

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS  
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des  
Mises à jour  
en Gynécologie  
Médicale**

—

**volume 2005  
publié le 30.11.2005**



*VINGT-NEUVIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2005*

# Séméiologie et bilan clinique

J. DELOTTE, A. BONGAIN\*  
(Nice)

## INTRODUCTION

La cavité pelvienne, espace bordé latéralement par les os du bassin, prolonge la cavité abdominale. Elle contient la vessie, la portion terminale des uretères, les organes génitaux pelviens, le rectum, des vaisseaux sanguins, des lymphatiques et des nerfs. Elle est séparée du périnée par le diaphragme pelvien (11). Les douleurs pelviennes, organiques ou fonctionnelles, peuvent donc être d'origine génitale mais également extra-génitale. Elles représentent un motif extrêmement fréquent de consultation en gynécologie et se distinguent en douleurs dites « chroniques » (une même douleur évoluant depuis six mois) et en douleurs dites « aiguës » (13).

Le retentissement de ces douleurs n'est pas exclusivement représenté par la souffrance physique ou psychologique des patientes mais également par les répercussions sociales engendrées : arrêts de travail, multiplicité des examens médicaux, interventions chirurgicales utilisées dans le cadre de la recherche diagnostique voire à but thérapeutique (14).

\* Service de Gynécologie-Obstétrique-Reproduction et de Médecine Fœtale - CHU de Nice - Hôpital de l'Archet 2 - 151 route de St Antoine de Ginestière - BP 3079 - 06202 NICE CEDEX 3

La prise en charge des douleurs pelviennes chroniques, réputée difficile, est une source de discordance entre le praticien, cherchant l'étiologie organique avant tout, et la patiente qui souhaite une disparition rapide de ses symptômes. Le clinicien peut se sentir ainsi perdu face à une patiente revendicatrice, présentant des symptômes diffus et mal systématisés. Il peut rapidement considérer sa patiente comme présentant un problème d'ordre purement psychologique. Or, si des facteurs psychologiques ou sociaux peuvent effectivement influencer sur le ressenti de la douleur pelvienne chronique, la persistance de ces douleurs, l'impression de ne pas être écouté du corps médical, voire les incertitudes des praticiens peuvent également entraîner une exacerbation du ressenti de la douleur (8).

La prise en charge d'une femme présentant une douleur pelvienne chronique doit donc comporter la recherche d'une cause organique mais également une réelle approche psychologique du symptôme (1, 13) (Tableau I).

Le recours à la chirurgie est actuellement trop fréquent et le parcours médical de ces femmes se termine dans près de 12 % des cas par une hystérectomie (7). Pourtant la démonstration est bien établie que lorsque l'hystérectomie a pour seule indication la douleur, les patientes continuent de souffrir et, pour celles qui sont améliorées, le résultat doit être attribué dans 50 % des cas à un effet placebo (5, 12). En dehors de ce contexte chronique, les douleurs pelviennes aiguës posent également des problèmes diagnostiques (Tableau II). Elles sont sources d'angoisse pour la patiente, et parfois pour le praticien qui n'oublie pas que l'essentiel de la morbidité et de la mortalité associées à ces douleurs pelviennes aiguës est attribué à des erreurs de diagnostic ou de retard à la prise en charge (3). La physiopathologie des douleurs pelviennes est mal connue. La richesse de l'innervation, échanges entre les Système Nerveux Autonome et Système Nerveux Somatique, et les nombreuses interactions entre les organes pelviens en font un symptôme qui peut être difficile à analyser. La douleur pelvienne n'est actuellement plus expliquée comme un stimulus nociceptif mais comme la combinaison de signaux nociceptifs périphériques modulés par le système nerveux central (théorie du « *Gate Control* »). Cette modulation du signal nociceptif s'effectue en fonction de l'âge, de l'état psychologique, de facteurs culturels...

Devant une douleur pelvienne chronique ou aiguë, le but du praticien est donc d'évaluer la gravité, d'orienter le diagnostic et la prescription éventuelle d'examen complémentaires pour une prise en charge adaptée au cas par cas.

