

*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*

Douleur pelvienne et pathologie ovarienne

N. CHOPIN, C. MALARTIC, H. FOULOT, F. DECUYPÈRE, C. CHAPRON*
(Paris)

INTRODUCTION

Les douleurs pelviennes se définissent comme étant des douleurs des quadrants inférieurs de l'abdomen. Elles sont un motif fréquent de consultation et représentent près de 10 % des consultations gynécologiques réglées et la majorité des consultations aux urgences (36, 75, 30). Qu'elles soient aiguës (DPA) ou chroniques (DPC), elles nécessitent une démarche diagnostique rigoureuse tant sur le plan clinique que paraclinique, ainsi qu'une parfaite connaissance des étiologies impliquées. Le diagnostic étiologique de ces douleurs est difficile : la proximité anatomique des organes pelviens, et leur innervation par des fibres anatomiquement voisines (1) rendent délicate leur interprétation topographique qui peut ainsi correspondre à une pathologie de l'uretère, de l'appareil digestif et en particulier de l'appendice, de l'ovaire, de la trompe ou de l'utérus. D'autre part, les caractéristiques sémiologiques de ces douleurs sont d'une sensibilité et d'une spécificité relativement faibles, compliquant le diagnostic.

* Service de chirurgie gynécologique-Obstétrique II - Unité de chirurgie gynécologique
- Clinique universitaire Baudelocque - CHU Cochin Port-Royal - 123 Bd de Port-Royal
- 75014 PARIS

L'association des douleurs pelviennes et de la pathologie ovarienne est un thème capital en gynécologie. Ainsi, sur le plan aigu, si la prévalence de la torsion d'annexe reste inconnue précisément, et ne représente que 3 à 7 % des cœlioscopies pour DPA, leur méconnaissance ou leur retard de diagnostic entraîne généralement la perte de l'ovaire ou de l'annexe (2, 5, 24, 27, 29, 36, 45, 54, 78). De même, sur le plan chronique la présence d'un kyste endométriosique s'intègre dans la moitié des cas à une maladie plus globale qui justifie une prise en charge spécifique dans le cadre de l'endométriose pelvienne profonde.

I. PATHOLOGIE OVARIENNE ET DOULEUR PELVIENNE AIGUË

La DPA constitue une situation fréquente puisque, isolée ou associée à d'autres symptômes, elle constitue le motif de consultation d'urgence en gynécologie le plus fréquent (17, 36, 75).

Concernant spécifiquement les pathologies ovariennes, les hypothèses diagnostiques s'intéressent en particulier aux complications en général des kystes ovariens, aux torsions d'annexes et aux dysovulations (Tableau I).

De nombreux auteurs rapportent la grande difficulté à établir le diagnostic de l'affection en cause par les examens diagnostiques conventionnels (clinique, biologie et échographie) (2, 19, 31, 45). La cœlioscopie diagnostique s'est donc peu à peu imposée comme le standard du diagnostic d'une DPA (2, 16, 40) et son utilisation « intensive » est préconisée par certains auteurs (2, 11, 68). Ce constat d'échec du diagnostic conventionnel des DPA soulève des problèmes de deux ordres : premièrement la fréquence et les conséquences des erreurs diagnostiques, deuxièmement les risques liés à une pratique « sans limite » de la cœlioscopie.

La mise au point d'une démarche rationnelle d'analyse diagnostique des DPA permettrait de limiter le nombre de cœlioscopies inutiles. Cette démarche repose sur une meilleure connaissance de l'épidémiologie et de la physiopathologie des syndromes douloureux pelviens, sur une évaluation du rendement diagnostique des examens conventionnels ainsi que sur une utilisation plus judicieuse des examens complémentaires non invasifs.

DOULEUR PELVIENNE ET PATHOLOGIE OVARIIENNE

Tableau I. Principales affections responsables de douleurs pelviennes aiguës retrouvées dans la littérature

En rapport avec la grossesse	Causes gynécologiques	Causes extra-gynécologiques
grossesse extra-utérine	infection génitale haute salpingite simple pelvipéritonite abcès tubo-ovarien endométrite	appendicite aiguë
complication de corps jaune gestationnel corps jaune hémorragique kyste du corps jaune et ses complications	complication d'un kyste ovarien hémorragie intra-kystique kyste sous tension rupture de kyste torsion	colique néphrétique infection urinaire
avortement en cours septique incomplet	corps jaune hémorragique	causes rares : sacro-iléite bactérienne ostéite anévrisme de l'artère iliaque infection de kyste de l'ouraque
pyélonéphrite aiguë	torsion d'annexe sur annexe saine sur kyste ou tumeur ovarienne sur pathologie tubaire torsion d'hydatide	douleur pelvienne sans anomalie identifiée
torsion d'annexe	dysovulation menstruation rétrograde complication aiguë de fibromyome utérin nécrobiose torsion d'un myome pédiculé douleur pelvienne aiguë en rapport avec de l'endométriose dont rupture de kyste endométriosique	

1.1. Interrogatoire

Un certain nombre de facteurs de risques retrouvés dans la littérature peuvent orienter le diagnostic.

Le risque de torsion d'annexe est accru lors des stimulations ovariennes (7, 53, 65), en cas d'antécédent de ligature tubaire (4, 5, 66), et pendant la grossesse (4, 7, 29, 44, 53, 65) principalement au cours du premier trimestre.

