

Les douleurs pelviennes , pièges en urgence.

Dr Frédéric Thys
Service des Urgences
Cliniques Universitaires Saint-Luc
Université de Louvain
Bruxelles

I) Introduction

Les douleurs pelviennes sont des plaintes fréquentes en médecine générale et en médecine d'urgence. Malheureusement , le vécu subjectif de la douleur rend l'anamnèse ambiguë et difficile au vu du spectre d'étiologies possibles pour une même présentation clinique. Au vu de cet éventail d'étiologies allant de la pathologie bénigne aux situations compromettant de manière aiguë le pronostic, il s'agit pour le clinicien d'un véritable challenge diagnostique. Ces douleurs pelviennes , nettement plus fréquentes dans le sexe féminin , suscitent un intérêt tout particulier et ce pour diverses raisons. Généralement, le degré d'anxiété du patient est plus important vis à vis de ces symptômes et cela influencera l'anamnèse et l'examen clinique. Par ailleurs , l'éventail d'étiologies imposera souvent la collaboration avec d'autres confrères (gynécologues, urologues , radiologues) pour mener à bien la démarche diagnostique. Dans certaines situations cliniques , tout retard dans la prise en charge aura des répercussions sur la morbidité (ex : stérilité) que sur la mortalité. Il est donc important d'adopter une démarche claire et systématique dans ce contexte particulier.

II) Quelques points clés :

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. L'anamnèse et l'examen clinique dans une atmosphère propice.2. Prise des paramètres vitaux avant toute autre démarche3. Identifier les différents groupes à risques |
|--|

1. Anamnèse et examen clinique :

Il est important de limiter au maximum les intervenants dans cette approche afin d'éviter la répétition de manœuvres cliniques pénibles pour le patient (touchers pelviens) .Ceci permettra souvent une anamnèse plus productive et plus précise.

2. Prise des paramètres vitaux :

Devant toute douleur pelvienne aiguë , il est capital avant toute démarche diagnostique de contrôler les paramètres vitaux du patient. Si ceux-ci sont conservés , l'anamnèse et l'examen clinique peuvent s'effectuer en toute sérénité. **L'existence d'une hypotension avec tachycardie, tachypnée accompagnée ou non d'extrémités froides ou de troubles de la conscience signant un état de choc impose de considérer le patient comme présentant un anévrisme aortique disséquant ou une autre pathologie hémorragique à risque vital (grossesse extra-utérine) jusqu'à preuve du contraire.**

3. Identifier les différents groupes à risques :

On peut essayer de schématiser les différents groupes de la façon suivante :

(Classés par ordre de fréquence décroissante)

1. La femme en âge de procréation
2. La femme âgée ménopausée
3. Le sportif
4. La population générale
5. Le cas particulier de l'enfant , de l'alcoolique et du vieillard.

Les problèmes rencontrés dans chacun de ces groupes sont différents et permettent donc déjà un certain tri dans les étiologies possibles. Par ailleurs , dans le cas de l'enfant , de l'alcoolique et du vieillard , il ne faudra pas omettre la pathologie traumatique non déclarée soit accidentelle soit provoquée par des tiers (maltraitance) .

III) Une approche diagnostique systématique :

Globalement , le diagnostic différentiel peut se retenir de la façon suivante :

« **PO**urquoi **A**voir **C**ette **D**ouleur **G**ênante »

Pelvis Osseux
Abdomen
Cuisse
Douleur projetée
Génital

IV) « Pelvis Osseux »

Les problèmes principalement rencontrés sont :

Jeunes et/ou sportifs	Autres
Fracture de stress (col fémoral/pubis)	Fracture de stress (Sacrum !!!)
Syndrome de Legg-Calvé-Peters (entre 4 et 8 ans)	Nécrose aseptique
Epiphysiolyse (entre 10 et 15 ans)	Ostéoarthrite
Rhume de hanche	Synovite-Capsulite
Bursite (iléo-pectinée)	Fractures traumatiques
Fracture-avulsion de la hanche	Disjonction de la symphyse pubienne
Ostéite du pubis	Arthrose lombo-sacrée ou sacro-iliaque.