## SÉMÉIOLOGIE ET BILAN CLINIQUE

Tableau I. Causes de douleurs pelviennes chroniques. Tiré et modifié de Samraj G, Kuritzky L, Curry RW (13)

Causes gynécologiques	Causes gastro-intestinales	Causes musculo-squelettiques
<b>Extra-utérines</b> Condylomes Syndrome de l'ovaire résiduel Tumeurs bénignes annexielles Tumeurs malignes annexielles Ovaires surnuméraires Abscès tubo-ovariens Mittelschmerz (douleur de l'ovulation) Endométriose Kystes péritonéaux Prolapsus Infection pelvienne chronique Syndrome de Masters et Allen Varices pelviennes Vulvo-vaginites chroniques Salpingite chronique ou tuberculeuse Endosalpingiose Endométriose Hydrosalpinx Adhérences annexielles  <b>Utérines</b> Myome utérin Adénomyose Polype endo-utérin ou cervical Dysménorrhée Endométrite chronique Sténose cervicale Malformation congénitale Prolapsus	Constipation chronique Syndrome de l'intestin irritable Maladie inflammatoire chronique de l'intestin Maladie diverticulaire Cancers colorectaux Colites, infectieuse ou ischémique Proctalgies fugaces  <b>Causes urologiques</b> Cystite interstitielle Infections chroniques de la sphère urologique Diverticule urétéral Cystite radique Tumeurs malignes Lithiase Dysnergie vésico-sphinctérienne  <b>Causes neurologiques</b> Compressions nerveuses Hernies discales Neuropathies Algodystrophie  <b>Causes médicales</b> Intoxications (mercure, plomb) Porphyrie Zona Épilepsie partielle Migraine accompagnée Fièvre familiale méditerranéenne	Fibromyalgie Névralgie sur cicatrice pelvienne Compression, ou fracture d'une vertèbre lombaire ou du sacrum Contracture musculaire Myalgie du releveur Hernies Troubles de la posture dorso-lombaire Scoliose, cyphose Spondylolisthésis Ostéite  <b>Causes psychiatriques</b> Dépression Somatisation Hypochondrie Troubles alimentaires Troubles du sommeil  <b>Autres</b> Abus sexuels ou physiques Troubles psycho-sexuels Usage de drogues

La recherche étiologique de ce symptôme doit donc être débutée par un interrogatoire et un examen clinique d'autant plus minutieux que de nombreux facteurs peuvent modifier l'expression de la douleur. En général, devant toute douleur, il est nécessaire de préciser les sept éléments suivants :

- Son siège et irradiations éventuelles ;
- Sa qualité : à quoi ressemble-t-elle ?
- Son intensité ou sa gravité. À quel point cela fait-il mal ?

Tableau II. Exemples de causes de douleurs pelviennes aiguës

<b>Quelques causes obstétricales de douleurs pelviennes</b>			
<b>Diagnostic</b>	<b>Signes généraux</b>	<b>Spéculum</b>	<b>Touchers pelviens</b>
<b>Grossesse extra-utérine</b>	Retentissement hémodynamique	Métrorragies sépia	Douleur latéralisée, masse pelvienne, signes d'irritation péritonéale
<b>Fausse couche non compliquée hémorragique</b>	Retentissement hémodynamique	Métrorragies de sang rouge	Douleur à la mobilisation utérine
<b>Hémorragie du corps jaune avec grossesse associée</b>	Retentissement hémodynamique	RAS	Douleur latéralisée, signes d'irritation péritonéale
<b>Thrombose de la veine ovarienne</b>	± Fièvre	RAS	Douleur latéralisée, signes d'irritation péritonéale
<b>Quelques causes gynécologiques de douleurs pelviennes aiguës</b>			
<b>Salpingites</b>	Température	Leucorrhées	Douleur généralisée
<b>Endométriose</b>	Aucun	RAS	Masse pelvienne
<b>Kyste ovarien hémorragique</b>	± Retentissement hémodynamique	RAS	Masse pelvienne
<b>Torsion d'annexe</b>	Aucun	RAS	Masse pelvienne
<b>Mittelschmerz</b>	Aucun	RAS	Douleur unilatérale
<b>Quelques causes non gynécologiques de douleurs pelviennes aiguës</b>			
<b>Causes digestives</b>	Appendicite aiguë Poussée de maladie inflammatoire intestinale Adénite mésentérique Syndrome de l'intestin irritable Sigméidite		
<b>Causes urinaires</b>	Infection urinaire Calcul rénal compliqué		

