

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS 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*

# Approche étiologique multidisciplinaire Algies pelviennes non gynécologiques

S. PUPPO, L. BOUBLI\*  
(Marseille)

La douleur (selon l'*International Association for the Study of Pain*) est une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire présent ou potentiel ou décrite en termes d'un tel dommage ».

La douleur pelvienne chronique est une douleur abdominale basse sans cause organique évidente qui dure depuis au moins six mois (1, 32).

C'est un motif fréquent de consultation en gynécologie. C'est donc le gynécologue qui est le plus souvent en première ligne même si l'étiologie n'est pas toujours gynécologique.

La douleur pelvienne chronique est en effet un symptôme qui peut recouvrir de nombreuses pathologies atteignant l'appareil génital mais aussi le système gastro-intestinal, l'appareil urinaire, les muscles, le rachis ou encore révéler une souffrance psychologique.

## ÉPIDÉMIOLOGIE

La prévalence de la douleur pelvienne chronique est estimée à 3,8 % chez les femmes de 15 à 73 ans (8, 16, 35). Cette prévalence est supérieure à celle de la migraine (2,1 %), identique à celle de l'asthme

\* Hôpital Nord, Service de Gynécologie-Obstétrique - 13915 Marseille

et à celle des douleurs dorso-lombaires (13)! Le profil de la patiente « type » est une femme entre 20 et 45 ans, le plus souvent séparée, divorcée ou veuve. L'âge, l'ethnie, le niveau d'éducation et le niveau socio-économique ne sont pas identifiés comme facteurs de risque (17, 36). Dans 40 % à 70 % des cas, on retrouve la notion de violences morales, physiques ou sexuelles (1, 17, 22, 26, 28) (cf. tableau I).

La douleur pelvienne chronique a un impact psychosocial : elle retentit sur les activités de la vie quotidienne, altère le bon état général et perturbe les relations humaines (19). La qualité de vie des patientes algiques chroniques est donc significativement diminuée (17, 29, 35).

La douleur pelvienne chronique a un impact économique majeur : son coût est estimé à 880 millions de dollars par an aux États-Unis (13). Les patientes consomment

trois fois plus de médicaments, subissent quatre fois plus d'interventions non gynécologiques et cinq fois plus d'hystérectomies que les non algiques (34). Elle représente 10 % des consultations de gynécologie alors qu'une origine gynécologique sera retrouvée dans moins de 50 % des cas (8, 13). Quarante pour cent des coelioscopies gynécologiques et 12 % des hystérectomies sont réalisées pour ce motif! (13).

Tableau I. Prévalence des violences dans une population de 90 femmes pelvialgiques.

D'après Dellenbach et al. (5)

<b>Présence de violences</b>	n = 63 soit 71 %
<b>Natures des violences</b>	
Sexuelles	n = 18 soit 28,5 %
Physiques	n = 30 soit 47,6 %
MORALES	n = 55 soit 87,3 %
<b>Époque de vie</b>	
Enfance et adolescence	n = 48 soit 76,1 %
Âge adulte	n = 15 soit 23,8 %
<b>Intervenant</b>	
Parents	n = 32 soit 52 %
Conjoint	n = 21 soit 34 %
Tiers	n = 10 soit 12 %

## APPROCHE DIAGNOSTIQUE

### L'anamnèse

L'histoire de la douleur est fondamentale à retracer (19, 28). Le médecin laisse parler librement la patiente pour qu'elle « raconte sa douleur » (8).

Les principaux éléments recherchés pour caractériser la douleur sont (8, 28) :

*ALGIES PELVIENNES NON GYNÉCOLOGIQUES*

- son mode de début ;
- sa localisation, ses irradiations ;
- son intensité (qui peut être appréciée par une échelle d'évaluation unidimensionnelle : échelle visuelle analogique, échelle numérique ou échelle verbale simple) ;
- son rythme, son caractère éventuellement cyclique ;
- ses circonstances favorisantes, ses facteurs déclenchants, calmants et aggravants ;
- sa durée ;
- son retentissement sur le travail, les loisirs et les activités de la vie quotidienne ;
- les traitements antérieurs et leurs effets ;
- des signes associés : gynécologiques, digestifs, urinaires...

On recherche un syndrome dépressif (troubles du sommeil, de l'appétit et de l'humeur...) et des « événements de vie » difficiles à type de deuil, séparation, violence sexuelle, physique ou morale... (10, 15).