L'utilisation du citrate de clomifène pourrait favoriser la survenue d'une hémorragie du corps jaune (26).

1.2. Examen clinique

1.2.1. Analyse du caractère de la douleur

Un mode de début brutal de la DPA est classique dans les torsions d'annexe (24, 46, 50). Ce caractère est cependant inconstant puisqu'il manquerait dans la moitié des cas (41). Un début brutal est également habituel dans les ruptures de kystes et les corps jaunes hémorragiques (26, 37).

Dans les corps jaunes hémorragiques, le début en première moitié de cycle est exceptionnel (26). Dans les torsions le début serait un peu plus fréquent en seconde moitié de cycle (41, 50).

La durée d'évolution de la DPA est volontiers brève (quelques heures à moins de 2 jours) dans les complications de kystes (corps jaunes hémorragiques et torsions) (26, 41, 50).

Le caractère unilatéral de la douleur spontanée oriente préférentiellement vers une pathologie ovarienne (kyste compliqué, torsion) (27, 41, 59).

L'innervation sensitive de l'ovaire (T10) explique l'irradiation lombaire habituelle des douleurs d'origine ovarienne (1, 26, 37, 41, 50) qui peut poser des problèmes de diagnostic différentiel avec la pathologie urinaire.

1.2.2. Données de l'examen physique

Au toucher vaginal, une douleur provoquée annexielle unilatérale oriente plutôt vers une complication de kyste, une torsion. Ce caractère peut cependant être pris en défaut, en particulier dans la torsion où la douleur annexielle est bilatérale dans 26 % des cas (41).

1.3. Examens complémentaires

De principe, chez toute patiente en activité génitale, un test de grossesse doit être demandé devant tout syndrome douloureux pelvien.

1.3.1. L'échographie

L'utilisation de la voie endovaginale doit, lorsque c'est possible, être préférée à la voie transabdominale en raison de sa meilleure définition. Elle peut cependant manquer le diagnostic de certaines masses annexielles haut situées.

L'échographie ne nous semble pas, actuellement, apporter une aide suffisamment fiable au diagnostic de torsion d'annexe. Dans la plupart des cas (85-100 %) l'échographie retrouve une image

DOULEUR PELVIENNE ET PATHOLOGIE OVARIEENNE

annexielle anormale (kyste liquidien pur, mixte ou tumeur solide, signes d'hémorragie) (7, 12, 43, 65, 76). Ces images sont cependant difficiles à interpréter car les torsions surviennent, la plupart du temps, sur une pathologie annexielle préexistante (kyste, tumeur ovarienne solide ou mixte, hydrosalpinx), et elles ne permettent pas le diagnostic différentiel avec les complications bénignes des kystes. Inversement, dans 9 à 26 % des cas, la torsion survient sur annexe saine (7, 12, 25, 43) et l'échographie peut paraître normale au début de l'évolution. Les signes en rapport avec la stase veineuse et l'œdème associé semblent plus spécifiques et pourraient avoir une bonne valeur d'orientation diagnostique: augmentation du volume de l'ovaire (7, 25, 76, 77) qui est quasi constante au bout d'un certain délai d'évolution; aspect œdématié du parenchyme ovarien avec épaissement des cloisons interfolliculaires et augmentation du volume des follicules ovariens (25). Le faible nombre d'études publiées et leur caractère essentiellement descriptif rend cependant difficile l'évaluation de la valeur diagnostique de ces signes. L'utilisation du Doppler est préconisée par certaines équipes. Les résultats des études concernant une absence de flux sanguin intra-ovarien en cas de torsion d'annexe sont cependant discordants (6, 8, 70).

L'attitude actuelle est de considérer l'échographie comme le prolongement naturel de l'examen clinique et de recommander sa pratique systématique (18). Cette attitude doit être nuancée: la sensibilité de l'échographie faite systématiquement en renfort de la clinique n'est pas meilleure que celle de l'examen clinique seul (45) et le taux de faux négatifs de l'échographie est variable dans 10 à 50 % des cas (45, 52, 74). Ainsi, une échographie normale ne doit en aucun cas rassurer. L'échographie doit, à notre sens, être systématique en cas de grossesse (y compris si l'examen clinique est normal) et indépendamment du taux d'hCG. En l'absence de grossesse l'échographie doit être orientée par l'examen clinique, son but est de préciser le diagnostic.

1.3.2. La cœlioscopie

La cœlioscopie est actuellement considérée comme l'élément diagnostique de référence dans les douleurs pelviennes aiguës (2, 11, 42, 45, 68). La réalisation d'une cœlioscopie est par ailleurs possible au cours du premier et du début du second trimestre de la grossesse (30, 68).

Dans 12 à 75 % des cas, elle redresse le diagnostic établi en préopératoire (8, 37, 48, 54), en particulier dans les infections génitales hautes, les torsions d'annexes (4, 43) et dans l'appendicite aiguë (68). Le recours systématique à la cœlioscopie devant une DPA permettrait, dans certaines situations, de diagnostiquer plus de pathologies, de

raccourcir la durée d'hospitalisation et de diminuer le coût global de la prise en charge (11, 68).

On peut actuellement, dans les centres de référence, traiter par cœlioscopie la plupart des urgences qui justifiaient autrefois la laparotomie : grossesse extra-utérine (20, 57), torsion d'annexe (12, 43, 53, 65), appendicite aiguë (8, 15), corps jaune hémorragique (37) et enfin abcès tubo-ovariens ou pyosalpinx (28, 60).