*SÉMÉIOLOGIE ET BILAN CLINIQUE*

- Sa chronologie. Quand commence-t-elle ? Sa durée ? Revient-elle souvent ?
- La situation dans laquelle elle survient, y compris les facteurs dépendant de l'environnement, les activités personnelles, les réactions émotives, ou d'autres circonstances ;
- Les facteurs qui la diminuent ou l'augmentent ;
- Les manifestations associées.

Cette approche sémiologique, associée à une description de l'examen clinique systématique, est sensiblement différente selon que le praticien se retrouve confronté à une douleur pelvienne aiguë ou chronique. Nous allons donc successivement envisager ces deux cas.

## I. LES DOULEURS PELVIENNES AIGÜES

### **Interrogatoire**

Il cherche à obtenir une description précise de la douleur (crampe, « coup de poignard »...). Sur un plan topographique, il cherche à la localiser avec précision, à mettre en évidence des phénomènes d'irradiation ou l'association à d'autres processus douloureux. La douleur gynécologique est généralement pelvienne ou localisée dans une fosse iliaque (6).

Sur un plan chronologique, il cherche à évaluer le début, l'évolution, la présence de facteurs déclenchants ou modifiants l'évolution de cette douleur. La recherche de signes fonctionnels associés peut également orienter le praticien dans sa recherche étiologique. Les leucorrhées, par exemple, orientent vers une pathologie de l'appareil génital. Certains signes dits « sympathiques », nausées, tension mammaire, orientent vers le diagnostic de grossesse. Les signes fonctionnels urinaires (dysurie, pollakiurie...) orientent vers une pathologie urinaire mais peuvent également signifier une irritation par une pathologie de voisinage. L'existence de signes digestifs comme des nausées ou des vomissements est particulièrement aspécifique.

La recherche des antécédents médico-chirurgicaux permet d'intégrer dans le raisonnement du praticien les éventuelles pathologies associées ou prises médicamenteuses qui peuvent modifier l'évolution de la pathologie pelvienne et/ou son traitement. Dans ce même temps de recherche des antécédents de la patiente, une attention particulière est bien évidemment portée sur les plans gynécologiques et obstétricaux en

faisant préciser aux patientes non ménopausées la date des dernières règles, les éventuels troubles du cycle et le mode de contraception. Le contexte socioculturel est également à prendre en compte, des éléments du comportement sexuel comme le statut marital ou un changement de partenaire sexuel pouvant orienter le praticien vers une infection sexuellement transmissible.

Les signes généraux doivent être particulièrement recherchés car ils permettent d'apprécier la gravité de la présentation clinique ; lipothymie, pâleur cutanée, malaise général peuvent être des éléments précurseurs d'un choc hypovolémique avec ou sans hémorragie extériorisée, d'autant plus mal supportée que d'installation rapide ou survenant sur un terrain d'anémie préexistante (4).

À la suite de cet interrogatoire, le praticien doit avoir apprécié la gravité de la présentation clinique et l'éventuelle urgence de sa prise en charge. Il peut alors débiter un examen attentif de la patiente qui cherchera à déterminer avec précision l'étiologie de la douleur pelvienne puis à orienter l'éventuelle prescription d'examen complémentaires.

## Examen clinique

L'examen débute par la recherche de signes généraux. La prise du pouls et de la tension permet la recherche d'une instabilité hémodynamique, voire d'un état de choc qui nécessiterait la mise en place immédiate de mesures de réanimation. La prise de la température complète cet examen à la recherche d'un syndrome infectieux.