Sont également consignés les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux ainsi que le contexte socio-économique (âge, ethnie, profession et couverture sociale) et le contexte familial (impact de la famille, bénéfices secondaires, contexte conjugal...).

### **L'examen clinique**

Il doit être systématique malgré sa faible sensibilité (8). Il comprend l'examen de l'appareil génital, de la paroi abdominale, du rachis, du bassin, de l'appareil digestif et de l'appareil urinaire. Il est réalisé debout, allongée puis en position gynécologique.

L'examen de la paroi abdominale permet de différencier douleur pariétale et douleur viscérale ; en effet la cellulalgie provoquée lors du palper-rouler est en faveur d'une douleur pariétale. Il permet aussi la palpation de la symphyse pubienne, la mise en évidence de zones gâchettes pariétales et la recherche de cicatrice, hernie ou éventration (10).

L'examen gynécologique débute par une inspection de la vulve, un test de sensibilité basique, la recherche de zones gâchettes et de cicatrices vulvaires (5). Le toucher vaginal à un doigt puis à deux doigts permet la palpation du col utérin, des culs-de-sac, de la cloison recto-vaginale, des épines sciatiques, de la paroi vaginale antérieure, de l'urètre, des muscles élévateurs de l'anus, piriformes et obturateurs internes et du coccyx. Il évalue la mobilité utérine à la recherche d'une fixité ou d'une rétroversion. Il recherche des zones de tension et des zones gâchettes (10, 20, 27).

## Les examens paracliniques

Ils sont guidés par l'interrogatoire et l'examen clinique (8).

Les examens bactériologiques habituellement réalisés sont l'étude cyto bactériologique des urines, le prélèvement vaginal et la recherche de chlamydia par biologie moléculaire sur l'endocol.

En imagerie, l'examen de première intention est l'échographie abdomino-pelvienne et endovaginale.

La cœlioscopie dans le cadre des algies pelviennes chroniques ne doit pas être systématique (8, 31), elle ne doit être réalisée qu'en présence d'une piste diagnostique.

Elle a longtemps été le *gold-standard* pour le diagnostic des algies pelviennes chroniques. Cela est pourtant critiquable pour deux raisons :

- le nombre de cœlioscopies blanches est élevé (35 %) ;
- les pathologies identifiées (33 % d'endométrioses et 24 % d'adhérences...) ne sont pas forcément responsables de la douleur! (10, 11, 13).

Le « *pain mapping* » ou cœlioscopie sous sédation consciente représenterait une alternative intéressante pour le diagnostic étiologique mais le manque d'évaluation par des études prospectives randomisées ne permet pas d'affirmer son intérêt.

## ORIENTATION ÉTIOLOGIQUE

La plupart des algies pelviennes chroniques ont des étiologies multifactorielles somatiques et/ou psychologiques (cf. tableau II).

Tableau II. Évaluation de 122 patientes algiques pelviennes chroniques.  
D'après Reiter (24)

Évaluation	n = 122	%
Pas de pathologie somatique identifiable	66	53
Diagnostics somatiques	57	47
Pathologies uniquement somatiques	38	31
Pathologies à la fois somatiques et psychogènes	19	16
Diagnostics gynécologiques	23	19
Patientes hystérectomisées	6	5

## ALGIES PELVIENNES NON GYNÉCOLOGIQUES

La majorité des patientes ont un ou plusieurs types de douleur pelvienne : 81 % présentent une dysménorrhée, 41 % une dyspareunie, 38,8 % des symptômes digestifs à type de colon irritable et 24,2 % des symptômes génito-urinaires (35, 36).

Les diagnostics les plus fréquents sont l'endométriose, les adhérences et le syndrome du colon irritable mais il est à noter que la moitié des patientes algiques pelviennes chroniques n'ont jamais eu de diagnostic pour leur douleur (35, 36).

Dans le cadre de cet exposé, nous ne nous intéresserons qu'aux diagnostics non gynécologiques.

### Les adhérences

Les adhérences sont souvent considérées comme une cause d'algie pelvienne chronique chez les femmes mais pas chez les hommes (11). Elles sont retrouvées dans 24 % des cœlioscopies réalisées pour algies pelviennes chroniques (13) mais la corrélation entre les deux est incertaine et controversée (1, 8, 11).