Dans environ 14 % des cas (8-24 %) aucun diagnostic n'est retrouvé (2, 8, 11, 16, 24, 36, 45, 48, 54, 78). Ces cœlioscopies blanches soulèvent deux problèmes :

– La fiabilité du diagnostic cœlioscopique est un postulat a priori pour l'immense majorité des auteurs. Cependant, dans quelques situations, la cœlioscopie pourrait être prise en défaut. Ainsi, dans certaines salpingites a minima, un aspect rassurant des trompes peut contraster avec des modifications significatives retrouvées à l'histologie (32, 34). Dans l'appendicite aiguë, il pourrait exister à la fois des faux positifs (diagnostics macroscopiques non confirmés par l'histologie) (68) et des faux négatifs (appendice macroscopiquement normal avec histologie positive) (8, 39).

– Il s'agit d'un acte chirurgical à part entière avec une mortalité et une morbidité non nulles. La mortalité est estimée à 0,07 pour mille, la morbidité péroopératoire est de 1,64 pour mille. Ces risques existent pour de simples cœlioscopies diagnostiques puisqu'environ un tiers des accidents surviennent lors de la mise en place des trocarts (13).

1.4. Cas particulier des suspicions de torsion d'annexe

La prévalence exacte de la torsion d'annexe est inconnue. Hibbard l'estime à 2,7 % des urgences gynécologiques opérées (29). Les cas diagnostiqués représentent, en milieu gynécologique, 3 à 7 % des cœlioscopies pour DPA. Cette fréquence est probablement sous-estimée car il est vraisemblable qu'un certain nombre de cas échappent au diagnostic (23, 64). Le retard ou la méconnaissance du diagnostic entraîne la perte de l'ovaire ou de l'annexe (5, 27, 29) et compromettent ainsi la fertilité ultérieure de patientes jeunes ; plus exceptionnellement, les erreurs de diagnostic peuvent être à l'origine de complications potentiellement létales (péritonite, thrombophlébite) (50).

Dans cette situation, le diagnostic conventionnel est particulièrement difficile ; en effet, le diagnostic n'est correctement établi en préopératoire que dans 20 à 80 % des cas (4, 27, 29, 41, 79), et le délai moyen avant le geste thérapeutique est long, de 25 heures à 57 jours (5,

DOULEUR PELVIENNE ET PATHOLOGIE OVARIENNE

53, 65). Dans une proportion inconnue de cas, le diagnostic en phase aiguë est définitivement manqué comme en témoignent les formes découvertes fortuitement au stade de mass pelvienne asymptomatique (5, 27, 29, 43) ou d'atrophie ovarienne ou annexielle (23, 51, 64).

La douleur spontanée apparaît comme le seul signe constant et fiable (43, 50). La douleur est de présentation polymorphe et non spécifique (41). Son caractère unilatéral associé à une position antalgique en « chien de fusil » attire cependant l'attention. L'histoire de la patiente peut être marquée par des épisodes douloureux identiques mais spontanément résolutifs.

L'échographie retrouve la plupart du temps une image ovarienne anormale (4, 7, 29, 43, 65, 76), mais là encore aucun élément spécifique n'apporte d'aide réelle au diagnostic. L'ensemble du tableau ne permet pas, en préopératoire, de distinguer une torsion des autres « accidents de kyste » (rupture de kyste, corps jaune hémorragique, hémorragie intrakystique, dysovulation, rupture folliculaire) dont l'évolution est spontanément bénigne.

Dans cette situation deux attitudes nous paraissent acceptables :

– Coelioscopie systématique et urgente : cette attitude permet de ne méconnaître aucune torsion d'annexe et de s'assurer des meilleures chances de conserver l'annexe ; elle expose cependant à un nombre important de coelioscopies inutiles pour accidents bénins de kyste.

– Réévaluation clinique et échographique après quelques heures d'observation : cette attitude, qui permet de réduire le nombre de coelioscopies inutiles, nous semble justifiée pour deux raisons : premièrement, l'évolution des « accidents de kyste » est la plupart du temps favorable en quelques heures, ce qui permet le diagnostic différentiel avec les torsions ; deuxièmement, un intervalle libre de quelques heures ne diminue pas les chances de conservation ovarienne (79) ; en effet, le risque de nécrose et de gangrène apparaît non pas lié à la durée d'évolution du syndrome douloureux mais au nombre de tours de spire et à l'existence d'une interruption du flux artériel (79).

Le choix entre ces deux attitudes doit se faire en fonction de l'intensité de la douleur, de la durée d'évolution du syndrome douloureux et de la vraisemblance du tableau clinique et échographique. Il tiendra également compte de l'âge de la patiente et de sa parité.

La conservation annexielle doit à notre sens être la règle quels que soient le délai depuis le début de l'évolution du syndrome douloureux et l'aspect de l'annexe après détorsion (en particulier lorsqu'il existe des lésions d'ischémie sévère). Les capacités de récupération du tissu ovarien sont importantes et, dans la plupart des cas, il est possible de

récupérer un ovaire fonctionnel (53). Une telle attitude a montré qu'elle n'entraînait aucune morbidité supplémentaire et en particulier aucune complication thromboembolique (12, 44, 53, 59, 65, 79).

