

Gynécologie

Comment explorer les douleurs pelviennes chroniques ?

RÉSUMÉ : Les douleurs pelviennes chroniques représentent un symptôme fréquemment signalé par nos patientes. La difficulté de leur exploration réside dans la multitude d'examens complémentaires mis à notre disposition qu'il faudra adapter à chaque situation grâce à un interrogatoire et à un examen clinique minutieux.

L'échographie abdomino-pelvienne avec Doppler permettra de réaliser un premier état des lieux en recherchant une étiologie gynécologique. Une consultation avec un psychologue ou un psychiatre devrait être systématiquement proposée au début de la prise en charge. Ensuite, une IRM pelvienne, voire une cœlioscopie, pourra être proposée afin de rechercher une éventuelle pathologie endométriosique, adhérentielle ou inflammatoire chronique.

Une prise en charge multidisciplinaire apparaît indispensable.



M. LAMBERT

Service de Gynécologie médicale, Centre Aliénor d'Aquitaine, BORDEAUX.

Les douleurs pelviennes chroniques sont fréquemment rencontrées lors de nos consultations de gynécologie et touchent 5,7 % à 26,6 % des femmes [1]. Elles correspondent à des douleurs non cycliques, évoluant depuis plus de 6 mois et entraînant un retentissement fonctionnel et une altération de la qualité de vie. La douleur pelvienne chronique est un symptôme qui peut correspondre à plusieurs pathologies pouvant atteindre l'appareil génital mais également les systèmes gastro-intestinal, urinaire, musculo-squelettique ou neurologique. S'y ajoute une souffrance psychologique parfois importante, cause ou conséquence de la douleur chronique. Toutes ces caractéristiques sont à l'origine de la complexité de l'exploration des douleurs pelviennes chroniques.

Les causes des douleurs pelviennes chroniques sont multifactorielles et une pathologie gynécologique est impliquée dans moins de la moitié des cas (*tableau I*). En revanche, une patholo-

gie psychiatrique est très fréquemment associée (jusqu'à 50-60 % des cas). Une multitude d'examens complémentaires, invasifs ou non, est à notre disposition et il convient de les adapter à chaque situation. Cependant, l'étiologie reste inconnue dans plus de la moitié des cas.

L'échographie abdomino-pelvienne sera à réaliser en 1^{re} intention en cas de douleurs pelviennes chroniques. Des prélèvements bactériologiques pourront être prescrits si l'on suspecte une étiologie infectieuse mais ils seront le plus souvent négatifs. Une consultation avec un psychologue ou un psychiatre devrait être systématiquement menée afin d'évaluer la souffrance psychologique et de rechercher d'éventuels abus sexuels fréquemment signalés (40 à 60 %) . L'IRM pelvienne ne sera pas systématique en raison de son coût bien qu'elle soit de plus en plus pratiquée. La cœlioscopie diagnostique et thérapeutique reste un examen de 2^e intention de par son caractère invasif mais elle permet de retrouver 25 %

Étiologies	
Pathologies gynécologiques	Endométriose/adénomyose Adhérences, maladie inflammatoire pelvienne Syndrome de congestion pelvienne Myomes, kystes ovariens
Pathologies gastro-intestinales	Constipation Syndrome de l'intestin irritable
Pathologies urinaires	Cystite interstitielle
Pathologies neurologiques et musculo-squelettiques	Néuralgie pudendale Fibromyalgie Hernie, scoliose...
Pathologies psychiatriques	Dépression, anxiété Désordres psychosexuels

Tableau I : Étiologies des douleurs pelviennes chroniques.

	L'utile	Le superflu
1 ^{re} intention	Échographie abdomino-pelvienne Évaluation psychologique ± Prélèvements bactériologiques (ECBU, PV, PCR de l'endocol pour la recherche de <i>Chlamydia trachomatis</i>)	Bilan biologique standard
2 ^e intention	IRM pelvienne Cœlioscopie	Coloscopie Cystoscopie Électromyogramme

Tableau II : Les examens complémentaires dans l'exploration des douleurs pelviennes chroniques. ECBU: examen cyto bactériologique des urines; PV: prélèvement vaginal; PCR: *Polymerase chain reaction*.

d'endométrioses et 30 % de pathologies adhérentielles selon Neis *et al.* [2]. Elle est normale dans 35 % des cas. Le reste des explorations sera à adapter en fonction de l'interrogatoire et de l'examen clinique (**tableau II**).