Demco *et al.* dans le cadre du « *pain mapping* » montrent que ce sont les adhérences transparentes avec des structures mobiles comme l'ovaire ou avec le péritoine qui sont associées aux plus forts scores de douleur (6).

Les études observationnelles le plus souvent rétrospectives suggèrent plus de 60 % d'améliorations après adhésiolyse cœlioscopique mais ces résultats ne sont pas contrôlés et ne tiennent pas compte de l'effet placebo de la chirurgie (8, 18) (cf. tableau III, page suivante).

Les deux seules études cliniques randomisées contrôlées (Peters *et al.* et Swank *et al.*) n'ont pas montré d'amélioration significative au niveau score de douleur et qualité de vie 12 mois après l'adhésiolyse par rapport aux témoins (cf. tableau IV). De plus, elle n'est pas dépourvue de risque car la morbidité est d'environ 10 % (plaie digestive, vasculaire, vésicale...) (17).

Au vu de ces résultats, l'adhésiolyse cœlioscopique ne semble pas pouvoir être recommandée.

### Cause gastro-intestinale

Le syndrome du colon irritable est la cause gastro-entérologique la plus fréquente. C'est une pathologie fonctionnelle d'étiologie incertaine qui touche 10 à 20 % de la population générale (2, 18).

Tableau III. Bénéfice de l'adhésiolyse chez les patientes algiques pelviennes chroniques. D'après Hammoud et al. (11)

Étude	Type d'étude	Suivi (mois)	Nb de patientes	Voie d'abord (adhésiolyse)	Amélioration de la douleur	Commentaires
Chan	Rétrospective	6	100	Laparotomie	65 %	Pas de bras placebo
Daniell	Rétrospective	4	40 2	Coelioscopie Laparotomie	67 %	Pas de bras placebo
Sutton	Rétrospective	12 ; 60	65	Coelioscopie	84 %	Pas de bras placebo
Steege	Prospective	6 ; 12	34	Coelioscopie	56 %	Pas de bras placebo
Fayez	Prospective	12	156	Coelioscopie	88 %	Pas de bras placebo
Saravelos	Rétrospective	24	72 51	Laparotomie Coelioscopie	51 %	Pas de bras placebo
Malik	Rétrospective	6 ; 18	101	Coelioscopie	44 % à 50 %	Pas de bras placebo
Bremers	Prospective	12	12	Coelioscopie	16 %	Pas de bras placebo
Peters	Prospective, randomisée, contrôlée	9 ; 12	48	Laparotomie	46 % bras traitement 42 % bras placebo	Pas de différence entre les deux groupes
Swank	Prospective, randomisée, contrôlée, en double aveugle	12	100	Coelioscopie	27 % bras traitement 27 % bras placebo	Pas de différence entre les deux groupes

## ALGIES PELVIENNES NON GYNÉCOLOGIQUES

Tableau IV. Scores de qualité de vie après 12 mois de suivi : comparaison du groupe adhésiolyse et du groupe témoin. D'après Swank et al. (17)

	Groupe adhésiolyse	Groupe témoin	Groupe adhésiolyse versus groupe témoin
Douleur	+	+	-
Vitalité	+	+	-
État physique	+	+	-
Activités quotidiennes	+	+	-
Vie sociale	+	+	-
État psychique	-	-	-
État émotionnel	-	-	-
État général ressenti	-	-	-

Signe + : amélioration ; signe - : pas de différence

Il est retrouvé chez 35 à 50 % des patientes algiques pelviennes chroniques (3, 33, 34) et est souvent associé à une dyspareunie, à une dysménorrhée et à des lésions d'endométriose (34). Sa prévalence augmente en période d'activité génitale et notamment pendant les règles (34).

Les signes associent des douleurs abdomino-pelviennes chroniques et des symptômes digestifs à type de ballonnement, diarrhée et constipation (1, 34).

Le diagnostic repose sur les critères de Rome II (cf. tableau V).

Tableau V. Rome II – Critères pour le diagnostic du colon irritable (ACOG mars 2004) (1)

Inconfort ou douleur abdominale pendant au moins 12 semaines (pas nécessairement consécutives) dans les 12 mois précédents, avec 2 des 3 caractéristiques suivantes :

1. Soulagé par la défécation
2. D'emblée associé avec un changement de fréquence des selles
3. D'emblée associé avec un changement de forme ou d'apparence des selles

## Causes urologiques

### *Le syndrome urétral chronique*

Il est caractérisé par une dysurie, une pollakiurie, une nycturie et des impériosités mictionnelles. Il est souvent associé à des vulvodynies, à une dyspareunie et à une difficulté de miction après les rapports (7, 18). L'examen cyto bactériologique des urines est négatif. Son étiologie est inconnue.

