

Examen d'une femme ayant des douleurs pelviennes. J.Lansac

Une enquête faite en Angleterre a montré que 20 à 30% des femmes se plaignaient de douleurs pelviennes; 45 à 97% de dysménorrhée et 8% seulement de dyspareunie¹.

Le Gynécologue est donc souvent confronté au problème des algies pelviennes:

- soit du fait de l'intensité et de la soudaineté de la douleur posant des problèmes de conduite thérapeutique en urgence;
- soit du fait de la persistance et de la chronicité de cette douleur rebelle aux thérapeutiques usuelles et de plus en plus mal acceptées par la femme et son entourage.

C'est grâce à un examen complet (gynécologique mais aussi portant sur les organes de voisinage) aidé de quelques examens bien choisis que l'on pourra dégager des arguments étiologiques: infection, endométriose, trouble de la statique pelvienne. La part du psychisme doit toujours être déterminée car elle existe toujours minime ou prépondérante.

Examen clinique d'une femme algique

Interrogatoire

Il est essentiel, il doit permettre l'installation d'un climat de confiance. On doit laisser parler la femme mais aussi diriger l'interrogatoire pour lui éviter de s'égarer dans des considérations étiologiques ou thérapeutiques proposées par la malade ou son entourage ! De la masse des renseignements (dont la femme est souvent prodigue), il faut s'efforcer de tirer des éléments objectifs permettant de se faire une idée de la gravité ou non du problème et de son étiologie. Il est fondamental de différencier au moins les algies pelviennes aiguës des algies pelviennes chroniques, c'est-à-dire qui évoluent de puis plus de 6 mois.

Le caractère de la douleur

On précisera:

La topographie pelvienne, périnéale, lombaire .. Il sera utile de préciser la position de la douleur en demandant à la femme de mettre en évidence les zones douloureuses sur un schéma du corps humain. Cette schématisation permet de révéler plusieurs sites douloureux, et de comparer à deux consultations successives les éventuelles modifications de la plainte. Plus de 60% des femmes présentant des douleurs pelviennes chroniques ont aussi des céphalées et 90% des lombalgies².

La date d'apparition qui sera définie dans le temps et par rapport aux règles. Une douleur depuis les premières règles, voire « depuis toujours », n'a pas la même signification que si la douleur vient d'apparaître pour la première fois chez une femme jusque-là en parfaite santé, ou à la suite d'un événement gynécologique (examen, pose d'un stérilet, IVG...) après un rapport ou un choc affectif.

Le moment d'apparition dans le cycle doit être précisé:

- **préménstruelle**, la douleur débute avant les règles (24 heures) de courte durée, elle disparaît dès que le flux sanguin s'établit franchement;
- **protoméniiale**, la douleur survient dès le début du flux menstruel, elle est intense et de courte durée (quelques heures);
- **télémeniiale**, la douleur apparaît au milieu des règles, maximale à la fin, elle disparaît avec l'arrêt de l'écoulement sanguin.

La douleur périodique peut être intermenstruelle, préménstruelle, liée aux règles et appelée dysménorrhée primaire si elle est apparue avec l'installation des règles, secondaire si elle est apparue après plusieurs cycles indolores. La rythmicité de la douleur par rapport au cycle oriente vers une

origine gynécologique mais l'absence d'intrication de la douleur avec le cycle n'élimine pas pour autant une éventuelle origine gynécologique.

Le type de la douleur sera recherché :

- à type de pesanteur, tiraillement, picotement, plus ou moins lancinantes ;
- à type de torsion ou de coliques survenant par crises de quelques minutes ;
- d'intensité variable (mesurée par un échelle analogique, numérique), associée ou non à des signes d'accompagnement de type digestif (nausée, vomissement, diarrhée, constipation), urinaires (pollakiurie, brûlures à la miction) allergique (urticaire, migraine, lipothymie) voire à des signes gynécologiques : leucorrhée, saignements, tension des seins... ;
- de siège hypogastrique, médian, uni- ou bilatéral, localisé ou diffus ;
- d'irradiation variable : lombaire, périnéale, crurale.

