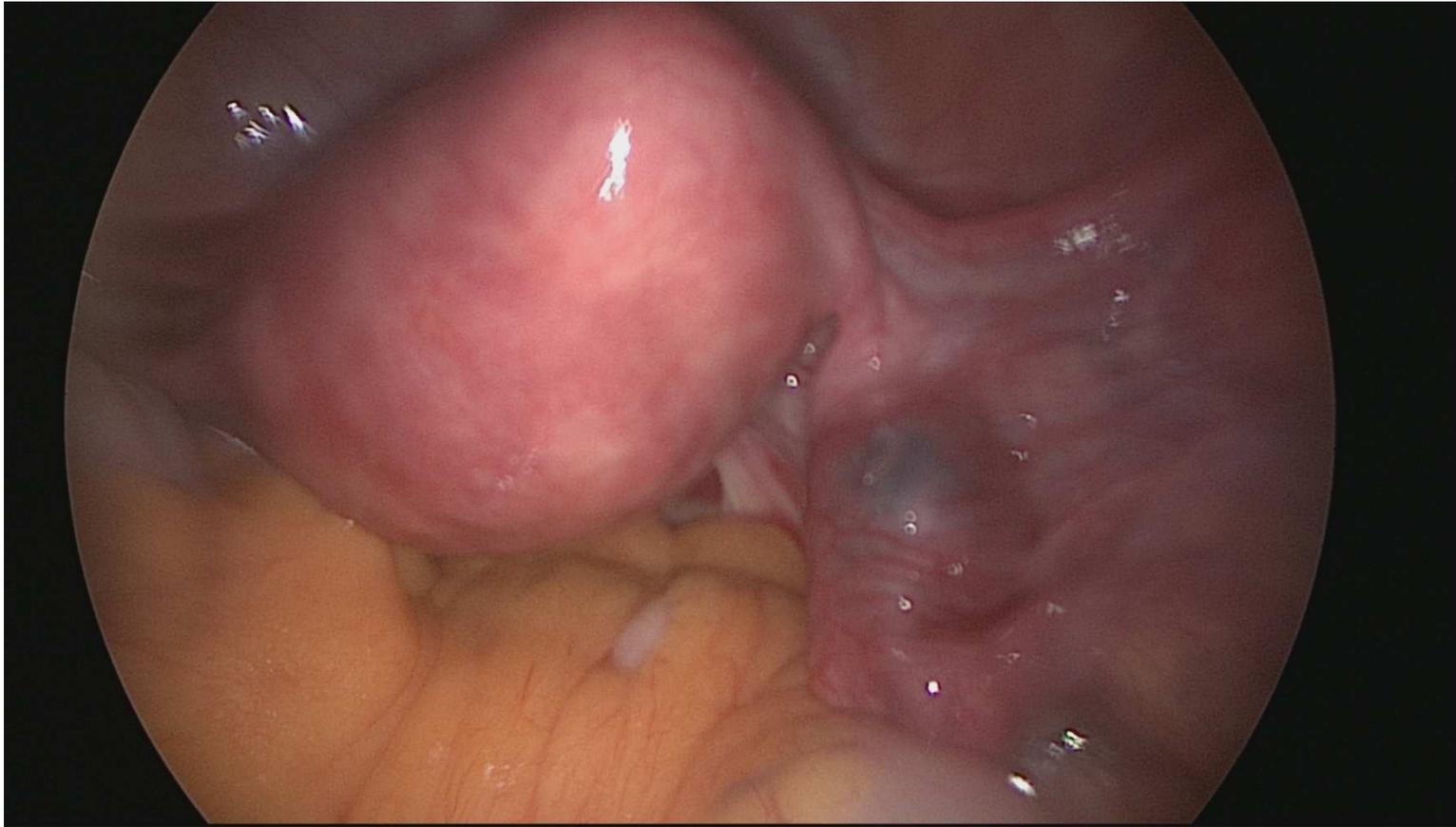
- Si HCG faible , patiente asymptomatique ou quasi : **GLI**, adresser sans urgence

Aux urgences gynécologiques

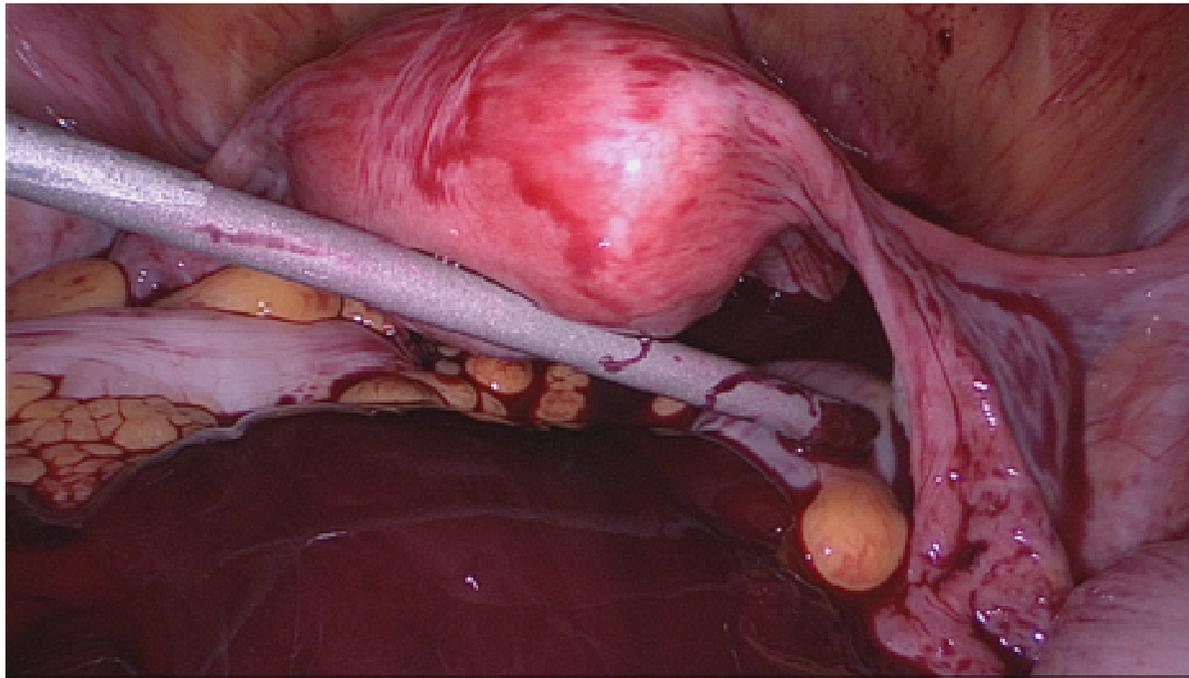
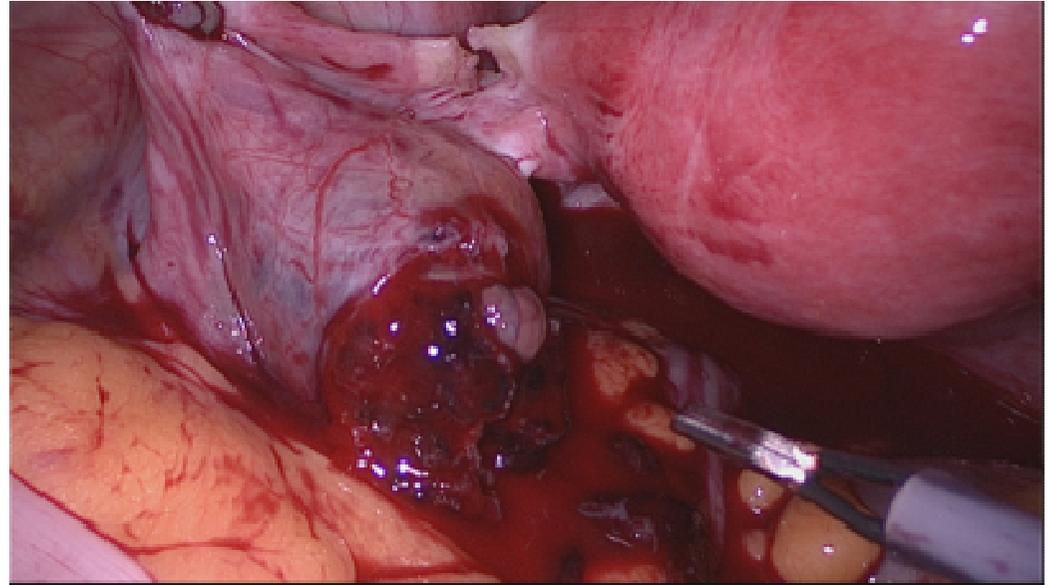
Echo pelvienne