### **La cystite interstitielle**

C'est une infiltration chronique de la vessie définie de manière imprécise et d'étiologie incertaine.

Sa prévalence est d'environ 10 pour 100 000 (7, 18). Elle est retrouvée chez 38 % des patientes présentant des algies pelviennes chroniques (4).

En fait, elle est souvent sous-diagnostiquée : Parsons *et al.* retrouvent un test au potassium positif chez 81 % des patientes algiques pelviennes chroniques alors que le diagnostic initial de cystite interstitielle n'était porté que dans 1,6 % des cas dans cette étude (21) (cf. tableau VI). (L'instillation intravésicale de potassium est un test diagnostique basé sur l'augmentation de la perméabilité de l'épithélium vésical en cas de cystite interstitielle) (10).

Tableau VI. Diagnostics cliniques initiaux et test au potassium chez les patientes algiques pelviennes chroniques. D'après Parsons *et al.* (21)

Diagnostic clinique initial	Nombre	Âge médian	Patientes avec un test au potassium positif
Douleur pelvienne	93	36	71 (76 %)
Vulvodynie	45	36	37 (82 %)
Dyspareunie	28	40	25 (89 %)
Impériosités mictionnelles – pollakiurie	24	41	18 (75 %)
Endométriose	22	33	19 (86 %)
Infection urinaire récidivante	15	31	12 (80 %)
Vaginite candidosique	7	38	6 (86 %)
Autre	6	39	5 (83 %)
Cystite intermenstruelle	4	35	4 (100 %)
<b>Total</b>	<b>244</b>	<b>36</b>	<b>197 (81 %)</b>

Elle est habituellement associée à une dyspareunie et influencée par le cycle menstruel (21).

Le diagnostic nécessite (1, 7, 8, 18, 20, 21) :

- une douleur qui typiquement augmente au remplissage vésical et diminue à la miction (sa localisation est variable : hypogastrique, inguinale, urétrale, vaginale, lombaire...);
- des symptômes irritatifs à type d'impériosités mictionnelles, de pollakiurie nocturne et diurne et de nycturie;
- une cystoscopie avec hydrodistension qui retrouve un œdème sous-muqueux, des pétéchies et/ou un ulcère de Hunner pathognomonique;
- l'absence de preuve d'une autre pathologie.

## Causes neurologiques

Les douleurs pelviennes chroniques d'origine neurologique présentent les caractères typiques des douleurs neuropathiques :

- un fond douloureux permanent à type de brûlure et des accès paroxystiques à type de décharges électriques ;
- une topographie neurologique.

La douleur périnéale neurogène typique (et la plus fréquente) est la névralgie pudendale en rapport avec une compression du nerf pudendal soit au niveau de la pince ligamentaire (ligament sacro-épineux/ligament sacro-tubéreux), soit au niveau du canal d'Alcock.

La névralgie pudendale se caractérise par une douleur périnéale chronique :

- le plus souvent unilatérale à type de brûlure (2, 7, 8) ;
- d'installation progressive ou brutale ;
- sans réveil nocturne ;
- non soulagée par les antalgiques habituels ;
- avec irradiation au niveau des organes génitaux externes et/ou de l'anus ;
- aggravée en position assise et améliorée à la station debout ;
- sans trouble sphinctérien associé ;
- avec parfois des signes d'accompagnement : pollakiurie, dysurie, douleur après les rapports, dyschésie ou sciatgie tronquée.

L'examen ne retrouve pas de déficit de la sensibilité périnéale et le toucher vaginal déclenche la douleur à la palpation de l'épine sciatique homolatérale.

L'électromyogramme peut retrouver une souffrance du nerf pudendal à type d'augmentation de la latence distale motrice du côté pathologique (7).

Les examens d'imagerie sont normaux : l'IRM rachidienne permet d'éliminer une lésion médullaire ou un syndrome de la queue-de-cheval.

L'infiltration par un anesthésique local est un test diagnostique.

Dans une étude prospective randomisée contrôlée, Robert *et al.* (25) retrouvent une amélioration de 71 % des scores de douleur et de qualité de vie douze mois après une chirurgie de décompression (transposition endopelvienne du nerf pudendal).