A retenir :

Fracture de stress du sacrum (« S.I.F. » Sacral Insufficiency fractures) :

Celles-ci se présente le plus souvent comme une douleur non spécifique chez une femme âgée de plus de 60 ans .Dans deux tiers des cas , il n'existe aucun commémoratif de traumatisme. L'expression clinique est variable (douleur pelvienne, sciatique, douleur lombaire) et trompeuse. La radiologie standard est positive dans un tiers des cas. La scintigraphie au technétium (Tc99m) est très sensible et l'on retrouve une hyperfixation pathognomonique en

« H » dans 43 % des cas. Le scanner a la même sensibilité et confirme le diagnostic dans les cas douteux. Le traitement est essentiellement symptomatique (repos au lit, antalgiques). Les complications neurologiques sont rares. Les facteurs favorisants sont l'ostéoporose et les antécédents d'irradiations au niveau pelvien.

Disjonction douloureuse de la femme enceinte :

Chez la femme enceinte, elle s'exprime par un syndrome douloureux lombo-pelvien par relâchement des symphyses. La patiente se plaint de gêne en position debout ou assise , souvent aggravée par la marche. L'examen clinique met fréquemment en évidence une douleur à la pression de la symphyse pubienne ou des sacro-iliaques. Le traitement est symptomatique.

V) « Abdomen »

On peut très synthétiquement diviser ce chapitre en pathologie non gynécologique et gynécologique. De même, dans la pathologie non gynécologique , on distinguera les douleurs liées à une pathologie en rapport avec la paroi abdominale et celles liées à une pathologie des organes abdominaux :

1. Pathologies non gynécologiques :

Paroi abdominale	Intra-abdominale
Déchirure muscle grand droit	Appendicite pelvienne
Hernie inguinale	Diverticulose - Diverticulite
Hernie obturatrice.	IBD (pathologies inflammatoires intestinales)
Névralgie ilio-inguinale.	Colon irritable
Syndrome du joueur de Hockey.	Néoplasie recto-sigmoïdienne

A retenir :

Déchirure du muscle grand droit :

Le muscle grand droit s'insère au niveau du pubis près de l'insertion du muscle grand adducteur. L'élongation ou la déchirure de ce muscle est souvent la conséquence d'exercices physiques trop intenses (abdominaux (souvent saisonnier ... !)) . La douleur est souvent localisée à l'insertion et est reproduite lorsque l'on fait lever la cuisse en mettant sous tension les muscles concernés. Le diagnostic différentiel avec l'appendicite n'est pas toujours facile. Le traitement est conservateur.

Hernie obturatrice :

Bien plus rare que l'hernie inguinale, cette variété d'hernie dont le trajet emprunte le canal sous-pubien au contact du paquet vasculo-nerveux obturateur peut se présenter soit comme une occlusion dont l'origine est difficile à déterminer soit initialement comme un phénomène douloureux pelvien isolé. Comme dans les autres hernies , la douleur est majorée après l'effort ou lors de manœuvres de Valsalva . Le signe de l'obturateur peut aider au diagnostic.

Névralgie ilio-inguinale :

Le nerf ilio-inguinal est issu de la racine L1-L2 et a un trajet et une fonction assimilable à un nerf intercostal. Il innerve la partie basse des muscles transverses et petit oblique de l'abdomen et au niveau du ligament inguinal. Il transmet la sensibilité de la base du pénis et du scrotum (ou des grandes lèvres) ainsi que une petite partie médiane de la cuisse. Un traumatisme direct , des exercices physiques intenses au niveau abdominal ou une inflammation locale peut entraîner une irritation de cette racine nerveuse.

La douleur est localisée principalement près de l'épine iliaque supérieure à l'émergence de la racine nerveuse. Une hyperextension de la hanche majore celle-ci. Des dysesthésies dans l'aire inguinale peuvent se rencontrer. Le diagnostic est éventuellement confirmé par une infiltration (avec anesthésique locale) test. Le traitement est symptomatique.

Syndrome du joueur de Hockey.