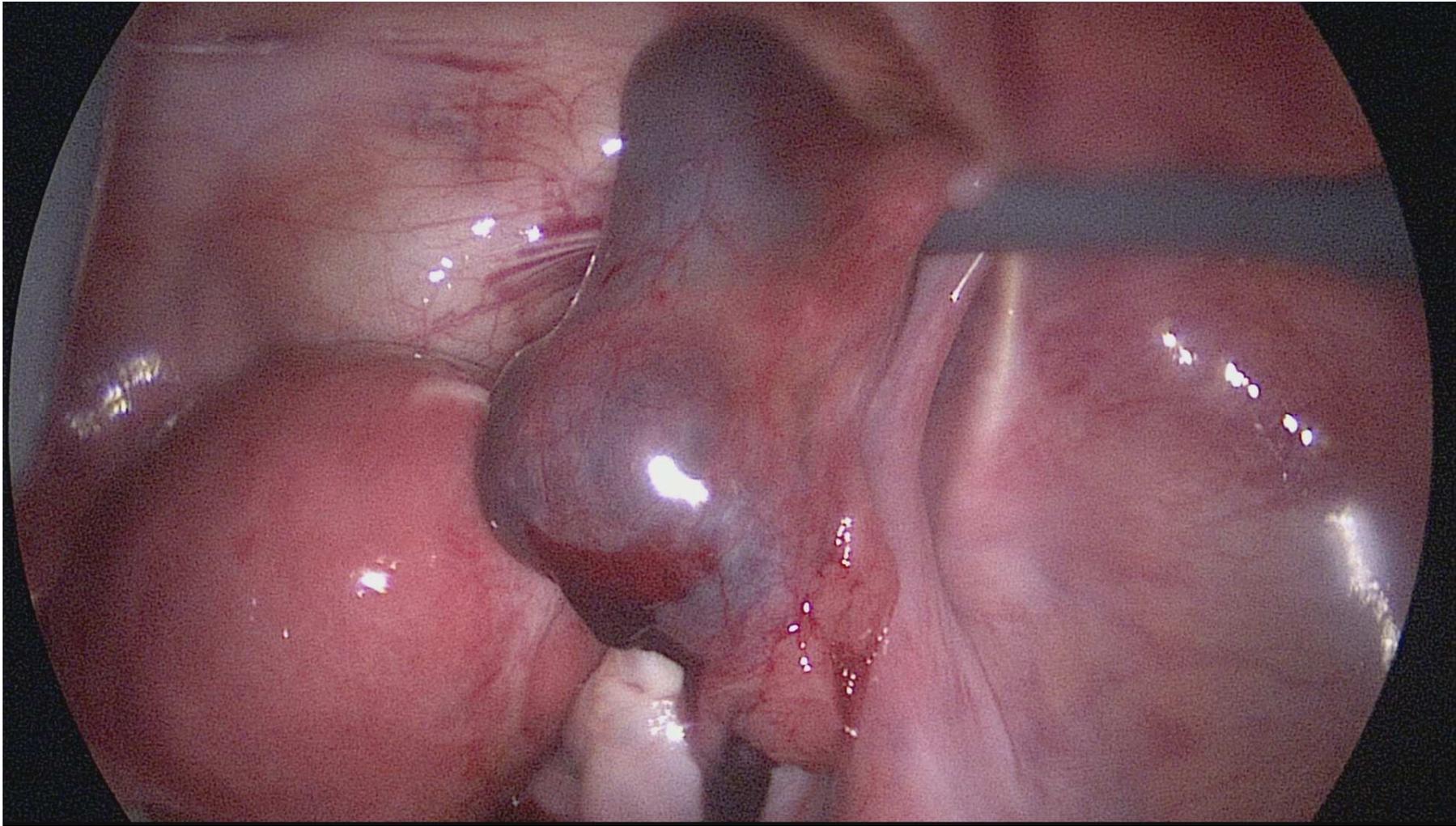
Choix entre traitement médicamenteux ou chirurgical