## **Causes musculo-squelettiques**

### ***Origine rachidienne***

Dans ce contexte, les algies pelviennes chroniques sont souvent des douleurs projetées. Elles sont caractérisées par le facteur positionnel et les signes associés à type de dorsalgie, lombalgie, sciatalgie avec aggravation à la marche (8).

### ***Origine articulaire***

Les articulations sacro-iliaques et la symphyse pubienne sont pourvoyeuses de douleurs pelviennes chroniques.

Les traumatismes tels que la grossesse, l'accouchement et les accidents peuvent entraîner des étirements ligamentaires (a fortiori s'il y a une macrosomie ou une extraction instrumentale) et des disjonctions articulaires (1).

### ***Origine musculaire***

Le syndrome myofascial est caractérisé par l'existence de zones gâchettes musculaires (14). Il peut être la conséquence directe d'un traumatisme ou la conséquence indirecte d'un surmenage musculaire comme par exemple les postures vicieuses qui entraînent un déséquilibre dans le pelvis avec création de zones gâchettes myofasciales (1, 18).

Ces zones gâchettes peuvent se situer au niveau de la paroi abdominale et/ou au niveau des muscles intrapelviens (muscles obturateur interne, releveur de l'anus, piriforme...) (23, 27).

L'injection de ces zones par un anesthésique local est à la fois diagnostique et thérapeutique.

## **Causes psychologiques (9)**

Dans le cadre de la douleur pelvienne chronique, la dimension psychologique est constante, mais sa problématique et la prise en charge qui en découle sont très différentes selon les cas.

La douleur chronique organique a des répercussions psychologiques le plus souvent sur le mode anxio-dépressif.

La douleur chronique peut révéler une souffrance psychique. Cette souffrance peut être en rapport avec un événement traumatique psychique qui n'a pas pu être élaboré (deuil, séparation, abus physique ou sexuel...) et dont la seule expression possible est corporelle. Elle peut aussi être en rapport avec une problématique intrapsychique à

## ALGIES PELVIENNES NON GYNÉCOLOGIQUES

type de névrose, état limite, psychose, toxicomanie ou personnalité psychosomatique.

La douleur chronique peut survenir sur un terrain psychopathologique : la douleur aggrave la problématique psychique et la psychopathologie renforce la douleur.

## PRISE EN CHARGE

Elle se doit d'être multidisciplinaire pour espérer le plus de bénéfices à long terme (16) et ce thème fait l'objet d'une communication de S. Yung *et al.* sur l'expérience d'un centre strasbourgeois. Il existe actuellement des centres de la douleur chronique, mais les algies pelviennes de la femme sont suffisamment spécifiques pour justifier leur singularisation (31).

L'idéal est d'avoir à sa disposition un réseau de soins formé par une équipe coordinatrice comprenant un gynécologue, un algologue et un psychologue, et des référents (urologue, gastro-entérologue, rhumatologue, psychiatre, voire des médecins pratiquant des thérapies physiques comme l'ostéopathie, l'acupuncture, la relaxation...).

Ainsi, la patiente est vue initialement en consultation par le gynécologue (idéalement formé à l'algologie) puis par le psychologue. Cette évaluation psychologique est d'autant mieux acceptée par la patiente qu'elle se fait dans le cadre d'une prise en charge globale systématique.

Si une étiologie particulière est suspectée, la patiente est adressée au spécialiste concerné afin d'instaurer un traitement spécifique.

Dans 40 à 60 % des cas, on ne retrouve pas de lésion accessible à un traitement spécifique. Il faut alors considérer la douleur comme un diagnostic à part entière (douleur-maladie).

Une fois l'évaluation somatique et psychologique faite, il faut mettre en place un projet thérapeutique et fixer des objectifs réalistes en accord avec la patiente, car le but n'est pas de traiter à tout prix mais de diminuer le niveau de douleur et de favoriser le retour à une activité normale.

Dans tous les cas, il faut associer à la prise en charge de la douleur du corps une prise en charge psychothérapeutique ; cette association libère beaucoup plus rapidement la patiente de sa souffrance (5).

## CONCLUSION

Les algies pelviennes chroniques représentent une part importante de la pratique gynécologique mais elles sont malheureusement souvent négligées. Leur prise en charge est un réel défi diagnostique et un challenge thérapeutique qui doit être confié à des médecins sensibilisés à ce problème.