2. PATHOLOGIE OVARIENNE ET DOULEUR PELVIENNE CHRONIQUE

La prise en charge d'une patiente souffrant de douleur pelvienne est difficile car il ne s'agit pas de traiter une lésion anatomique mais un symptôme. Une lésion peut être indolore chez une patiente et provoquer des douleurs atroces chez une autre. Des lésions réputées algogènes sont retrouvées fréquemment chez des patientes non symptomatiques. Une anomalie potentiellement douloureuse est présente chez 77 % des patientes symptomatiques contre 66 % des patientes indolores pour Rudigoz (63), et chez 61 % contre 28 % pour Howard (30). Un examen clinique normal n'élimine pas une cause anatomique curable. Cunanan (16) retrouve dans 63 % des cas des anomalies à la cœlioscopie lorsque l'examen clinique est normal.

Concernant la pathologie ovarienne, deux diagnostics sont principalement retrouvés dans la littérature : les dystrophies ovariennes et les endométrïomes, bien que leur caractère douloureux semble mal établi et possiblement relié aux lésions associées d'endométrïoses (Tableau II).

Tableau II. Principales affections responsables de douleurs pelviennes chroniques retrouvées dans la littérature

Causes gynécologiques	Causes extra-gynécologiques
Dystrophie ovarienne	Névralgies du nerf honteux
Adénomyose	Douleurs rebelles ou sans cause reconnue
Endométrïose/endométrïomes	
Séquelles d'infections génitales	
Varices pelviennes	
Désinsertion utérine	
Adhérences pelviennes	

2.1. Interrogatoire

L'interrogatoire permet de reconstituer une histoire parfois évocatrice, et de mieux cerner la personnalité de la patiente. Il doit être soigneux et systématique, mais aussi libre pour laisser le sujet s'exprimer sur sa douleur.

Il précise le contexte social et économique, le retentissement de la douleur sur le travail, les loisirs ; le contexte conjugal et familial, le retentissement de la douleur sur la vie du couple, la qualité des rapports sexuels, le désir de grossesse, les antécédents de traumatisme sexuel retrouvés dans plus de 20 % des cas (55, 61). Il note les antécédents obstétricaux (parité, poids des enfants, mode d'accouchement, avortements spontanés, interruptions de grossesse), les caractères du cycle et des règles, les antécédents chirurgicaux abdominaux et pelviens, médicaux et psychiatriques (consommation de psychotropes et de toxiques, tentatives de suicide).

Les caractères de la douleur sont précisés : les circonstances d'apparition (ménarche, avortement, accouchement, chirurgie, conflit conjugal) ; le siège unilatéral, bilatéral, médian ; les irradiations (anus, périnée, épaule, membres inférieurs, dos) ; le type (contraction, torsion, crampe, brûlure, pesanteur, paroxysme) ; l'intensité, qui peut être évaluée par une échelle verbale simple, une échelle visuelle analogique ; la consommation d'antalgiques ou d'arrêts de travail ; les circonstances favorisantes (rapports sexuels, changement de position, station assise) ; le mode de sédation, les positions antalgiques, l'efficacité des différents traitements entrepris ; l'évolution avec le cycle, les grossesses, les traitements, les thérapeutes.

Les signes extra-génitaux, les troubles urinaires (pollakiurie, impériosités, dysurie), les troubles digestifs (constipation, ballonnements, douleurs à la défécation), les troubles de l'humeur, de l'appétit, du sommeil.

2.2. Examen physique

Idéalement en période douloureuse, il s'intéresse non seulement à l'appareil génital mais aussi à l'appareil digestif et urinaire, à la paroi abdominale, au cadre osseux, au périnée et au plancher pelvien. Il comprend :

- Une inspection vulvopérinéale, et anale ;
- Un examen de l'abdomen et des orifices herniaires. Le test de Carnett (9, 69) (palpation de la paroi abdominale détendue puis en

tension) peut permettre de différencier une douleur pariétale d'une douleur viscérale ;

– Un examen au spéculum à la recherche de signes infectieux, d'une sténose cervicale, d'une déviation du col utérin, d'un prolapsus, de nodules d'endométriase, d'une malformation génitale ;

– Le toucher vaginal précise le volume de l'utérus, sa consistance, sa mobilité éventuellement douloureuse, sa position (antéversion, rétroversion mobile ou fixée), la présence d'une masse latéro-utérine douloureuse. La recherche d'un nodule ou d'une induration douloureuse du torus uterinum et des ligaments utéro-sacrés doit être systématique. Il s'agit également de palper le relief osseux (déroit supérieur, épines sciatiques, branches ischiopubiennes), le muscle releveur de l'anus, la cloison rectovaginale, les glandes génitales annexes (Bartholin, Skène), l'urètre, à la recherche d'une douleur provoquée.

– Le toucher rectal recherche une éventuelle lésion rectale.

La découverte d'une lésion organique n'a de valeur que si sa palpation reproduit la douleur spontanée. Si l'examen génital est normal, il faut réexaminer la patiente lors d'une poussée douloureuse et rechercher une douleur pariétale, musculaire, ou osseuse. Pour Dellenbach, une douleur musculaire ou pariétale inexplicquée est un signe névrotique en faveur d'une souffrance psychologique et doit inciter à prendre un avis psychiatrique avant de proposer une thérapeutique lourde (21). Pour d'autres auteurs ces douleurs pariétales ou musculaires correspondent à un syndrome organique neurologique ou myofascial (62, 68, 69). L'identification de points gâchettes reproduisant la douleur peut permettre la réalisation d'un test diagnostique et thérapeutique par infiltration aux anesthésiques locaux (40).