GEU droite

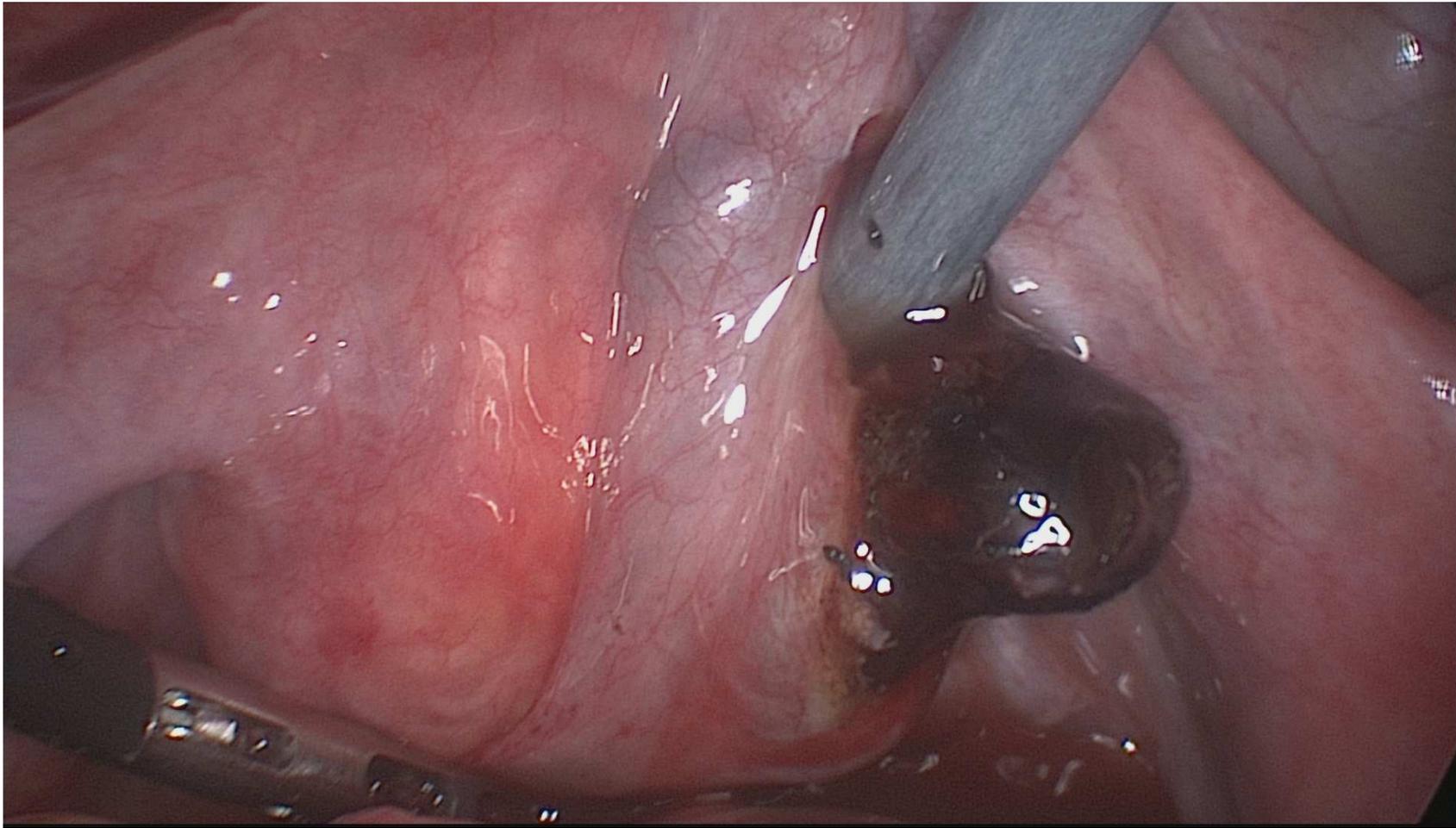


GEU Gauche ROMPUE





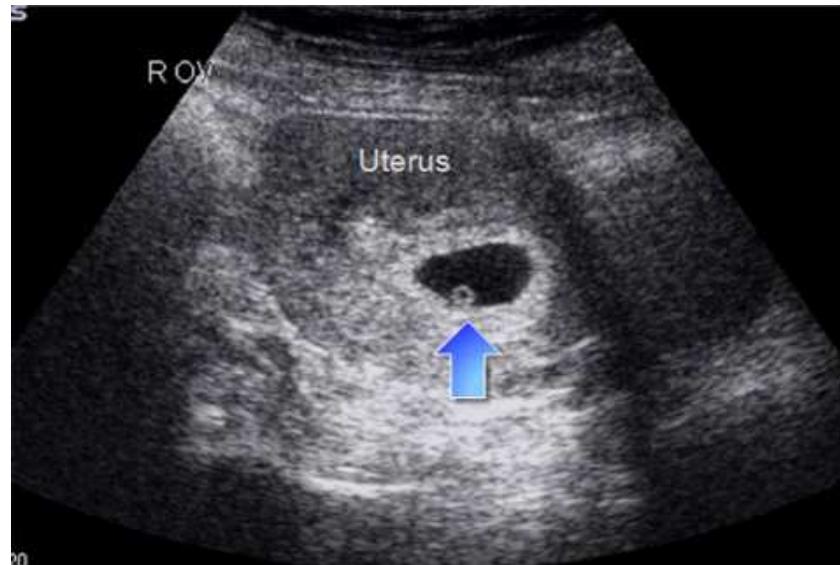
Salpingotomie



La grossesse intra-utérine évolutive

- Douleurs pelviennes Motif fréquent de Cs au premier trimestre de grossesse (+/- métrorragies)
—>Avez vous déjà réalisé une échographie pour cette grossesse ? **OUI**
—> Il y avait t-il un sac ? un embryon ? **OUI +/- OUI**
- La patiente a ramené son écho ou FAST ECHO :
VESICULE VITELLINE

La prise en charge initiale
Si pas d'hémorragie génitale,
aucune urgence
LE REFLEXE : **BU +++**
Adresser au gynécologue
sans urgence



Si HCG négatifs ...

- Cause Ovarienne (Kyste)
- Fibrome
- Infection génitale haute +/- compliquée
- Appendicite
- Causes rénales (Lithiasique ou infectieuse)
- Les « raretés »

Les kystes ovariens

Torsion d'annexe :

kyste de l'ovaire +/- connu ?

FIV? hyperstimulation ovarienne ?