C'est l'approche multidisciplinaire qui semble être la plus bénéfique. En permettant une évaluation et une prise en charge globales à la fois somatique et psychologique, elle évite de basculer dans l'acharnement diagnostique et surtout thérapeutique.

Au final, cette prise en charge nécessite un long cheminement qui vise autant à prendre soin qu'à soigner...

### Résumé

*Une douleur pelvienne chronique est une douleur abdominale basse sans cause organique évidente durant depuis au moins six mois. Les algies pelviennes chroniques représentent une part importante de la pratique gynécologique mais elles sont malheureusement souvent négligées. L'anamnèse est l'élément clef de la prise en charge ; elle permet de faire une évaluation globale de la douleur, l'histoire de la douleur, les profils psychologique, socio-économique et familial. L'examen clinique doit être complet et systématique. La cœlioscopie n'est pas une étape obligatoire, elle ne doit être réalisée qu'en présence d'une piste diagnostique. Les principales étiologies non gynécologiques sont : les adhérences, le syndrome du colon irritable, le syndrome urétral chronique, la cystite interstitielle, la névralgie pudendale, les causes musculo-squelettiques et les problématiques psychologiques. La prise en charge est un réel défi diagnostique et un challenge thérapeutique qui doit être confié à des médecins sensibilisés à ce problème.*

*C'est l'approche multidisciplinaire qui semble être la plus bénéfique.*

*L'idéal est d'avoir à sa disposition un réseau de soins formé par une équipe coordinatrice comprenant un gynécologue, un algologue et un psychologue, et des référents (urologue, gastro-entérologue, rhumatologue, psychiatre...). Une fois l'évaluation somatique et psychologique faite, il faut mettre en place un projet thérapeutique et fixer des objectifs réalistes en accord avec la patiente.*

*Si une étiologie particulière est suspectée, la patiente est adressée au spécialiste concerné afin d'instaurer un traitement adapté.*

*Cependant, dans 40 à 60 % des cas, on ne retrouve pas de lésion accessible à un traitement spécifique, Il faut alors considérer la douleur comme un diagnostic à part entière (douleur-maladie).*

## Bibliographie

1. ACOG Practice bulletin. Clinical management guidelines for obstetricians-gynecologists. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 589-605.
2. Antolak SJ, Hough DM, Pawlina W, Spinner RJ. Anatomical basis of chronic pelvic pain syndrome: the ischial spine and pudendal nerve entrapment. *Med. Hypotheses* 2002; 59: 349-353.
3. Banerjee S, Farell RJ, Lembo T. Gastroenterological causes of pelvic pain. *World J Urol* 2001; 19: 166-172.
4. Clemons JL, Arya LA, Myers DL. Diagnosing interstitial cystitis in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2002; 100: 337-341.
5. Dellenbach P, Rempp C, Haeringer MT, Simon T, Magnier F, Meyer C. Douleur pelvienne chronique. Une autre approche diagnostique et thérapeutique. *Gynécologie Obstétrique Fertilité* 2001; 29: 234-243.
6. Demco L. Pain mapping of adhesions. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2004; 11:181-183.
7. Fall M, Baranowski AP, Fowler CJ, Lepinard V, Malone-Lee JG, Messelink EJ, Oberpenning F, Osborne JL, Schumacher S. EAU Guidelines on chronic pelvic pain. *Eur Urol* 2004; 46: 681-689.
8. Fernandez H. Douleurs pelviennes. EMC- Médecine (sous presse).
9. Ferragut E. Le corps dans la prise en charge psychosomatique. Masson, Paris, 2003.
10. Gunter J. Chronic pelvic pain: an integrated approach to diagnosis and treatment. *Obstet Gynecol Surv* 2003; 58: 615-623.
11. Hammoud H, Gago A, Diamond MP. Adhesions in patients with chronic pelvic pain: a role for adhesiolysis? *Fertil Steril* 2004; 82: 1483-1491.
12. Hiden M, Schei B, Swahnberg K, Halmesmäki E, Langhoff-Roos J, Offerdal U, Sidenius K, Steingrimsdottir T, Stoum-Hinsverk H, Wijma B. A history of sexual abuse and health: a nordic multicentre study. *BJOG* 2004; 111: 1121-1127.
13. Howard FM. Chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 594-609.
14. Howard TS. Myofascial Pain Syndrome of the abdominal wall for the busy clinician. *Clin Obstet Gynecol* 2003; 46: 783-788.
15. Lampe A, Doering S, Rumpold G, Söldner E, Krismer M, Kanter-Rumplmair W, Schubert C, Söllner W. Chronic pain syndromes and their relation to childhood abuse and stressful life events. *J Psychosom Res* 2003; 54: 361- 367.
16. Lyer L, Reginald PW. Management of chronic pelvic pain. *Curr Obstet Gynaecol* 2000; 10: 208-213.
17. Mathias SD, Kuppermann M, Liberman RF, Lipschutz RC, Steege JF. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life and economic correlates. *Obstet Gynecol* 1996; 87: 321-327.
18. Moore J, Kennedy S. Causes of chronic pelvic pain. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 2000; 14: 389-402.
19. Muylder X. La douleur pelvienne chronique: cheminement psychoclinique. *Gynecol Obstet Fertil* 2003; 31: 365-369.
20. Parsons CL. Diagnosing chronic pelvic pain of bladder origin. *J Reprod Med* 2004; 49: 235-242.
21. Parsons CL, Dell J, Stanford EJ, Bullen M, Kahn BS, Willems JJ. The prevalence of interstitial cystitis in gynecologic patients with pelvic pain, as detected by intravesical potassium sensitivity. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 1395-1400.
22. Poleshuck EL, Dworkin RH, Howard FM, Foster DC, Shields CG, Giles DE, Xin Tu. Contributions of physical and sexual abuse to women's experiences with chronic pelvic pain. *J Reprod Med* 2005; 50: 91-100.
23. Prendergast SA, Weiss JM. Screening for musculoskeletal causes of pelvic pain. *Clinical Obstet Gynecol* 2003; 46: 773-782.
24. Reiter RC, Gambone JC. Nongynecologic somatic pathology in women with chronic pelvic pain and negative laparoscopy. *J Reprod Med* 1991; 36: 253-259.
25. Robert R, Labat JJ, Bensignor M, Glemain P, Deschamp C, Raoul S, Hamel O. Decompression and transposition of the pudendal nerve in pudendal neuralgia: a randomized controlled trial and long-term evaluation. *Eur Urol* 2005; 47: 403-408.