Les variations de la douleur. Calmée ou non par le repos, les vacances, permanente ou disparaissant pendant le sommeil, provoquée par un effort, les rapports sexuels. Le caractère invalidant ou non de la douleur doit être recherché et évalué en fonction du nombre de jours d'arrêt de travail, des médicaments pris, le nombre de rapports sexuels dans la semaine.

Les antécédents seront étudiés :

- date des premières règles, caractères et régularité du cycle ;
- obstétricaux : date, modalités, complications des accouchements, des fausses couches ;
- gynécologiques : leucorrhées, salpingites ;
- chirurgicaux : interventions abdomino-pelviennes génératrices d'adhérences (appendicite compliquée, péritonites), interventions sur l'appareil génital (kystes ovariens, endométriose, interventions pour rétroversion, ou algies pelviennes). On essaiera autant que faire se peut de se procurer les comptes rendus pour vérifier l'organicité et l'importance des lésions anatomiques ;
- les antécédents généraux : rhumatologiques, urinaires, intestinaux ;
- les modalités de contraception : pilule, stérilet, préservatifs ;
- le rythme et la qualité des rapports sexuels.

Le contexte psychologique doit être étudié en fonction de l'âge, du mode d'éducation (éducation sexuelle, tabous), du mode de vie (familial, parental, conjugal) de l'environnement socio-professionnel (intérêt du travail, chômage...) état de satisfaction ou au contraire de frustration de la malade et ou de sa famille.

L'interrogatoire n'est jamais trop long, trop précis, il doit permettre de mettre la femme en confiance. Souvent il sera nécessaire de le reprendre en cours d'examen ou après ce dernier. La notion de violences sexuelles subies dans l'enfance ou à l'âge adulte est difficile à exprimer pour la femme. Il faudra savoir, avec tact et délicatesse, au fil des entretiens, la mettre sur cette piste de « l'indicible ».

Examen physique méthodique

Il se fera :

- en position debout de face pour rechercher une hernie une éventration , de dos à la recherche d'un tassement vertébral , d'un trouble de la posture ,
- en position assise pour rechercher un problème postural
- en position couchée puis gynécologique³.

L'examen général

- l'aspect, le morphotype, le développement des seins, des poils ;
- au niveau de l'abdomen : une éventuelle cicatrice d'intervention antérieure ;
- la statique, surtout celle du bassin et de la colonne vertébrale (recherche de points douloureux, d'un signe de Lasègue, d'une scoliose, d'une limitation de mobilité...).

L'examen de la paroi abdominale à la recherche :

- d'une défense ou une contracture ;
- d'une douleur viscérale perçue par la palpation profonde paroi relâchée ;
- d'une douleur pariétale perçue en palpant la paroi abdominale en tension ;
- d'une cicatrice, une éventration ou une hernie.

L'examen gynécologique sera détaillé

L'inspection recherche :

- *au niveau de la vulve* : une atrophie, une dermatose (lésions de grattage), une béance, une distance ano-vulvaire courte. Il précise l'état de l'hymen ;
- *au niveau du périnée* : une cicatrice de déchirure ou d'épisiotomie étoilée, blanche, mal vascularisée, un prolapsus à la poussée avec déroulement surtout antérieur de la paroi vaginale ;
- *au niveau de l'anus* : des hémorroïdes ;
- *au niveau des glandes de Bartholin et de Skene* : une émission de pus à la pression.

L'examen au spéculum de taille adaptée, sans lubrifiant, recherche :

- une bride vaginale ;
- une leucorrhée plus ou moins évocatrice :
 - de trichomonas : liquide verdâtre, bulleux, confirmé extemporanément au microscope,
 - de mycose : aspect de lait caillé grumeleux,
 - de gonocoque : les prélèvements au niveau de l'urètre, des glandes de Bartholin et de l'endocol sont faits sur milieux spécifiques,
 - de Chlamydia : leucorrhées verdâtres d'odeur aliacée ;
- une glaire cervicale louche ou purulente ;
- au niveau du col à l'examen direct puis après acide acétique et *Lugol* :
 - un ectropion plus ou moins infecté, plus ou moins cicatrisé,
 - une déchirure.

Les frottis cytologiques cervicaux sont systématiques à tout âge si la femme n'en a pas eu dans les 3 ans.