2.3. Explorations complémentaires

L'échographie est l'examen à demander en première intention (au mieux pendant les douleurs ou en deuxième partie de cycle). On s'intéressera à un aspect hétérogène du myomètre évoquant une adénomyose, à la position de l'utérus, à la présence de fibromes, au caractère fixé ou douloureux d'une masse annexielle.

Les autres examens complémentaires n'ont pas démontré leur intérêt s'il n'existe pas de signes d'orientation à l'interrogatoire, à l'examen clinique, ou à l'échographie. Examen scanner ou IRM, explorations neuro-électrophysiologiques sont parfois utiles.

Il n'y pas de consensus sur l'intérêt de la cœlioscopie diagnostique. Selon les auteurs, elle permet de retrouver une cause possible aux

DOULEUR PELVIENNE ET PATHOLOGIE OVARIENNE

douleurs dans 20 à 100 % des cas (3, 10, 30, 36, 49, 62, 71). Dans le travail de Baker (3), 60 patientes consultant pour douleurs pelviennes chroniques ont bénéficié d'une coelioscopie diagnostique qui était normale. Six semaines après, 13 (22 %) étaient guéries, 24 (40 %) étaient améliorées, et 23 (38 %) seulement étaient inchangées ou aggravées.

Toutes les équipes qui travaillent sur la douleur pelvienne chronique insistent sur une prise en charge multidisciplinaire de la douleur, organique et psychologique (3). Peters (55) a comparé, dans un travail randomisé, une prise en charge classique avec coelioscopie diagnostique systématique suivie d'une prise en charge psychologique en cas de résultat normal, à une prise en charge multidisciplinaire (avec psychologue, diététicien, kinésithérapeute) d'emblée sans coelioscopie systématique. Le suivi un an après montrait une amélioration supérieure dans le groupe multidisciplinaire (75 % contre 41 %).

2.4. Cas des dystrophies ovariennes

Les douleurs sont classiquement paroxystiques, unilatérales, volontiers alternantes d'un cycle à l'autre, et survenant au moment de l'ovulation. Le plus souvent la douleur est moins caractéristique. Une dysménorrhée ou une dyspareunie peuvent être présentes.

Les arguments cliniques sont la dysovulation (règles rares, cycles irréguliers et longs, courbe de température, infertilité), la disparition des douleurs sous traitement antigonadotrope (contraception orale), la présence de gros ovaires sensibles dont le volume est variable d'un examen à l'autre (non perçus dans la semaine qui suit les règles). Hirsutisme et obésité sont inconstants.

L'échographie retrouve de gros ovaires porteurs de nombreuses images liquidiennes de taille variable d'un cycle à l'autre. La LH est élevée, la FSH normale ou basse, l'hyperandrogénie ovarienne est fréquente.

Des antécédents infectieux ou chirurgicaux pelviens, le caractère unilatéral, l'aspect macrokystique sont en faveur d'une origine adhérentielle.

Selon l'âge, le désir de grossesse, l'efficacité des traitements déjà entrepris, on propose un blocage ovarien, une adhésiolyse, une multi-perforation ovarienne, une stimulation de l'ovulation.

2.5. Cas des kystes endométriosiques

Si l'association entre les algies pelviennes chroniques et l'endométriase semble admise (73), les données de la littérature concernant la physiopathologie de ces douleurs en cas de kyste endométriosique sont peu nombreuses et contradictoires. Aucune ne traite spécifiquement des endométriomes.

Plusieurs études retrouvent une corrélation entre les dysménorrhées et la présence d'endométriomes (22, 47). Fedele et Muzii retrouvent une association entre la présence d'un endométriome et la sévérité des dysménorrhées. Porpora et al. (56) retrouvent une relation entre dysménorrhée et endométriome en analyse univariée, mais cette relation disparaît en analyse multivariée. Comme d'autres auteurs (14, 56, 72), Porpora suggère que ces douleurs sont plutôt liées aux adhérences péri-ovariennes qu'au kyste lui-même, ce que Fedele et Muzii ne prennent pas en compte et qui constitue un possible biais de confusion. Le mécanisme physiopathologique par lequel ces adhérences péri-annexielles seraient associées aux douleurs reste mal élucidé.

De nombreuses études rapportent que les algies pelviennes chroniques dans l'endométriase sont liées à la profondeur d'infiltration sous-péritonéale (14, 35). D'autre part, la présence d'un endométriome a été rapportée comme étant un marqueur de lésions d'endométriase plus extensives et en particulier intestinales (58).

Ainsi, si les endométriomes ne semblent pas forcément douloureux, les lésions qui peuvent y être associées justifient une prise en charge clinique, paraclinique et thérapeutique plus globale.

CONCLUSION

Le lien entre les douleurs pelviennes et les pathologies ovariennes est un sujet important en gynécologie. Ces douleurs ovariennes, qu'elles soient aiguës ou chroniques s'intègrent dans le cadre plus vaste des algies pelviennes chroniques et nécessitent une parfaite connaissance de leurs diagnostics différentiels potentiels. Leurs diagnostics étiologiques sont souvent difficiles car ayant une séméiologie commune à de nombreuses affections. Leur méconnaissance peut avoir des conséquences graves pour les patientes. Elles justifient ainsi une démarche diagnostique rigoureuse permettant d'élaborer une stratégie thérapeutique adaptée.