Les explorations gynécologiques

1. Endométriose

L'endométriose est la première pathologie gynécologique à évoquer en cas de douleurs pelviennes chroniques. Il existe trois types de localisation : l'endométriose ovarienne, superficielle et profonde. Les examens à réaliser en cas de suspicion d'endométriose seront, dans un premier temps, une échogra-

phie abdomino-pelvienne par voie sus-pubienne et endovaginale avec des clichés au niveau des voies urinaires excrétrices puis, dans un second temps, une IRM pelvienne puisqu'il s'agit de l'examen ayant la meilleure sensibilité [3]. L'endométriome, ou kyste endométriosique, présente en échographie un contenu finement échogène, homogène, à contours réguliers, parois fines et sans signal Doppler. En IRM, il est le plus souvent en hypersignal en pondération T1, qui persiste après saturation de graisse. En T2, le signal est intermédiaire (*shading*) (**fig. 1**).

L'endométriose profonde concerne l'espace sous-péritonéal postérieur et/ou le compartiment antérieur vésico-utérin. La recherche d'endométriose profonde en échographie nécessite une expérience importante de l'opérateur. Il peut être

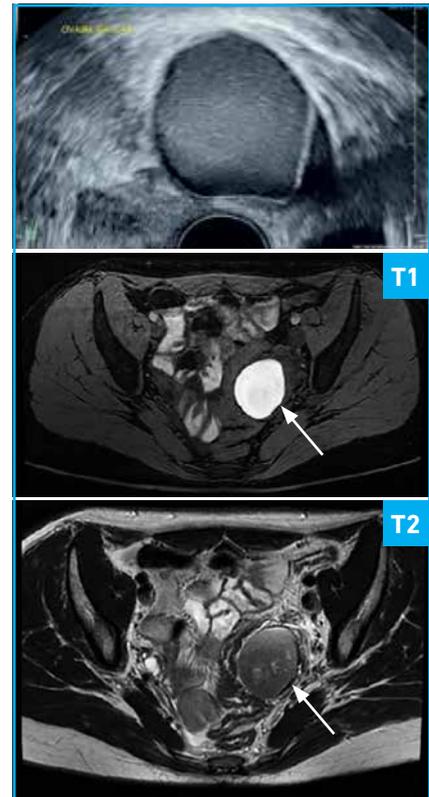


Fig. 1 : Endométriome (de haut en bas) en échographie, en IRM séquence T1 et T2.

observé un épaississement du torus, des ligaments utérosacrés, une atteinte de la paroi sigmoïdienne, un nodule de la cloison recto-vaginale ou du cul-de-sac vésico-utérin (hypoéchogène).

L'échoendoscopie rectale ne sera réalisée qu'en cas de suspicion d'atteinte postérieure avec envahissement de la cloison recto-vaginale. Elle permet alors de préciser l'atteinte en profondeur de la musculature rectale.

En IRM, les lésions profondes sont en hyposignal T2 (composante fibreuse) avec parfois des hypersignaux en T1 (implants hémorragiques) et/ou T2. Il sera nécessaire d'effectuer des coupes fines au niveau des ligaments utérosacrés afin de rechercher un nodule, un épaississement ou une asymétrie. La sensibilité de l'imagerie est très moyenne pour rechercher l'endométriose péritonéale. La cœlioscopie diagnostique reste

Gynécologie

alors l'examen de référence et permet un traitement concomitant (lésions pigmentées et/ou adhérentielles).

2. Adénomyose

L'adénomyose est une pathologie fréquente, source de douleurs pelviennes dans 15 à 30 % des cas. L'échographie pelvienne reste l'examen à réaliser en 1^{re} intention. Des lacunes anéchogènes intramyométriales, des stries linéaires sous-endométriales ou encore des nodules hyperéchogènes sous-endométriaux sont les signes directs de l'adénomyose. Les signes indirects reposent sur une augmentation de la taille de l'utérus sans myome, une asymétrie d'épaisseur des parois utérines et/ou un myomètre hétérogène. Il existe des formes diffuses et focales (adénomyome). L'IRM pelvienne sera demandée en cas de doute diagnostique. Une augmentation de l'épaisseur de la zone jonctionnelle supérieure à 12 mm sur une coupe sagittale T2 confirmera l'adénomyose. Des spots hyperintenses intramyométriaux en T2 pourront être observés et correspondent aux cryptes glandulaires (**fig. 2**) [3].