Apyrexie

Douleur unilatérale latéro utérine **brutale de plus en plus intense +++**

TV: masse latéro utérine parfois palpable

Examen clinique souvent **difficile** du fait de la douleur, **Défense**

Recours à des antalgiques de palier 3, **Vomissements**

—> **Urgence : Coelioscopie détorsion/ kystectomie**

Rupture de kyste ovarien:

ATCD de kyste connu

Douleur brutale, post coïtal ++, s'améliorant progressivement

Echo: kyste affaissé ou non visible, épanchement

—> **Surveillance clinique, Hb ++: risque de déglobulisation par hémopéritoine**

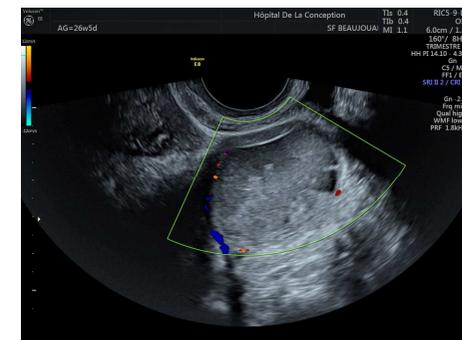
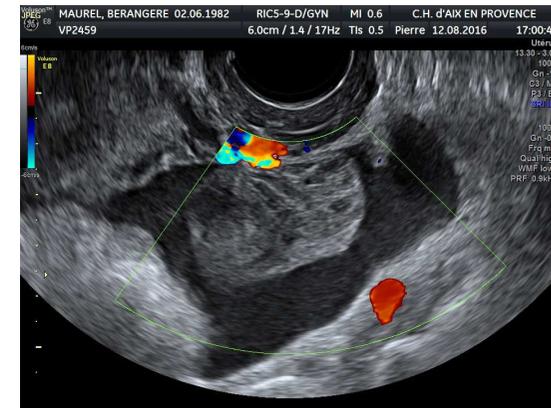
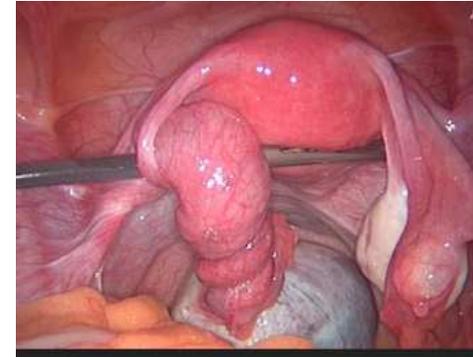
Hémorragie intrakystique

ATCD de kyste connu

Douleur brutale

Echo: kyste hétérogène

—> **Risque de rupture >> surveillance clinique et écho**



Douleur sur kyste ovarien: La prise en charge initiale

- Bien évaluer l'anamnèse
- Calmer la douleur (du moins tenter ...)
- « Test aux antalgiques »
- Si palier 3 et/ou vomissements : MEFIANCE
- Réévaluer cliniquement +/- biologiquement mais intervalle « court »
- **Interêt de l'écho** pour le diagnostic initial mais pas pour l'évolution

Adresser en urgence si :

- Palier 3 , Vomissements
- Défense, douleurs d'aggravation progressive
- Au moindre doute sur torsion
- Déglobulisation

FAST ECHO DOULEUR OVARIENNE



Epanchement du Douglas

Cause ovarienne (suite)

- Ovulation
 - Timing % cycle
 - MTR
 - Écho + NFS+hCG
- Thrombose de la veine ovarienne
 - Tableau atypique , douleur de torsion, d'appendicite, de colique néphrétique ... y penser dans les contextes à haut risque thromboembolique et si pas d'étiologie retrouvée (relecture du scanner)

Douleur utérine sur fibrome

- Un fibrome n'est pas douloureux sauf cas exceptionnels :
 - Fibrome endocavitaire expulsé par le col
 - Nécrobiose aseptique de fibrome
 - Torsion fibrome sous-séreux



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)

- × Echographie → fibrome(s) visualisés sur utérus gravide, **échostructure hétérogène**
- × Bilan : **Syndrome inflammatoire discret**

Infections génitales hautes: IGH

INTERROGATOIRE

- ATCD d'IST, contexte post-partum/post-abortum, manœuvre endo-utérine récente
- Métrorragies
- Syndrome rectal (épreinte, ténésme)

EXAMEN CLINIQUE

- Douleur pelvienne spontanée (en l'absence d'autre pathologie)
- Et douleur annexielle provoquée
- **Et/ou douleur à la mobilisation utérine**

- T° > 38
- Leucorrhées purulentes

Aucun examen clinique ou para clinique n'est pathognomonique...sauf?

BIOLOGIE, MICROBIOLOGIE

- NFS, CRP
- PV + recherche C.trachomatis, N.gonorrhoeae, M.génitalium
- Prélèvement endocervical + examen bactériologique, après désinfection exocol
- PCR chlamydiae sur 1^{er} jet urinaire
- Bilan IST +++
- Sérologie C.Trachomatis : aucun intérêt
- Si DIU : retrait + envoi en bactériologie

ECHOGRAPHIE PELVIENNE



Infections génitales hautes: IGH

▶ CRITERES MAJEURS

- ▶ Douleur pelvienne spontanée
- ▶ ET Douleur annexielle provoquée
- ▶ ET/OU Douleur à la mobilisation utérine (TV)

▶ CRITERES ADDITIFS

- ▶ Interrogatoire : ATCD, facteurs de risque, contexte (iatrogénie, IST) syndrome rectal, métrorragies
- ▶ Examen clinique : Fièvre, leucorrhées purulentes
- ▶ Examens paracliniques : CRP élevée, germes aux PV, biopsies positives
- ▶ Echographie : épaissement tubaire > 5mm OU masse latéro-utérine hétérogène OU roue dentée (franges tubaires épaissies)
- ▶ Absence d'autre pathologie (kyste, GEU, appendicite, endométriose, cystite...)



HISTOLOGIE

- Biopsie de l'endomètre
Dans les formes mineures, si doute diagnostique

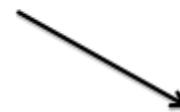


ECHOGRAPHIE

- Signes spécifiques :
 - épaissement pariétal tubaire > 5 mm
 - ou - signe de la roue dentée (franges tubaires épaissies)
 - ou - masse hétérogène latéro-utérine
- Rechercher forme compliquée (abcès tubo-ovarien)
- Eliminer diagnostics différentiels



+/- TDM abdomino-pelvien, si doute diagnostique clinique et écho
+/- IRM, à discuter en 2^{ème} intention



IGH NON
COMPLIQUEE

Endométrite
Salpingite

DOUTE
DIAGNOSTIC

IGH COMPLIQUEE
ABCÈS > 3 cm

Abcès tubo-ovarien
Pelvipéritonite

IGH NON
COMPLIQUEE



Ttt en EXTERNE :
ATB
PO(*tableau 1*)
ANTALGIQUES
+/- ttt partenaire



Surveillance :
Reconvocation
entre J3 et J5
. ex clinique
. contrôle écho
. adaptation ATB
aux résultats
bactério
. pillule