DOULEUR PELVIENNE ET PATHOLOGIE OVARIENNE

Résumé

Les algies pelviennes chez la femme constituent un ensemble de symptômes douloureux ressentis au niveau des quadrants inférieurs de l'abdomen. Qu'elles soient aiguës ou chroniques, elles sont un motif fréquent de consultation en gynécologie. Leurs diagnostics étiologiques sont généralement difficiles car ayant une sémilogie commune à de nombreuses affections. Sur le plan aigu et concernant spécifiquement la pathologie ovarienne, les différents diagnostics sont les complications en général des kystes de l'ovaire, les torsions d'annexes et les dysovulations. Sur le plan chronique les dystrophies ovariennes et les kystes en particuliers endométriosiques sont impliqués.

Que leur prise en charge revête un caractère d'urgence (comme pour les torsions d'annexe) ou non, une démarche diagnostique rigoureuse et globale est capitale. En effet, les conséquences de leurs erreurs diagnostiques sont potentiellement graves, notamment en cas de douleur aiguë, et aboutissent à multiplier les cœlioscopies dans ces situations.

Les algies pelviennes nécessitent une parfaite connaissance des diagnostics différentiels potentiels et justifient une prise en charge globale.

Bibliographie

1. Abbott J. Pelvic pain: lesson from anatomy and physiology. *Am J Roentgenol* 1990; 8: 441-447.
2. Anteby SO, Schenker JG, Polishuk WZ. The value of laparoscopy in acute pelvic pain. *Ann Surg* 1974; 181: 484-486.
3. Baker PN, Symonds EM. The resolution of chronic pelvic pain after normal laparoscopy findings. *Am J Obstet Gynecol* 1992; 4: 280-284.
4. Baker TE, Copas PR. Adnexal Torsion. *J Reprod Med* 1995; 40: 447-449.
5. Bayer AI, Wiskind AK. Adnexal torsion: can the adnexa be saved. *Am J Obstet Gynecol* 1994; 171: 1506-1511.
6. Ben-Ami M, Perlitz Y, Haddad S. The effectiveness of spectral and color Doppler in predicting ovarian torsion. A prospective study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2002; 104: 64-6.
7. Bider D, Mashiah S, Mordechai D, Kokia E, Lipitz S, Ben-Rafael Z. Clinical, surgical and pathologic findings of adnexal torsion in pregnant and non pregnant women. *Surg Gynecol Obstet* 1991; 173: 363-365.
8. Brosse JL, Cacciapale F, Gautier-Benoit C. Apport de la coelioscopie dans les syndromes douloureux de la fosse iliaque droite de la femme. *Chirurgie endoscopique* 1995; 4: 8-11.
9. Carnett JB. Intercostal neuralgia as a cause of abdominal pain and tenderness. *Surg Gynecol Obstet* 1926; 42: 625-632.
10. Carter JE. Combined hysteroscopic and laparoscopic findings in patient with chronic pelvic pain. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1994; 2: 43-47.
11. Champault G, Rizk N, Lauroy J, Olivares P, Belhassen A, Boutelier P. Douleurs iliaques droites de la femme. *Ann Chir* 1993; 47: 316-319.
12. Chapron C, Capella-Allouc S, Dubuisson JB. Treatment of adnexal torsion using operative laparoscopy. *Hum Reprod* 1996; 11: 998-1003.
13. Chapron C, Fauconnier A, Goffinet F, Bréard G, Dubuisson JB. Laparoscopic surgery is not inherently dangerous for patients presenting with benign gynaecologic pathology. Results of a meta-analysis. *Hum Reprod* 2002; 17(5): 1334-42.
14. Chapron C, Fauconnier A, Barakat H, Vieira M, Dubuisson JB. Deep infiltrating endometriosis: relation between severity of dysmenorrhoea and extent of disease. *Hum Reprod* 2003; 18(4): 760-6.
15. Cohen MM, Dangleis K. The cost-effectiveness of laparoscopic appendectomy. *J laparosc endosc surg* 1993; 3: 93-97.
16. Cunanan RG, Courey NG, Lippes J. Laparoscopic findings in patient with pelvic pain. *Am J Obstet Gynecol* 1983; 146: 589-591.
17. Curtis K, Hillis S, Kiebe B, Brett K, Marchbanks P, Peterson H. Visits to emergency departments for gynecologic disorders in the United States, 1992-1994. *Obstet Gynecol* 1998; 9(16): 1007-12.
18. Dargent J, Caillot JL, Neidhardt JPH. Place de l'échotomographie abdomino-pelvienne dans l'urgence chirurgicale : étude systématique de 200 examens consécutifs. *Ann Chir* 1988; 42: 409-411.
19. De Dombal FT. Problèmes gynécologiques : la douleur abdominale aiguë de la femme jeune. Diagnostic des douleurs abdominales aiguës. Masson. Paris : 1987.
20. DeCherney AH, Diamond MP. Laparoscopic salpingostomy for ectopic pregnancy. *Obstet Gynecol* 1987; 70: 948-950.
21. Dellenbach P, Haeringer MT. Douleur pelvienne chronique. L'expression d'un problème psychologique. *Presse Med* 1996; 25: 615-620.
22. Fedele L, Bianchi S, Biccione L, Di Nola G, Parazzini F. Pain symptoms associated with endometriosis. *Obstet Gynecol* 1992; 79: 767-769.
23. Georgy FM, Viechnicki MD. Absence of ovary and uterine tube. *Obstet Gynecol* 1974; 44: 441-442.
24. Goldstein DP. Acute and chronic pelvic pain. *Pediatric Clinics of North America* 1989; 36: 573-580.
25. Graif M, Shalev J, Strauss S, Engelberg S, Mashiah S, Itzhak Y. Torsion of the ovary: sonographic features. *AJR* 1984; 143: 1331-1334.
26. Hallatt JG, Steele CH, Snyder M. Ruptured corpus luteum with hemoperitoneum: a study of 173 surgical cases. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 149: 5-8.
27. Haskins T, Shull B. Adnexal Torsion: A mind-Twisting Diagnosis. *Southern Med J* 1986; 7: 576-577.