3. Adhérences

Le lien entre les adhérences et les douleurs pelviennes chroniques reste débattu. Elles peuvent apparaître après une chirurgie pelvienne, une inflammation ou infection pelvienne chronique. 20 à 50 % des femmes porteuses d'une pathologie adhérentielle présenteraient des douleurs pelviennes chroniques [2]. Le siège des adhérences semble influencer la localisation des douleurs (paracoliques droites) [4]. Il est difficile de diagnostiquer les adhérences en imagerie. En échographie, les éléments en faveur sont un faux kyste péritonéal, une fixité des ovaires ou des stries linéaires hyperéchogènes. En IRM, les adhérences correspondent à des images linéaires en hyposignal T2 (**fig. 3**). L'examen de référence reste la cœlioscopie. L'adhésiolyse améliore la



Fig. 2 : Plage myométriale hétérogène en échographie avec cryptes adényosiques. Augmentation de l'épaisseur de la zone jonctionnelle en IRM séquence T2 avec quelques spots hyperintenses.



Fig. 3 : Adhérences au niveau du cul-de-sac de Douglas en échographie et adhérence entre le sigmoïde et la séreuse utérine en IRM.

symptomatologie douloureuse dans plus de la moitié des cas et il sera nécessaire de prévenir au mieux les récurrences (produits anti-adhérentiels).

4. Maladie inflammatoire pelvienne chronique

En cas d'infection génitale haute passée inaperçue ou insuffisamment traitée, des douleurs pelviennes chroniques

peuvent s'instaurer. Le bilan inflammatoire biologique et les prélèvements vaginaux bactériologiques (PCR de l'endocol pour la recherche de *Chlamydia trachomatis*) auront un intérêt en cas de poussées subaiguës fébriles mais peuvent revenir négatifs. L'échographie pelvienne peut alors mettre en évidence un hydrosalpinx, un abcès ou un pseudo-kyste péritonéal. L'IRM pelvienne est plus spécifique et retrouve ces mêmes aspects. L'abcès tubo-ovarien présente un hyposignal T2 et la paroi se rehausse rapidement après injection du produit de contraste. Des adhérences peuvent également être visualisées. La cœlioscopie reste l'examen de choix pour confirmer le diagnostic et effectuer un traitement des lésions.

5. Syndrome de congestion pelvienne

Les douleurs liées à ce type de pathologie correspondent plutôt à une pesanteur pelvienne, majorée en position debout prolongée, lors des menstruations, après les rapports sexuels ou pendant une grossesse. L'incompétence valvulaire est responsable des douleurs. Des varices des membres inférieurs sont souvent associées.

L'échographie pelvienne avec Doppler retrouve des veines pelviennes dilatées ($\geq 5-6$ mm) et un ralentissement du flux sanguin (≤ 3 cm/s). L'idéal est de réaliser cet examen en position debout ou d'effectuer la manœuvre de Valsalva.

Un écho-Doppler veineux des membres inférieurs devra être associé.

L'IRM pelvienne retrouve des varices pelviennes (structures dilatées, tortueuses, tubulées, hyperintenses ou hétérogènes en signal T2). Elle permet d'éliminer une cause compressive. Elle peut être complétée par des séquences d'angio-IRM (non invasive) afin de détecter le reflux veineux.

La phlébographie reste le *gold standard* (invasif) et permet à la fois de confirmer

POINTS FORTS

- Les douleurs pelviennes chroniques sont un motif fréquent de consultation. Elles correspondent à des douleurs évoluant depuis plus de 6 mois.
- L'échographie abdomino-pelvienne avec Doppler et l'évaluation psychologique doivent être réalisées en 1^{re} intention.
- Viendront ensuite l'IRM pelvienne et la cœlioscopie diagnostique.
- Enfin, des examens complémentaires seront à adapter à l'anamnèse et à l'examen clinique.
- Nécessité d'une prise en charge multidisciplinaire +++.

le diagnostic et d'emboliser les varices pelviennes avec une nette amélioration de la symptomatologie douloureuse après le geste [5].

La cœlioscopie n'est pas à réaliser dans cette indication.

■ Les explorations neurologiques

Certaines douleurs pelvi-périnéales sont d'origine neurologique.

La névralgie pudendale correspond à une souffrance du nerf pudental et touche 1 à 2 % de la population générale. Le diagnostic est essentiellement clinique et repose sur les critères de Nantes (douleur se situant dans le territoire neurologique du nerf pudental, s'aggravant en position assise, n'engendrant pas de réveils nocturnes, sans perte de sensibilité à l'examen clinique et s'améliorant après un bloc anesthésique du nerf pudental) [6]. En imagerie, l'IRM sera normale et permettra d'éliminer un processus compressif (rare). Le test diagnostique sera l'infiltration par un anesthésique local et un corticoïde.