Dans le cul-de-sac postérieur du vagin, on recherchera en mettant la valve antérieure des nodules d'endométriose de la cloison recto vaginale.

Le toucher vaginal à un ou deux doigts, combiné au palper abdominal apprécie :

- le col : sa mobilité ;
- le corps utérin : sa position (anté- ou rétroversé), son volume, sa régularité, sa mobilité d'avant en arrière et latéralement pour mettre en tension les ligaments utéro-sacrés. En cas de douleur à la mobilisation, il est important de faire préciser si cette mobilisation reproduit la douleur spontanée ;
- les culs-de-sac latéraux et les annexes, difficiles à bien examiner chez une femme obèse, à différencier des masses coliques ;
- le cul-de-sac de Douglas et les ligaments utéro-sacrés ;
- une contracture douloureuse du releveur de l'anus.

Le toucher rectal, particulièrement utile chez la jeune fille vierge, explore en plus les paramètres et les annexes, recherche leur infiltration.

Pendant les touchers, on détournera l'attention de la malade en lui parlant, en lui faisant serrer ses deux mains sur le thorax de façon à bien objectiver la douleur.

On terminera l'entretien en s'intéressant à **la vie sexuelle du couple**.

L'absence de rapports depuis plusieurs mois n'a pas la même signification que, si malgré les douleurs invoquées, les rapports ont lieu 3 ou 4 fois par semaine. On tâchera de savoir si le couple s'entend bien ou si, au contraire, il traverse une crise importante.

En matière d'algies pelviennes, encore plus qu'ailleurs, l'importance de l'interrogatoire est

fondamentale.

En fin d'examen on doit pouvoir trancher entre une algie pelvienne chronique qui dure depuis des années et une urgence, on doit avoir une idée sur le caractère plutôt organique ou au contraire fonctionnel, voire psychosomatique du trouble.

Examens complémentaires

En l'absence d'éléments d'orientation, les examens complémentaires à prescrire peuvent être très nombreux. Ils seront modulés en fonction de la symptomatologie et des données de l'examen clinique. On pourra demander :

- une échographie par voie abdominale et vaginale ; c'est l'examen le plus utile qui permettra d'étudier :
 - l'utérus : présence d'un fibrome plus ou moins nécrosé, d'une malformation,
 - les ovaires, qui peuvent présenter un ou des kystes ; il faudra rechercher particulièrement une endométriose,
 - les reins et les uretères ;
- un examen cyto bactériologique des urines ;
- une numération formule sanguine avec dosage de la C reactive protein ;
- un prélèvement bactériologique endocervical ;
- le scanner a peu d'indications en gynécologie en dehors des cancers, l'échographie vaginale étudiant beaucoup mieux les organes génitaux ;

L'IRM peut être indiquée si on soupçonne une endométriose profonde, une malformation utérine ou vaginale

L'échographie endorectale est supérieure à l'IRM en cas d'endométriose profonde de la cloison rectovaginale

- la coelioscopie peut être très utile mais c'est un geste chirurgical dont on devra peser soigneusement l'indication. Elle permet de confirmer la présence d'une endométriose ou d'adhérences. Elle est souvent normale. La présence d'adhérences ou d'endométriose ne prouve pas qu'il s'agit de la cause des douleurs car si on compare la fréquence, l'importance des adhérences ou de l'endométriose chez les femmes stériles ou chez les femmes algiques ces deux pathologies sont plus fréquentes chez les femmes stériles alors qu'elles se plaignent beaucoup moins de douleurs que les femmes qui consultent pour douleurs chroniques.

Certains malades ont déjà eu beaucoup d'examens et il faudra résister à leur désir d'une nouvelle prescription.

Bibliographie

1. ZONDERVAN K, YUDKIN PL, VESSEY MP, DAWES M. Prevalence and incidence in primary care of chronic pelvic pain in women: evidence from a national general practice data base. BR.J. Obstet. Gynaecol. 1999;106:1149-1159.
2. HOWARD FM. Chronic pelvic pain. Obstet Gynecol 2003;101:594-611.
3. CNGOF. Les douleurs pelviennes : de l'organique au fonctionnel. Mises à jour en gynécologie médicale. Paris, 2005.