DOUTE
DIAGNOSTIC,
malgré
TDM/IRM



Coelio
+/- biopsie
endométriale
ou fimbriale

IGH COMPLIQUÉE
ABCÈS > 3 cm



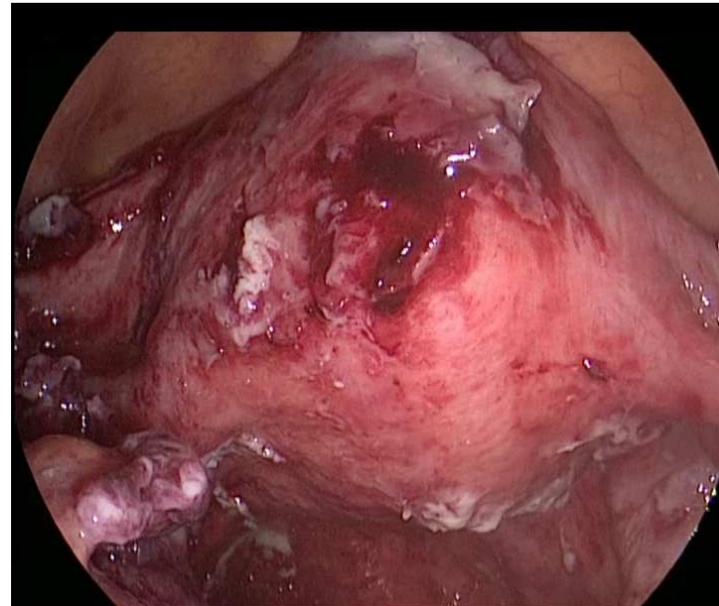
Ponction
transvagi
nale



Formes
graves :
. Rupture
abcès
. Péritonite
. Choc
septique



Coelio



+ ATB (*tableau 2*)
ANTALGIQUES
+/- ttt partenaire

Tableau 1

	Antibiotiques	Posologies et voies d'administration	Durées	Remarques
Traitement proposé en première intention	Ofloxacine	400 mg x 2/jour per os	14 jours	
	+ Métronidazole +/- Ceftriaxone	500 mg x 2/jour per os (500 mg, 1 injection IM unique)	14 jours	
Alternatives possibles	Ceftriaxone	500 mg IM	dose unique	
	+ Azithromycine	1 g par semaine	14 jours	
	Moxifloxacine	400 mg/jour	14 jours	
	Ceftriaxone	500 mg, 1 injection IM	dose unique	
	+ Métronidazole	500 mg x 2/jour per os	14 jours	
	+ Doxycycline	100 mg x 2/jour per os	14 jours	

RPC CNGOF 2011

Tableau 2

	Molécule ***	Posologie et voie	Durée
Première intention	Ceftriaxone + Métronidazole **** + Doxycycline ****	1 à 2 g x 1/j IV 500 mg x 3/j IV 100 mg x 2/j IV	14-21 j
Alternatives **	Ofloxacine **** + Métronidazole	400 mg x 2/j IV 500 mg x 3/j IV	14-21 j
	Céfoxitine + Doxycycline	1 à 2 g x 3/j IV 100 mg x 2/j IV	14-21 j

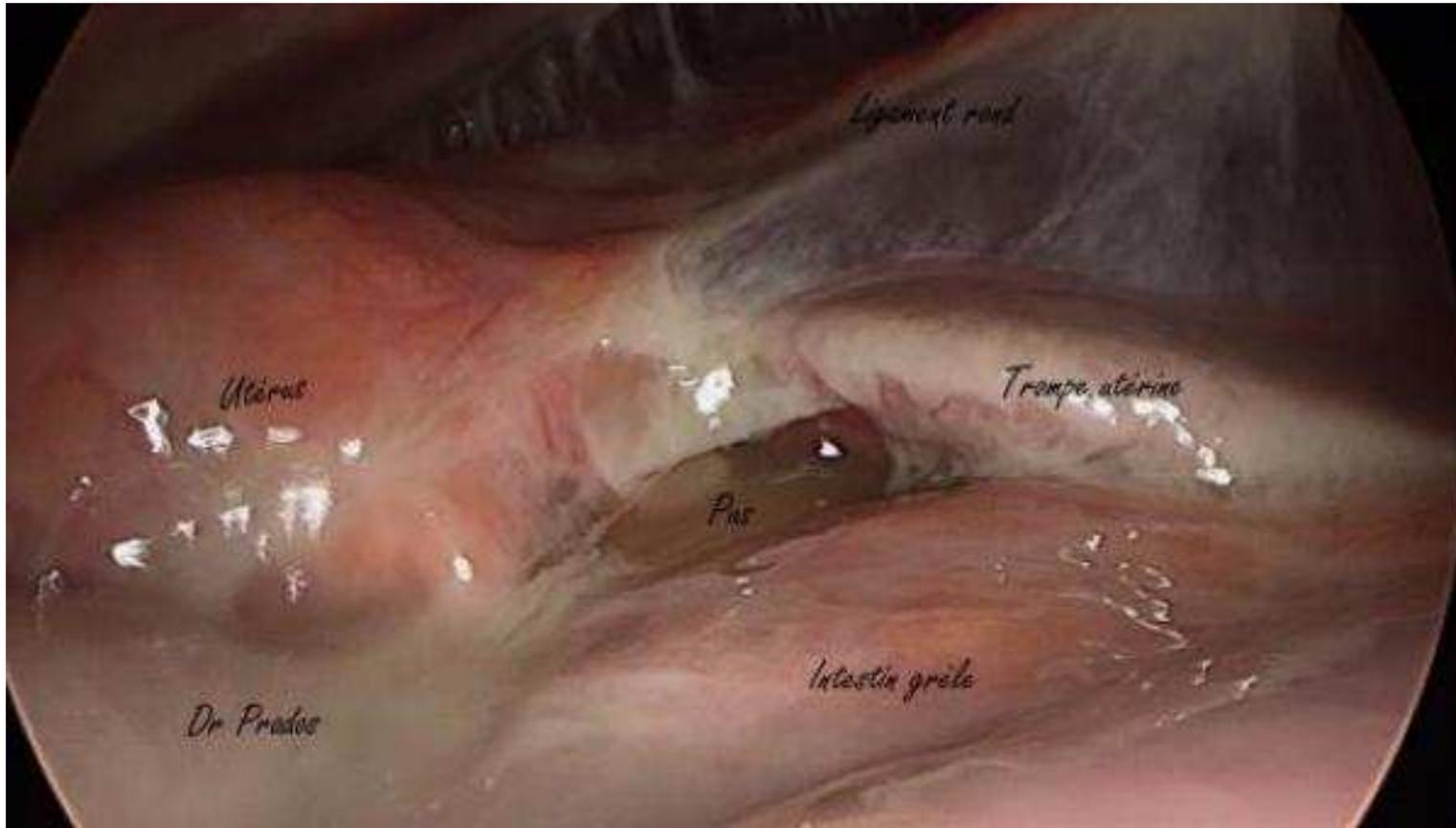
* En cas de choc septique, sepsis grave, immunodépression, la gentamicine peut être ajoutée 3 à 8 mg/kg/j en 1 injection IV, sans dépasser 5 jours.