Décrit pour la première fois en 1998 , cette entité, rare , spécifique à ce type de sport est décrite comme une douleur apparaissant graduellement et exacerbée par l'extension de la hanche du côté de la douleur et la rotation controlatérale du torse. Celle-ci correspond à la déchirure de l'aponévrose de muscle grand oblique associée à une irritation du nerf inguinal . Ce syndrome n'apparaît que du côté opposé à la main tenant la crosse de Hockey. Cette entité nécessite une prise en charge par des collègues spécialisés en médecine sportive.

Colon irritable.

Le colon irritable peut parfois donner le change pour une pathologie gynécologique. En effet, il n'est pas rare de constater une variation de la symptomatologie en période prémenstruelle. De plus , ces patientes rapportent souvent de la dyspareunie. Le reste des symptômes d'orientation devraient permettre de faire la différence (relation avec le stress, avec les repas...)

2. Pathologies gynécologiques :

Douleur non cyclique	Douleur en relation avec le cycle
Pelvic inflammatory disease	Mittelschmerz
Pathologie annexielle	Dysménorrhée primaire
Grossesse extra-utérine	Dysménorrhée secondaire
Adhérences pelviennes	Syndrome prémenstruel
Rétroversion utérine	

A retenir :

Il est capital chez la femme qui peut être enceinte de faire un test de grossesse systématiquement afin d'éliminer le diagnostic de ***grossesse extra-utérine***. En cas de test positif accompagnant une symptomatologie évocatrice , la patiente sera référée sans tarder en milieu hospitalier.

Pathologie annexielle :

Les causes les plus fréquentes de douleurs pelviennes non infectieuses chez la femme sont la rupture ou la torsion d'un kyste ou d'une masse ovarienne, tubaire ou même utérine. La plupart des patientes présentant ces problèmes ont des cycles normaux et surviennent lors de chez les femmes non ménopausées. Toutefois, on note souvent des commémoratifs d'endométriose ovarienne, de kystes bénins (dermoïdes...). Habituellement, une masse ovarienne néoplasique ou bénigne, même de taille conséquente, est peu symptomatique suite à la faible innervation sensitive afférente du tissu ovarien. Les gênes ressenties sont plus en rapport avec la tension sur les organes viscéraux adjacents. Lors d'un événement aigu, c'est l'irritation du péritoine pelvien qui rend compte de la symptomatologie.

Un test de grossesse permettant d'exclure une complication d'une grossesse et la réalisation sans délai d'une échographie (de préférence endo-vaginale) seront les deux mesures à prendre devant ce tableau.

Mittelschmerz :

Cette douleur en rapport direct avec le cycle peut se caractériser de la façon suivante. Elle survient entre le 14^{ème} et le 16^{ème} jour du cycle, c'est une douleur unilatérale d'intensité modérée, ne durant pas plus d'un jour. Elle peut s'accompagner d'un petit saignement endométrial.

Dysménorrhée secondaire

L'existence d'une endométriose, un stérilet, d'une sténose cervicale favorisent ce phénomène. Devant toute dysménorrhée « primaire », il faut exclure une cause sous-jacente.

VI) « Cuisse »

Bien que moins fréquentes, dans la population générale, ces étiologies ne doivent pas être méconnues.

Etirement ou déchirure musculaire
Muscle grand adducteur [longus adductor] Muscle psoasiliaque Muscle couturier [sartorius] Muscle droit interne [gracilis] Muscle droit antérieur [rectus femoris]
Hernie fémorale
Adénopathies

A retenir :

Etirement ou déchirure musculaire

Souvent après un mouvement inadéquat, ces douleurs s'expriment au niveau pelvien et l'on retrouve une douleur et une tension à la palpation du muscle concerné, une douleur au mouvement contre résistance et lors de la mobilisation passive dans le sens inverse au mouvement issu de la contraction musculaire (exemple : abduction passive du grand adducteur). L'imagerie (RX ou échographie) est inutile dans la plupart des cas.

Le traitement consistera en l'arrêt des activités sportives (1 à 2 semaines) , l'application locale de glace et la prescription d'A.I.N.S.