DOULEUR PELVIENNE ET PATHOLOGIE OVARIENNE

28. Henry-Suchet J, Soler A, Loffredo V. Laparoscopic treatment of tuboovarian abscess. *J Reprod Med* 1984; 29: 579-82.
29. Hibbard LT. Adnexal torsion. *Am J Obstet Gynecol* 1985; 152: 456-461.
30. Howards FM. The role of laparoscopy in chronic pelvic pain: promise and pitfalls. *Obstet Gynecol Surv* 1993; 48: 357-387.
31. Jacobson L, Weström L. Objectivised diagnosis of acute pelvic inflammatory disease: diagnostic and prognostic value of routine laparoscopy. *Am J Obstet Gynecol* 1969; 10: 1088-1098.
32. Kahn JG, Walker CK, Washington E, Landers DV, Sweet RL. Diagnosing pelvic inflammatory disease. A comprehensive analysis and consideration for developing a new model. *JAMA* 1991; 226: 2594-2604.
33. Kames LD, Rapkin AJ, Naliboff BD, Afifi S, Ferrer-Brecner T. Effectiveness of an interdisciplinary pain management program for the treatment of chronic pelvic pain. *Pain* 1990; 41: 41-46.
34. Kenney A, Greenhalf JO. Limitations of laparoscopy in diagnosis of gonococcal salpingitis. *Brit Med J* 1974; 1: 519.
35. Koninckx PR, Meuleman C, Demeyere S, Lesaffre E, Cornillie FJ. Suggestive evidence that pelvic endometriosis is a progressive disease, whereas deeply infiltrating endometriosis is associated with pelvic pain. *Fertil Steril* 1991; 56: 45-51.
36. Kontoravidis A, Chryssikopoulos A, Hassiakos D, Liapis A, Zourlas PA. The diagnostic value of laparoscopy in 2365 patients with acute and chronic pelvic pain. *Int J Gynaecol Obstet* 1996; 52: 243-248.
37. Larue L, Barau C, Rigonnot L, Marpeau L, Guettier X, Pigne A, et al. Rupture des kystes hémorragiques de l'ovaire. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1991; 20: 928-932.
38. Leach RE, Ory SJ. Modern management of ectopic pregnancy. *J Reprod Med* 1989; 34: 324-338.
39. Leape LL, Ramenofsky ML. Laparoscopy for questionable appendicitis. *Ann Surg* 1979; 191: 410.
40. Ling FW, Slocumb JC. Use of trigger point injections in chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol Clin* 1993; 20: 809-815.
41. Lomano JM, Trelford JD, Ullery JC. Torsion of the uterine adnexa causing an acute abdomen. *Obstet Gynecol* 1970; 35: 221-225.
42. Lundberg W, Wall JE, Mathers JE. Laparoscopy in evaluation of pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1973; 42: 872-876.
43. Mage G, Canis M, Mahnes H, Pouly JL, Bruhat MA. Laparoscopic management of adnexal torsion. A review of 35 cases. *J Reprod Med* 1989; 34: 520-524.
44. Mashiah S, Bider D, Moran O, Goldenberg M, Ben-Rafael Z. Adnexal torsion of hyperstimulated ovaries in pregnancies after gonadotrophin therapy. *Fertil Steril* 1990; 53: 76-80.
45. Mikkelsen AL, Felding C. Laparoscopy and ultrasound examination in women with acute pelvic pain. *Gynecol Obstet Invest* 1990; 30: 162-164.
46. Mondor H. Torsion des kystes et tumeurs solides de l'ovaire. *Diagnosics urgents*. Masson. Paris: 1965.
47. Muzii L, Marana R, Caruana P, Mancuso S. The impact of preoperative gonadotropin-releasing hormone agonist treatment on laparoscopic excision of ovarian endometriotic cysts. *Fertil Steril* 1996; 65: 1235-7.
48. Navez B, d'Udekem Y, Cambier E, Richir C, Guiot P. Intérêt de la coelioscopie dans les abdomens aigus non traumatiques. *Ann Chir* 1994; 48: 625-631.
49. Newham AP, van der Spuy ZM, Nugent F. Laparoscopic findings in women with chronic pelvic pain. *S Afr Med J* 1996; 86: 1200-1203.
50. Nichols DH, Julian PJ. Torsion of the adnexa. *Clin Obst Gynecol* 1985; 2: 375-380.
51. Nissen ED, Kent DR, Nissen SE. Unilateral tubo-ovarian auto amputation. *J Reprod Med* 1977; 19: 151-3.
52. O'Brien WF, Buck DR, Nash JD. Evaluation of sonography in the initial assessment of the gynecologic patient. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 149: 598-602.
53. Oelsner G, Bider D, Goldenberg M, Admon D, Mashiah S. Long-term follow-up of the twisted ischemic adnexa managed by detorsion. *Fertil Steril* 1993; 60: 976-979.
54. Pelle J. La coelioscopie en urgence. *La Pratique Médicale* 1986; 32: 35-38.
55. Peters AA, van Dorst E, Jellis B, van Zuuren E, Hermans J, Trimbos JB. A randomized clinical trial to compare two different approaches in women with chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 740-744.
56. Porpora MG, Koninckx PR, Natili M, Colagrande S, Cosmi EV. Correlation between endometriosis and pelvic pain. *J Am Assoc*