L'examen abdomino-pelvien est conduit chez une patiente allongée, en position gynécologique. Dans un certain nombre de cas, il est conduit après avoir pris le temps de rassurer une patiente qui peut craindre un examen clinique dans un contexte douloureux. Cela permet de conduire de manière complète l'examen clinique et de pouvoir en retirer des éléments informatifs, ce qui pourrait s'avérer difficile avec une patiente affolée ou craintive. L'examen abdominal recherche une défense abdominale ou pelvienne, voire des signes d'irritation péritonéale ou de péritonite généralisée. Il permet la mise en évidence d'une masse, d'une ascite, de granulations pariétales (dans le cadre de la découverte d'une carcinose péritonéale par exemple), et parfois d'un utérus gravide en cas de grossesse ignorée.

L'examen au spéculum est réalisé dans la continuité. Il cherche la présence de leucorrhées, l'aspect du col, l'origine d'éventuels saignements génitaux associés (plaie vaginale, endocol...) ou un trouble de la statique pelvienne.

## SÉMÉIOLOGIE ET BILAN CLINIQUE

Le toucher vaginal (TV) est conduit sur une patiente en position gynécologique, vessie vide, et est associé à une palpation abdomino-pelvienne.

Le TV cherche à apprécier la situation de l'utérus, sa taille et sa consistance. Il permet également :

- L'exploration des éléments extra-génitaux : cul-de-sac de Douglas, vessie...

- La découverte d'une douleur provoquée dans le cul-de-sac de Douglas, à la mobilisation utérine ou annexielle ;

- De rechercher un nodule sur les ligaments utéro-sacrés (9).

Le toucher rectal (TR) est un geste complémentaire parfois indispensable. Il ne faut donc pas hésiter à le pratiquer en usant largement de lubrifiant. Il s'agit de la seule voie d'abord chez la patiente vierge. Il recherche une douleur au cul-de-sac de Douglas, la présence d'une masse ou d'une pathologie rectale associée.

## II. LES DOULEURS PELVIENNES CHRONIQUES

### Interrogatoire

Un interrogatoire « policier » est un temps crucial de la recherche diagnostique. Il est important de prendre son temps et d'écouter l'ensemble des plaintes de la patiente. En effet, les patientes présentant une douleur pelvienne chronique ont souvent d'autres symptômes, comme des céphalées, ou même un passé d'abus sexuel ou de violences physiques (16).

Les questions doivent ensuite se porter sur les antécédents de la patiente, particulièrement obstétricaux et chirurgicaux.

La grossesse et l'accouchement sont des événements traumatisants sur le plan musculo-squelettique, essentiellement au niveau du pelvis et du dos. Cela peut conduire à des douleurs pelviennes chroniques. Les facteurs de risque associés à la grossesse incluent les douleurs lombaires, un poids fœtal élevé, une faiblesse des muscles pelviens, un travail long, une extraction instrumentale (10).

Certaines chirurgies sont pourvoyeuses de douleurs chroniques (adhérences, cicatrices...). Le motif de la chirurgie est également important à connaître puisque certaines associations de phénomènes pathologiques sont reconnues. Par exemple, une haute fréquence d'endométriose a été mise en évidence chez les patientes présentant

des sténoses cervicales (2). Les questions suivantes cherchent à caractériser précisément la douleur ainsi que les prises médicamenteuses associées.

Il est utile de schématiser la position de la douleur sur une carte afin de pouvoir comparer lors de deux consultations successives les éventuelles modifications des plaintes douloureuses. Cette schématisation permet dans certains cas d'éliminer immédiatement une cause gynécologique, par exemple en cas de répartition sur un dermatome. De plus, cela révèle fréquemment d'autres sites douloureux. Plus de 60 % des patientes présentant des douleurs pelviennes chroniques ont des céphalées ; plus de 90 % ont des lombalgies (7).

Il faut également demander à la patiente les événements provoquant ou soulageant la douleur, le retentissement sur sa vie sociale. Il est essentiel de demander si la douleur s'est modifiée avec le temps ou si elle est de caractère cyclique. Le caractère cyclique est évocateur d'une cause gynécologique mais pas seulement, une augmentation des douleurs du syndrome du côlon irritable, par exemple, pouvant en être également la cause.

Lors du même interrogatoire l'analyse de l'activité sexuelle, d'éléments de l'histoire familiale et du terrain psychologique est un facteur essentiel dans la prise en charge des douleurs pelviennes chroniques (15). L'interrogatoire doit ensuite se porter successivement sur chaque système (gynécologique, urologique, gastro-intestinal, musculaire, osseux et neurologique) (13).