VII) « Douleur projetée »

Colonne
Hernie discale Spondylarthropathie
Lithiase rénale.

A retenir :

La colique néphrétique ne s'exprime pas toujours sous la forme d'une douleur lombaire brutale irradiant vers les organes génitaux chez un homme de la trentaine. Il existe , en effet , des formes plus frustrées, atypiques avec des douleurs pelviennes dont le diagnostic repose sur les examens paracliniques.

VIII) « Génital »

Prostatite
Infection urinaire
Epididymite
Hydrocèle
Varicocèle
Torsion testiculaire
Néoplasie testiculaire

A retenir :

La torsion testiculaire

Celle-ci peut se présenter comme une douleur aiguë isolée au niveau des fosses iliaques ou de l'hypogastre. Or, cette affection est une des urgences urologiques dont le diagnostic précoce permet de sauver le testicule (si l'intervention est pratiquée dans les 8 heures, 90% de succès). La torsion testiculaire est relativement fréquente (un homme sur 4000 en dessous de 25 ans). Elle résulte d'une variation anatomique laissant une partie trop longue du cordon spermatique libre ce qui permet une torsion à ce niveau. L'anomalie est généralement bilatérale. Un examen des organes génitaux systématique s'impose dans ce contexte.

La prostatite :

Il existe deux types de présentation dont le point commun est la douleur.

La prostatite aiguë :

Affection hémotogène ou caniculaire qui touche la partie périphérique de cet organe.L'origine bactérienne est de mise. Le patient présente de la fièvre (souvent élevée) , des douleurs pelviennes essentiellement périnéales et parfois de la dysurie. Le toucher rectal est douloureux. Le traitement consiste en la prescription de quinolones pour une période prolongée et des A.I.N.S. en l'absence de contre-indications.

La prostatite chronique :

Assez fréquente , elle s'exprime par des douleurs du périnée irradiant le long de l'urètre. Suivant la présence ou non de microbes pathogènes , de signes inflammatoires , on parlera de prostatite ou de prostadynie.

IX) Conclusions :

Comme nous l'avons approché dans ces notes succinctes , les douleurs pelviennes , représentent une multitude d'affections de gravité variable.

En plus , des étiologies proposées , elles sont aussi la résultante de traumatismes divers, de certaines pratiques sexuelles. Certaines étiologies plus rares constituent de véritables pièges pour le clinicien (Zona sacré débutant , ...) . De plus, la somatisation de certains problèmes psychologiques ou d'ordre sexuelle complique la démarche diagnostique.

Le clinicien confronté à ce type de douleur doit conduire sa démarche de manière systématique, humaine afin de gagner la confiance de son patient. Dans ce contexte , il n'est pas rare au bout de la démarche de n'avoir aucune étiologie à proposer au patient. C'est en le reconnaissant de manière humble que certains problèmes psychologiques ou somatiques sont exprimés par le patient.

X) Lectures conseillées :

- ✓ « *Douleur pelvienne , orientation diagnostique* ». Leng J et coll. Rev.Prat. 1991. Oct 15 ;41(22) : 2245-9.
- ✓ « *Abdominal and pelvic pain* ». Walker J. Emerg.Med.Clin.North.Am. 1987 ; 5(3) :425-8
- ✓ « *Sacral insufficiency fractures : an easily overlooked cause of back pain in elderly women* ».Grasland A. Arch.Intern.Med. 1996 ; 25 : 156(6) : 668-74.
- ✓ « *Fractures of the sacrum caused by bone insufficiency.Meta-analysis of 508 cases.* ».Finiels H. Presse Med. 1997 1 ;26(33) : 1568-73.
- ✓ « *Diagnosis of acute pelvic pain* ». Quan M.J.Fam.Pract. 1992 ; 35(4) :422-32.
- ✓ « *An approach to groin pain in sports* ».Lacroix V. 7^{ème} séminaire hivernal de médecine sportive (Val d'Isère1999).
- ✓ « *Pelvic Pain.* ». Young G. dans Emergency Medicine. Concepts and Clinical Practice [Rosen-Barkin-third Edition-Mosby]. 1945-1957.