CHOPIN & COLL.

- Gynecol Laparosc 1999; 6: 429-34.
57. Pouly JL, Mahnes H, Mage G, Canis M, Bruhat MA. Conservative laparoscopic treatment of 321 ectopic pregnancy. *Fertil Steril* 1986; 46: 1093-1097.
 58. Redwine DB. Ovarian endometriosis: a marker for more extensive pelvic and intestinal disease. *Fertil Steril* 1999; 72: 310-315.
 59. Reich H, DeCaprio J, Mc Glynn F, Taylor J. Laparoscopic diagnosis and management of acute adnexal torsion. *Gynaecol endosc* 1992; 2: 37-38.
 60. Reich H, Mc Glynn F. Laparoscopic treatment of tuboovarian and pelvic abscess. *J Reprod Med* 1987; 32: 747-752.
 61. Reiter RC, Gambone JC. Demographic and historic variables in women with idiopathic chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1990; 75: 428-432.
 62. Reiter RC, Gambone JC. Non gynaecologic somatic pathology in women with chronic pelvic pain and negative laparoscopy. *J Reprod Med* 1991; 36: 253-259.
 63. Rudigoz RC. Fréquence dans la population générale des lésions infracliniques supposées algogènes. XXX^e Assises françaises de Gynécologie, Clermont-Ferrand, 28-30 mai 1981. Masson. Paris: 1981.
 64. Sebastian JA, Baker RC, Cordray D. Asymptomatic infection and separation of ovary and distal uterine tubes. *Obstet Gynecol* 1973; 41: 531-5.
 65. Shalev E, Peleg D. Laparoscopic treatment of adnexial torsion. *Surg Gynecol Obstet* 1993; 176: 448-450.
 66. Shapiro HI, Hughes WF, Apler D. Torsion of oviduct following laparoscopic sterilization. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 126: 733-740.
 67. Slocumb JC. Neurological factors in chronic pelvic pain: trigger points and the abdominal pelvic pain syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1984; 149: 536-543.
 68. Spirtos NM, Eisenkop SM, Spirtos TW, Poliakin RI, Hibbard LT. Laparoscopy - A diagnostic aid in cases of suspected appendicitis. Its use in Women of reproductive age. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 156: 90-94.
 69. Thomson WH, Dawes RF, Carter SS. Abdominal wall tenderness: a useful sign in chronic abdominal pain. *Br J Surg* 1991; 78: 223-225.
 70. Tepper R, Lerner-Geva L, Zalel Y, Shilon M, Cohen I, Beyth Y. Adnexal torsion: the contribution of color Doppler sonography to diagnosis and post-operative follow-up. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 1995; 62: 121-3.
 71. Vercellini P, Fedele L, Molteni P, Arcaini L, Bianchi S, Candiani GB. Laparoscopy in the diagnosis of gynecologic chronic pelvic pain. *Int J Gynaecol Obstet* 1990; 32: 261-265.
 72. Vercellini P, Trespidi L, De Georgi O, Cortesi I, Parazzini F, Crosignani PG. Endometriosis and pelvic pain: relation to disease stage and localization. *Fertil Steril* 1996; 65: 299-304.
 73. Vercellini P. Endometriosis: what a pain it is. *Semin Reprod Endocrinol* 1997; 15: p. 251-61.
 74. Vine HS, Birnholz JC. Ultrasound evaluation of pelvic pain. *JAMA* 1980; 244: 2540-2542.
 75. Walker JW. Abdominal and pelvic pain. *Emergency Medicine Clinics of North America* 1987; 5: 425-428.
 76. Warner MA, Fleischer AC, Edell SL, Thieme GA, Bundy AL, Kurtz AB, et al. Uterine adnexal torsion: sonographic findings. *Radiology* 1985; 154: 773-775.
 77. Willms AB, Schlund JF, Meyer WR. Endovaginal Doppler ultrasound in ovarian torsion: a case series. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 1995; 5: 129-132.
 78. Wolfman WL, Kreutner K. Laparoscopy in children and adolescents. *Journal of Adolescent Health Care* 1984; 5: 261-265.
 79. Zweizig S, Perron J, Grubb D, Mishell DR. Conservative management of adnexal torsion. *Am J Obstet Gynecol* 1993; 168: 1791-1795.