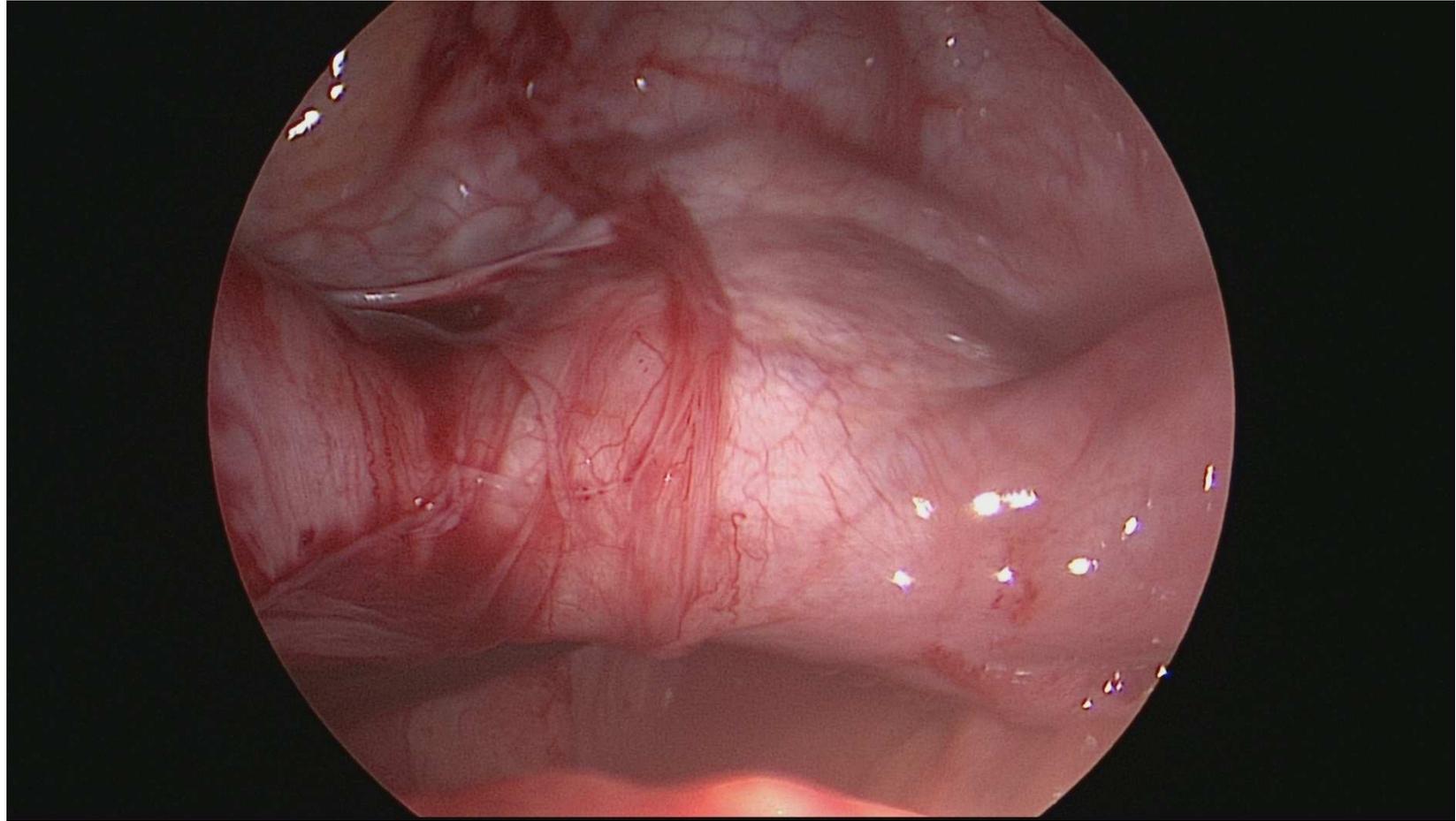
** Ces schémas ne couvrent pas toutes les situations bactériologiques (résistance de certains gonocoques aux fluoroquinolones ; résistance de certaines entérobactéries...).

*** Une réévaluation de l'antibiothérapie est indispensable à 72 h en fonction de la clinique et des résultats des examens microbiologiques. En cas de désescalade dans le spectre antibiotique, il est conseillé de conserver pendant tout le traitement une action anti-anaérobie et contre *C. trachomatis*.

**** L'ofloxacine, le métronidazole et la doxycycline ayant une bonne biodisponibilité orale, il est possible de les administrer per os dès que l'apyrexie et l'amélioration clinique sont obtenues et en l'absence de troubles digestifs.

ttt partenaire : AZYTHROMICINE si suspicion *C. Trachomatis*
CEFTRIAZONE si suspicion Gonocoque





Les IGH : Prise en charge initiale

- AUCUN SIGNE PATHOGNOMONIQUE mais la douleur à la mobilisation utérine est assez caractéristique
- Hospitalisation si Sepsis , avec ATB IV
- Adresser en urgence si Défense ou Abscess (IGH compliquée)
- En cas de doute sur IGH ou IGH non compliquée : prélèvements , OFLOCET-FLAGYL et adresser dans les 5 jours au spécialiste

Pathologie extra génitale

Intestin : Appendicite – Sigmoidite-TFI

Rein : Colique néphrétique – Pyélonéphrite

Ostéoarticulaire: lombo sciatgie à irradiation
abdominopelvienne

.....