À ce stade, si le praticien pense qu'une dépression ou une autre pathologie psychiatrique est une composante importante de la douleur pelvienne chronique il doit, avant tout, obtenir une prise en charge conjointe avec un psychiatre et/ou un psychologue.

## Examen clinique

L'examen est d'autant plus long que de nombreuses patientes craindront l'examen clinique du fait des douleurs pelviennes ressenties. Expliquer l'intérêt des examens à la patiente et prendre le temps nécessaire permettent fréquemment de réaliser un examen complet. Dans le cas contraire, il peut être utile de prescrire des antalgiques ou des anxiolytiques à la patiente et/ou de programmer un nouveau rendez-vous afin de pouvoir conduire un examen minutieux dans de bonnes conditions.

Le but essentiel de l'examen est de dresser une cartographie de la douleur et des facteurs déclenchants la plus précise possible. Cela requiert une approche systématique et méthodique afin de chercher à

*SÉMÉIOLOGIE ET BILAN CLINIQUE*

reproduire la sensation douloureuse par le(s) toucher(s) ou par la posture de la patiente. La consultation doit donc se conduire chez une patiente successivement debout, assise puis couchée (7).

L'examen en position debout permet d'étudier particulièrement le dos. Cet examen recherche obligatoirement les mensurations de la patiente afin d'obtenir un critère objectif évocateur d'un tassement vertébral, d'une pathologie rhumatologique ou d'un trouble de la posture. On étudie également la marche à la recherche d'une boiterie. L'examen permet aussi de repérer une éventration, une hernie de la paroi abdominale, notamment une hernie ventrale latérale (dite hernie de Spiegel). On cherche une zone « gâchette » qui reproduirait la douleur.

L'examen en position assise recherche également l'apparition de douleurs, de problème postural.

L'examen en position couchée puis gynécologique s'effectue dans le dernier temps. La palpation abdominale est douce, évitant d'aborder immédiatement la zone la plus douloureuse. On cherche des signes d'irritation péritonéale ou d'ascite. L'examen de la paroi de l'abdomen permet la mise en évidence de hernie, de signe d'éventration ou de cicatrices antérieures.

En position gynécologique, le clinicien cherche d'éventuelles lésions vulvaires, la présence de troubles de la maturation des organes sexuels secondaires, la trophicité des organes génitaux externes. On recherche des lésions de grattage, une irritation locale. On palpe les glandes de Skène et de Bartholin. Les cicatrices d'épisiotomie sont relevées. Ce temps d'examen se termine par la recherche de pathologies anales comme les fissures ou les hémorroïdes.

L'examen au spéculum comprend un temps vaginal qui permet de noter l'aspect de la muqueuse, la présence d'un kyste vaginal ou d'une anomalie congénitale (diaphragme...).

Un temps cervical permet la mise en évidence de leucorrhées louches, de visualiser à son niveau une éventuelle inflammation, cicatrice, nodule endométriosique voire une masse tumorale cervicale ou utérine accouchée par le col.

Cet examen s'effectue avec un spéculum à lames démontables. Le spéculum étant démonté, on termine cette partie de l'examen à la recherche d'un prolapsus.

Le toucher vaginal cherche à percevoir l'utérus, analyser sa taille et sa position, la présence d'une déformation éventuelle et enfin, évaluer la douleur ressentie lors de sa mobilisation.

L'examen des annexes a pour but de percevoir leur taille, leur consistance et leur sensibilité. L'examen des culs-de-sac antérieur et postérieur cherche la présence de nodules ou de granulations, l'exa-

DELOTTE &amp; BONGAIN

cerbation d'une douleur. La palpation des ligaments utéro-sacrés est un élément important de cet examen clinique. Il recherche d'éventuels nodules qui pourront faire évoquer une endométriose.

L'examen comprend alors un temps de palpation de l'aire du sphincter urétral et des muscles du diaphragme pelvien.

Le toucher rectal est systématique. Il permet d'éliminer une pathologie tumorale anale ou rectale basse, pourvoyeuse de douleurs pelviennes.