L'électromyogramme nécessite un certain degré d'expertise devant des difficultés techniques et d'interpréta-

tion. Il consiste en une stimulation par voie rectale avec un recueil de la réponse liée à la contraction du sphincter anal. Une augmentation de la latence distale motrice du nerf pudental (> 2,6 ms) apporte un argument supplémentaire en faveur du diagnostic. Cependant, l'électromyogramme présente certaines limites car :

- il ne permet pas habituellement d'objectiver le site de compression ;
- il peut être normal ;
- il n'évalue que les paramètres d'innervation motrice et non sensitive ;
- les anomalies retrouvées sont peu spécifiques [7].

■ Les explorations digestives

Les **troubles fonctionnels intestinaux**, ou syndrome de l'intestin irritable, sont sources de douleurs pelviennes chroniques chez de nombreuses femmes. Ils touchent environ 15 % de la population générale et sont d'origine multifactorielle. Le diagnostic est essentiellement clinique, représenté par des douleurs abdominales et des troubles du transit (critères de Rome). Les examens complémentaires permettent d'éliminer un diagnostic différentiel et comportent un bilan biologique standard, un examen parasitologique des selles et une

fibroscopie-coloscopie avec biopsies qui seront normaux [8].

■ Les explorations urologiques

La **cystite interstitielle** est une pathologie multifactorielle dont le diagnostic est difficile. Elle touche plus souvent les femmes et se caractérise par un besoin mictionnel permanent sans brûlures mictionnelles, associé à une gêne ou une douleur pelvienne qui s'améliorent par la miction. Les ECBU sont toujours négatifs. L'échographie vésicale et pelvienne, le bilan urodynamique et la cystoscopie avec biopsies sont normaux et éliminent ainsi tout diagnostic différentiel [9].

■ L'évaluation psychologique

Une grande souffrance psychologique est associée aux douleurs pelviennes chroniques (anxiété, humeur dépressive). Il faudra alors rechercher une éventuelle somatisation d'un problème psychologique souvent profond. En effet, ces femmes ont très souvent été victimes de violences physiques, morales ou sexuelles (40 à 70 %). Plus les violences ont été graves et précoces, plus le risque de somatisation est important avec une difficulté de verbalisation. Une pathologie psychiatrique sous-jacente peut également être observée [10].

Par ailleurs, l'absence d'étiologie retrouvée ou de thérapeutique efficace est vécue comme un échec par la patiente. Le médecin proposera une prise en charge psychologique qui sera souvent mal acceptée, d'où la nécessité d'une consultation systématique dès le départ.

BIBLIOGRAPHIE

1. AHANGARI A. Prevalence of chronic pelvic pain among women: an updated review. *Pain Physician*, 2014;17:E141-147.

Gynécologie

2. NEIS KJ, NEIS F. Chronic pelvic pain: cause, diagnosis and therapy from a gynaecologist's and an endoscopist's point of view. *Gynecol Endocrinol*, 2009;25:757-761.
3. LEVY G, DEHAENE A, LAURENT N *et al.* An update on adenomyosis. *Diagn Interv Imaging*, 2013;94:3-25.
4. KELTZ MD, GERA PS, OLIVE DL. Prospective randomized trial of right-sided paracolic adhesiolysis for chronic pelvic pain. *JSL*, 2006;10:443-446.
5. KNUUTTINEN MG, XIE K, JANI A *et al.* Pelvic venous insufficiency: imaging diagnosis, treatment approaches, and therapeutic issues. *AJR Am J Roentgenol*, 2015;204:448-458.
6. LABAT JJ, RIAANT T, ROBERT R *et al.* Diagnostic criteria for pudendal neuralgia by pudendal nerve entrapment (Nantes criteria). *Neurourol Urodyn*, 2008;27:306-310.
7. LABAT JJ, DELAVIERRE D, SIBERT L *et al.* [Electrophysiological studies of chronic pelvic and perineal pain]. *Prog Urol*, 2010;20:905-910.
8. WATER A, RIGAUD J, LABAT JJ. [Irritable bowel syndrome, levator ani syndrome, proctalgia fugax and chronic pelvic and perineal pain]. *Prog Urol*, 2010;20:995-1002.
9. MOURACADE P. [The diagnostic workup in case of suspecting an interstitial cystitis]. *Prog Urol*, 2009;19:881-884.
10. DELLENBACH P, REMPP C, HAERINGER MT *et al.* [Chronic pelvic pain. Another diagnostic and therapeutic approach]. *Gynecol Obstet Fertil*, 2001;29:234-243.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.