

Les douleurs pelviennes chez la femme en age de procréer



AC Jambon
25 février 2016
CH de Tourcoing



A quoi on pense

- Ce qu'il faut toujours avoir en tête....
- En fonction de la tranche d'age
- En fonction de la présentation
- En fonction du terrain
- Les principales causes



☐ ***Ce qu'il faut toujours avoir en tête....***

- La GEU : avoir le béta HCG facile même si réglée la semaine dernière, zero RS et contraception béton....c'est un diagnostic à éliminer
- La grossesse...même si cela ne fait pas mal en soi....
- La torsion d'annexedébut brutal ou franc mais ce n'est pas toujours le cas...et cela peut survenir sur un kyste méconnu par exemple

***Parce que ce sont des pathologies
urgentes à traiter donc à
diagnostiquer***

En fonction de la tranche d'age : *Chez l'ado*

- Pas l'endométriose ! Elle s'installe mois après mois après la ménarche....
 - Les dysménorrhées...
 - L'ovulation douloureuse, par distension du follicule (normal) juste avant l'ovulation ou petit saignement au moment de l'ovulation, en milieu de cycle. La douleur est en principe modérée et disparaît après quelques heures.
 - Les hémocolpos ou hémi hémocolpos
 - Les mêmes pathologies que la femme jeune
 - La douleur abdo « prétexte » : non négligeable !!!
-
-

En fonction de la tranche d'age : *Chez la femme jeune*

- La Rupture de kyste hémorragique
 - La torsion d'annexe
 - L'endométriose profonde
 - La salpingite et les abcès tubo ovariens
 - La tumeur ovarienne (stade avancé parfois)
-
-

En fonction de la tranche d'age : en pérимénopause

- La myofibromatose utérine : nécrobiose de fibrome, torsion
- Les tumeurs ovariennes, utérines et pelviennes
- Les salpingites et abcès tubo ovariens
- L'endométriose : déjà connue à cet âge là...



☰ *En fonction de la présentation*

- Aigue ou chronique, avec l'évolution dans le temps (douleurs constantes ou pas?)
 - Latéralisée ou pas
 - Avec d'autres symptômes : nausées, vomissements, arrêt du transit, saignements, lipothymies ect....
 - En fonction du cycle menstruel
 - Avec des facteurs déclenchants ou apaisants
-
-

En pratique = Urgences (et/ou hospitalisation directe)

- Douleurs avec défense, et/contracture abdo
- Douleurs avec signes de gravité (TA basse, tachycardie, lipothymie ect...)
- Douleurs à début brutal récent avec +/- AEG
 - **ON FERA L'ECHO ET LE BILAN EN ARRIVANT**
 - **LE GEU / ON OPERE PARFOIS SANS BETA HCG...**



La rupture de kyste hémorragique

- Le plus souvent : kyste folliculaire ou kyste du corps jaune
 - Douleur brutale, pendant une activité physique, plutôt latéralisée à droite, en milieu de cycle...plus souvent sans contraception ou avec un DIU que des OP
 - A l'examen, on a une douleur ++ sans contracture mais +/- une défense localisée +/- métrorragie de très faible abondance
 - La douleur (liée à un saignement intra-ovarien ou péritonéal) peut persister, mais en diminuant d'intensité
 - Echographie : liquide libre en quantité modérée dans le pelvis +/- kyste visible
-
-

La torsion d'ovaire

- Sur une pathologie sous jacente (kyste ect)
- Douleur d'installation brutale ou rapidement progressive, intense, constante•
- Nausées, vomissements
- Urgence chirurgicale : délai > 6 heures : nécrose de l'ovaire
- Diagnostic : échographie / Doppler



La GEU

- Toujours penser à la possibilité d'une grossesse..
- Retard de règles (2- 4sem) mais inconstant...
- Douleurs abdominales basses +/- métrorragies +/- lipothymie/syncope (GEU rompue!)
- Risque > >>si DIU, Tabac, FIV et PMA
- Diagnostic : clinique.... +/- β -HCG (urine ou sérum) + échographie



■ *PID (pelvic inflammatory disease) / salpingite :*

- Douleur abdominale basse d'installation progressive (≠ rupture kyste ovarien)

Bilatérale, avec Fièvre, leucocytose dans 50% des cas seulement, avec Pertes vaginales = signe inconstant, métrorragie dans 1/3 des cas

- Facteurs de risque : Jeune âge, Contraception orale, Partenaires sexuels multiples
 - Séquelles: stérilité, risque GEU, douleurs pelviennes chroniques, ...
 - Gonocoque, Chlamydia, ..
-
-

L'endométriose (reco 2006 CNGOF)

- Les lésions d'endométriose : pas toujours la seule étiologie des douleurs (NP2)
 - Des facteurs psychologiques peuvent influencer l'importance de la douleur (NP3). La douleur de l'endométriose peut entraîner des altérations de la personnalité (NP2).
 - Un traitement hormonal ou chirurgical doit être proposé en cas endométriose douloureuse (grade A).
 - Le traitement médical a un effet suspensif sur les douleurs et sur la maladie (NP1).. Chez les patientes présentant des douleurs d'endométriose, un traitement médical hormonal visant à l'obtention d'une aménorrhée est recommandé dans le but de traiter les symptômes douloureux de l'endométriose (grade A).
-
-

L'endométriose (suite)

- Le diagnostic d'endométriose doit autant que possible être confirmé histologiquement ou chirurgicalement (accord professionnel)
- La prescription des analogues de la Gn-RH ne devrait pas être prolongée au-delà de 1 an (AMM) avec add back
- Le traitement chirurgical de l'endométriose est efficace sur les symptômes douloureux (NP1). (si rapport bénéfice risque individuel favorable (grade A))

En cas de récurrence postopératoire des douleurs, un traitement médical peut être instauré (accord professionnel).

L'hystérectomie totale avec annexectomie bilatérale et excision des implants est une option efficace sur les récurrences des douleurs (grade C).

Les diagnostics différentiels selon la localisation :

La FID

- Gastro : appendicite, iléite terminale, adénite mésentérique, diverticulite du caecum
- Uro : colique néphrétique, pyélonéphrite, globe vésical
- Autres : hématome du psoas, hernie étranglée



Les diagnostics différentiels selon la localisation :

La FIG

- Gastro : diverticulite sigmoïdienne, colite ischémique, colite infectieuse /autre ...
- Uro : colique néphrétique
- Autres : hernie étranglée



Cas clinique n1 :

- Mme Dupont, 24 ans bibliothécaire consulte pour une douleur lancinante de la FID depuis quelques semaines, avec un début assez brutal un soir, une évolution plutôt chronique avec des hauts et des bas
 - DR il y a 3 semaines, habituelles
 - Contraception mécanique
 - Pas de fièvre, pas d'autre symptôme
 - A l'examen : rien de particulier : abdomen sans défense, spéculum : col normal, TV : douleur dans le cul de sac droit
 - Que fait-on ?urgence ou pas...bilan ?
 - A quoi on pense
-
-