AUTRES

Pathologie néoplasique : cancers du col
envahissement locorégional

Psychosomatique : ± troubles fonctionnels
intestinaux

Algies pelviennes chroniques

- Endométriose profonde
- Adénomyose
- Salpingite chronique

Algies pelviennes cycliques

- DYSMENORRHEES
 - 1aires: malformation utérine (hématocolpos)
 - 2aires
 - Syndrome pré-menstruel (1/3 des femmes): trt par progestatifs 16e-25^e jour du cycle
 - Endométriose

Endométriose

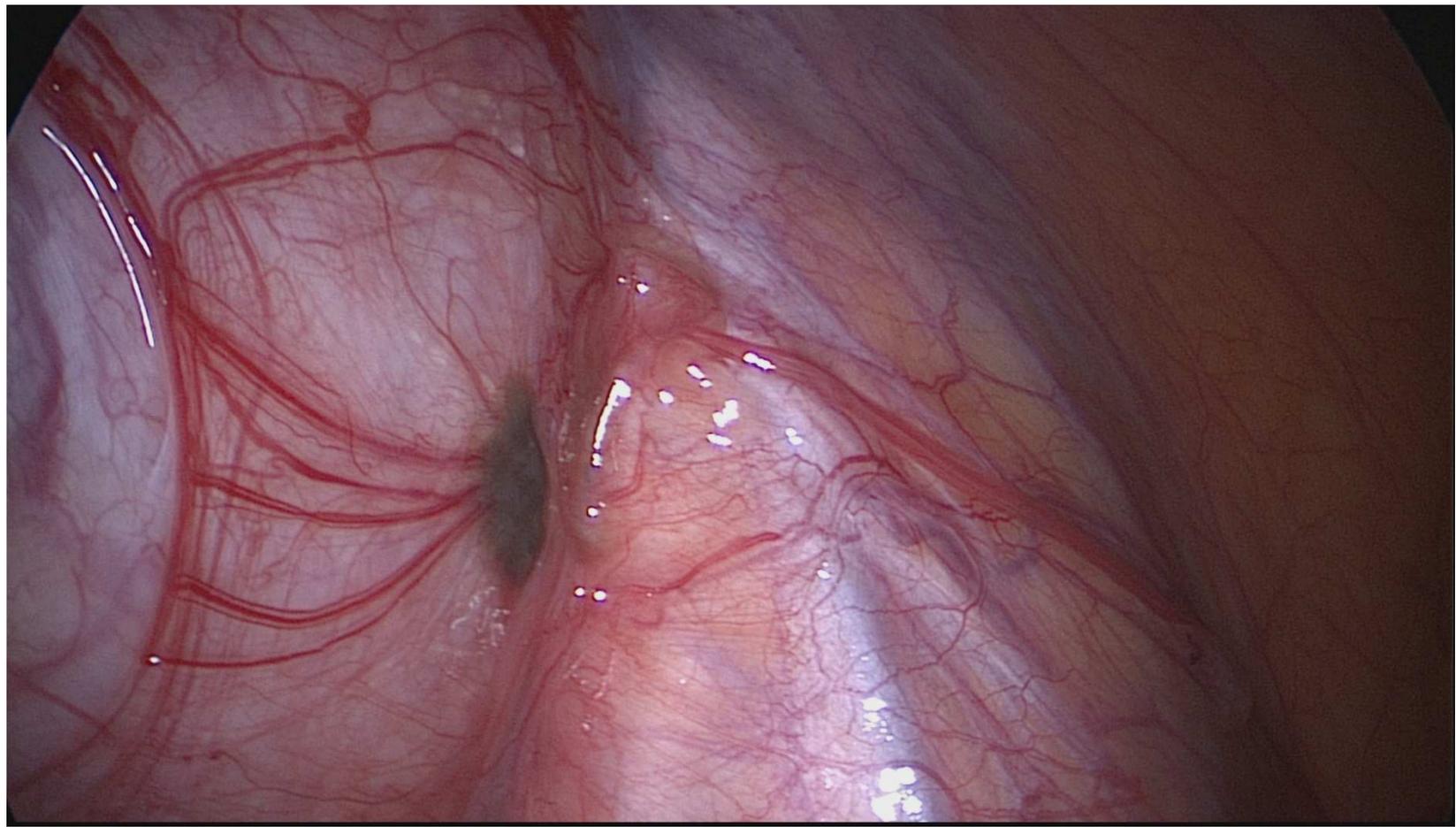
- **Douleurs pelviennes** initialement cycliques puis permanentes (fibrose)
 - **Dyspareunie** profonde
 - Douleurs à la miction, à la défécation
 - **Infertilité**
-
- Différencier endométriomes/ endométriose profonde
 - IRM et coelioscopie diagnostique
 - Préserver la fertilité et améliorer la QdV

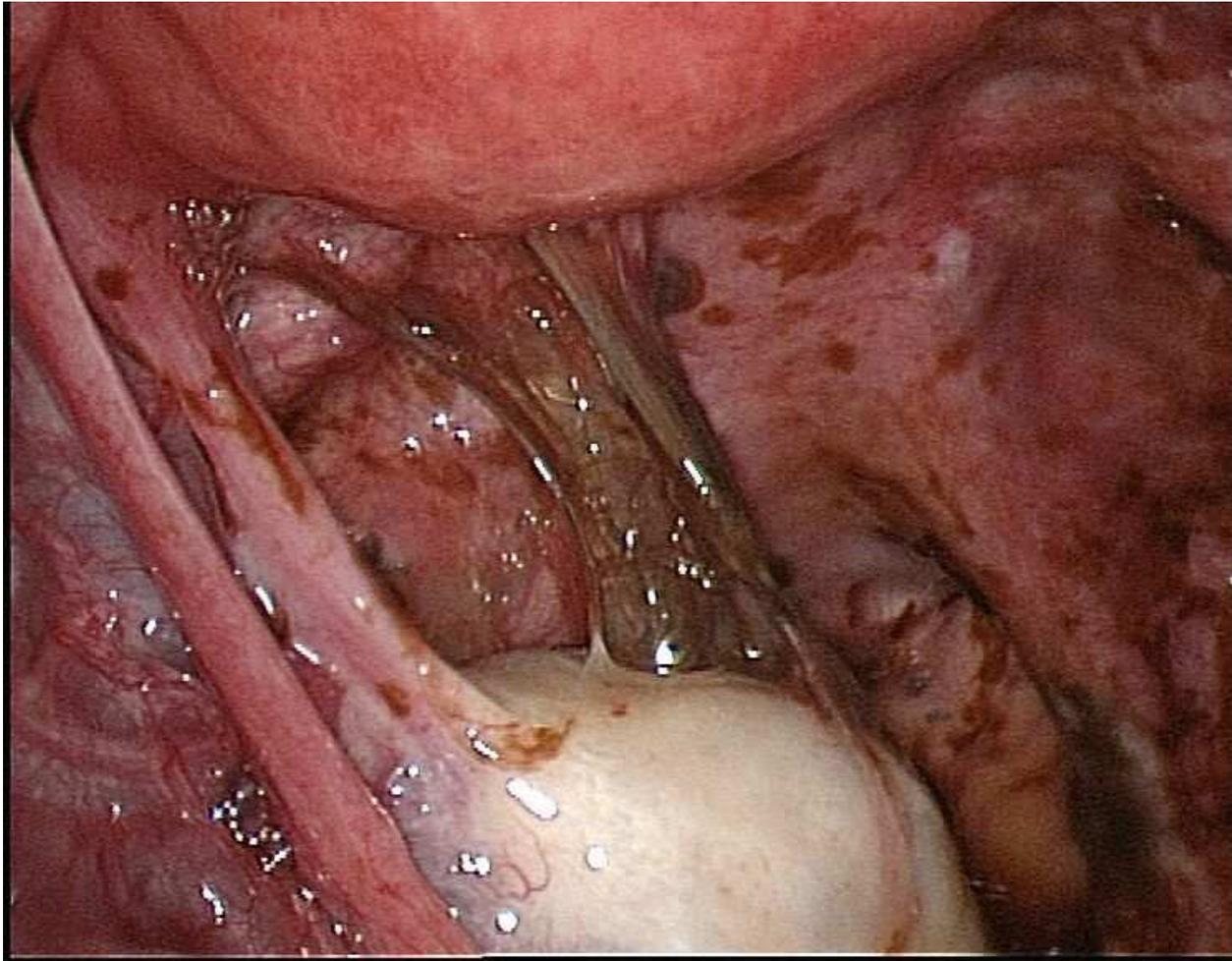
Poussée Douloreuse d'Endométriose: Prise en charge initiale