## PUPPO &amp; BOUBLI

26. Savidge CJ, Slade P. Psychological aspects of chronic pelvic pain. *J Psychosom Res* 1997; 42: 433-444.
27. Slocumb JC. Neurologic factors in chronic pelvic pain: trigger points and the abdominal pelvic pain syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 149: 536-543.
28. Stewart CR. Chronic pelvic pain: the gynaecological enigma. *Curr Obstet Gynaecol* 2002; 12: 200-206.
29. Stones RW, Selfe SA, Fransman S, Horn SA. Psychosocial and economic impact of chronic pelvic pain. *Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 2000; 14: 415-431.
30. Swank DJ, Swank-Bordewijk SCG, Hop WCJ, van Erp IMC, Bonjer HJ, Jeekel J. Laparoscopic adhesiolysis in patients with chronic abdominal pain: a blinded randomised controlled multi-centre trial. *The Lancet* 2003; 361: 1247-1251.
31. Swanton A, Reginald P. Medical management of chronic pelvic pain: the evidence. *Reviews in Gynaecological practice* 2004; 4: 65-70.
32. Van Os-Bossagh P, Pols T, Hop WCJ, Nelemans T, Erdmann W, Drogendijk AC, Bohnen AM. Questionnaire as diagnostic tool in chronic pelvic pain: a pilot study. *Eur J Obstet Gynecol* 2002; 103: 173-178.
33. Williams RE, Hartmann KE, Sandler RS, Miller WC, Steege JF. Prevalence and characteristics of irritable bowel syndrome among women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 2004; 104: 452-458.
34. Williams RE, Hartmann KE, Sandler RS, Miller WC, Savitz LA, Steege JF. Recognition and treatment of irritable bowel syndrome among women with chronic pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 192: 761-767.
35. Zondervan KT, Kennedy SH. Epidemiology of chronic pelvic pain. *Int. Congr. Ser.* 2005; 1279: 77-84.
36. Zondervan KT, Yudkin PL, Vessey MP, Jenkinson CP, Dawes MG, Barlow DH, Kennedy SH. Chronic pelvic pain in the community- Symptoms, investigations and diagnoses. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 184: 1149-1155.