## CONCLUSION

Chaque douleur pelvienne est différente. De nombreux facteurs interagissent dans la perception et l'expression des symptômes chez les patientes. Leur prise en charge nécessite non seulement une extrême rigueur dans la conduite de l'interrogatoire et dans la systématique de l'examen clinique, mais également une approche psychologique afin de répondre au mieux aux attentes de patientes parfois désemparées. Dans certains cas de douleurs chroniques, le but n'est plus tant de « guérir » totalement la patiente que d'améliorer sa qualité de vie.

### Résumé

*Un interrogatoire complet et orienté représente le point de départ de toute consultation pour une algie pelvienne, qu'elle soit aiguë ou chronique, d'origine fonctionnelle ou organique. L'un de ses buts principaux est de permettre au gynécologue de distinguer la douleur pelvienne de sa patiente parmi trois grands cadres nosologiques : les causes obstétricales (GEU, FCS...), les causes gynécologiques (salpingites...) et les causes non gynécologiques (atteinte de l'appareil urinaire, appendicite...). L'examen clinique qui suit cet interrogatoire doit être complet et systématisé.*

## SÉMÉIOLOGIE ET BILAN CLINIQUE

## Bibliographie

1. Albert H. Psychosomatic group treatment helps women with chronic pelvic pain. *J Psychosom Obstet Gynecol* 1999; 20: 216-225.
2. Barbieri RL. Stenosis of the external cervical os: an association with endometriosis in women with chronic pelvic pain. *Fertil Steril* 1998; 70: 571-3.
3. Brenner PF, Roy S, Mishell DR Jr. Ectopic pregnancy-a study of 300 consecutive surgically treated cases. *JAMA* 1980; 243: 673-6.
4. Bulet G, Judlin Ph. Le syndrome douloureux pelvien aigu. Approche diagnostique et thérapeutique chez la femme. *Rev Fr Gynecol Obstet*, 1994; 89: 537-542.
5. Dellenbach P, Rempp Ch, Haeringer MT, Simon T, Magnier F, Meyer C. Douleur pelvienne chronique. Une autre approche diagnostique et thérapeutique. *Gynecol Obstet Fertil* 2001; 29: 234-243.
6. Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson JB. L'examen clinique dans le cadre d'une douleur pelvienne aiguë in Chapron C, Benhamou D., Belaisch-Allart J, Dubuisson JB. *La douleur en Gynécologie*, Editeur Arnette Blackwell, Paris, 1997, pages 79-86.
7. Howards FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 594-611.
8. Lampe A, Doering S, Rumpold G, Solder E, Krismer M, Kantner-rumplair W, Schubert C, Sollner W. Chronic pain syndromes and their relation to childhood abuse and stressful life events. *J Psychosom Res* 2003; 54: 361-7.
9. Martin Q. Diagnosis of acute pelvic pain. *J Fam Pract* 1992; 35: 422-432.
10. Mens JMA, Vleeming A, Stoeckart R, Stam HJ, Sniijders CJ. Understanding peripartum pelvic pain: implications of a patient survey. *Spine* 1996; 21: 1363-70.
11. Moore KL, Dalley AF. *Anatomie médicale*. Edition De Boeck et Larcier, Bruxelles, 2003.
12. Reiter RC, Gambone JC, Johnson SR. Availability of a multidisciplinary pelvic pain clinic and frequency of hysterectomy for pelvic pain. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 1991; 12: 109-116.
13. Samraj G, Kuritzky L, Curry RW. Chronic pelvic and pain in women: evaluation management in primary care. *Compr Ther* 2005; 31: 28-39.
14. Scialli AR. Evaluating Chronic Pelvic Pain: A consensus recommendation. Pelvic Pain Expert Working Group. *J Reprod Med* 1999; 4: 945-952.
15. Van Os-Bossagh P, Pols T, Hop WC, Nelemans T, Erdmann W, Drogendijk AC, Bohnen AM. Questionnaire as a diagnostic tool in chronic pelvic pain: a pilot study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 103: 173-8.
16. Walling MK, Reiter RC, O'Hara MW, Mildburn AK, Lilly G, Vincent SD. Abuse history and chronic pain in women. *Obstet Gynecol* 1994; 84: 193-9.