- En générale , patiente connue pour endométriose
- Palier 2 à 3 + AINS
- Attention à la torsion sur Kyste d'endométriose

-Faire le point avec la patiente sur son traitement actuel et son suivi

—> Si plus ou pas de suivi , ou pas de traitement hormonal,
adresser au gynécologue sans urgence

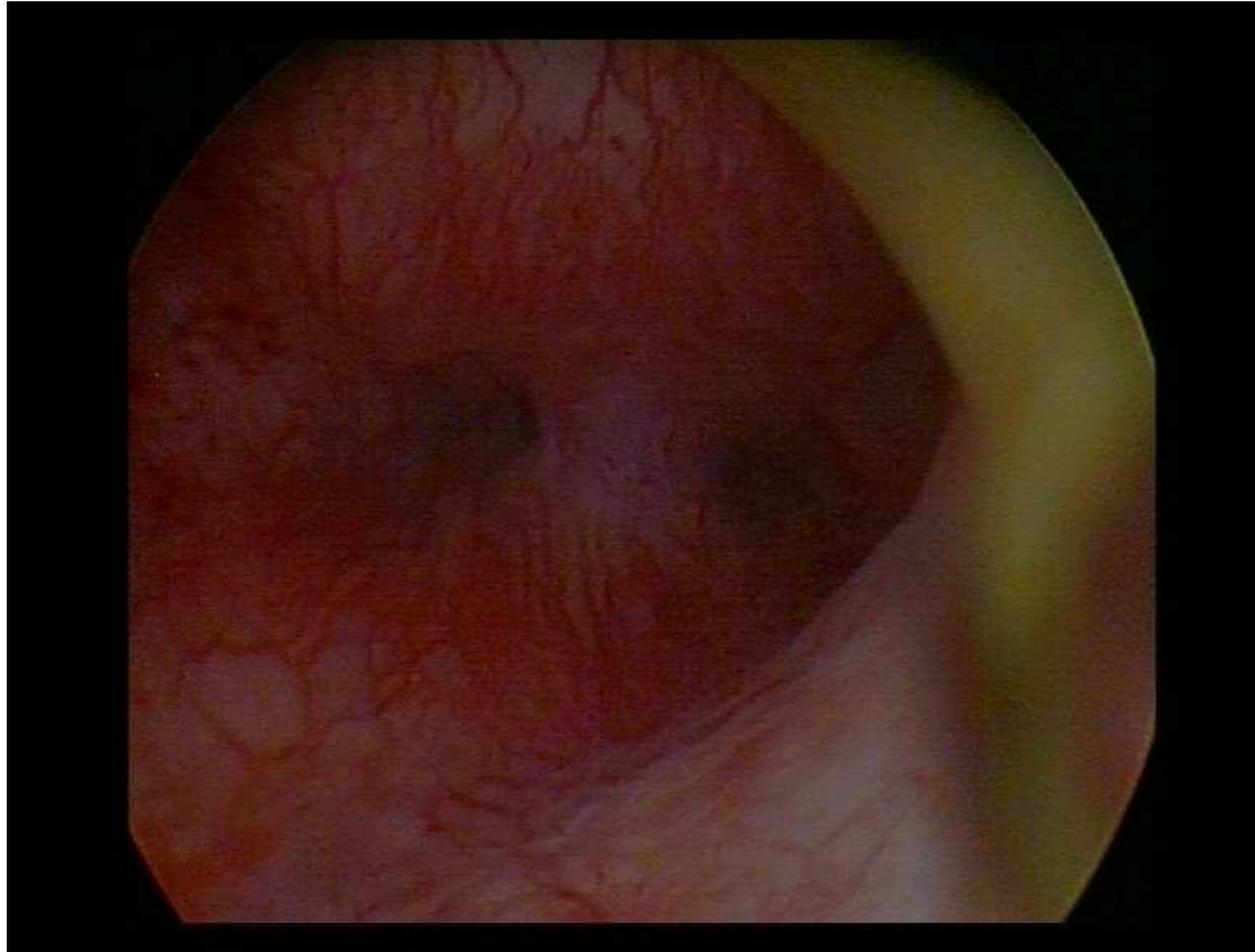




Adénomyose

- Gros utérus sensible de la patiente pré-ménopausique
 - Dysménorrhées, ménorragies
 - Echographie et hystéroscopie
-
- >>>progestatifs, analogues LH-RH, HTT+AB

En hystérocopie:



Salpingite chronique

- Chlamydia
- /!\ BK
- Actinomyose (DIU>5ans, syndrome pseudo tumoral sensible à l'Augmentin)

- Antibiotiques et antalgiques
- Attention fertilité