


Douleurs abdominales chroniques d'origine gynécologique

 **Gautier CHENE**

 1 : Département de Gynécologie, Hôpital Femme Mère Enfant, HFME, 59 boulevard Pinel, Université de Lyon - 69000 Lyon (France)
2 : Université Claude Bernard Lyon 1, EMR 3738 - 69000 LYON (France)

 **chenegautier@yahoo.fr**

OBJECTIFS PÉDAGOGIQUES

- Connaître les principales étiologies
- Connaître les critères diagnostiques permettant de retenir une origine gynécologique aux douleurs abdominales chroniques
- Connaître les examens paracliniques et la stratégie de leur mise en œuvre
- Connaître les principes de la prise en charge thérapeutique de l'endométriose et du syndrome de congestion pelvienne

MOTS-CLÉS

Douleur pelvienne ; Endométriose ; Syndrome de congestion pelvienne ; Adénomyose ; Fibromes.

LIENS D'INTÉRÊT

Laboratoire Gedeon Richter ; Laboratoire Organon

ABRÉVIATIONS

Convergences PP : Convergences in Pelvi-perineal Pain ;
CNGOF : Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français ;
PMA : Procréation Médicalement Assistée ;
HAS : Haute Autorité de Santé ;

GnRH : Gonadotropin-releasing hormone ;
AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens ;
TENS : neurostimulation électrique transcutanée ;
FIGO : Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique.

Introduction

Les douleurs abdominales sont un des symptômes les plus présents en gynécologie motivant de 20 à 40 % des consultations lorsqu'elles sont **chroniques** (par définition présentes depuis **au moins 3 mois**) et plus de 60 % des consultations d'urgence lorsqu'elles sont aiguës (1-3).

On les associe souvent aux localisations pelviennes et péri-néales sous forme de douleurs **abdomino-pelvi-périnéales** en raison de leur localisation souvent diffuse au niveau de la sphère gynécologique (abdomino-pelvi-périnéale) mais aussi de leurs irradiations dans ces mêmes zones anatomiques. Si les mécanismes physiopathologiques peuvent être différents, en relation directe avec la zone lésionnelle, leur prise en charge symptomatique et parfois étiologique est finalement assez proche comme nous le décrivons ci-dessous. D'un point de vue neurologique, les mécanismes sont bien souvent multiples intégrant à la fois **la zone anatomique lésionnelle**, mais aussi **des phénomènes de sensibilisation centrale et périphérique**, avec des retentissements marqués en termes d'altération de la qualité de vie : la prise en charge peut être **complexe et multimodale** (en termes de traitements médi-

camenteux, chirurgicaux et soins de support mais aussi des médecins et professionnels paramédicaux qui interviendront).

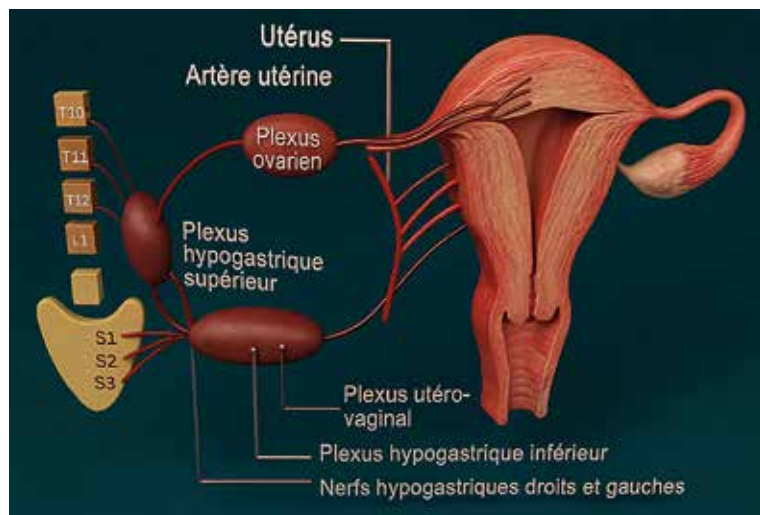
Innervation sensitive pelvienne et implications cliniques

Le muscle élévateur de l'anus est la limite séparant le pelvis au-dessus, du périnée en dessous. **L'innervation sensitive pelvienne** est sous la seule dépendance du **système sympathique** alors que vont interagir le système somatique avec le nerf pudendal et le système sympathique pour le périnée (1, 2).

Le col utérin et les 2/3 inférieurs du corps de l'utérus sont innervés par les **racines sacrés de S1 à S3** via le plexus hypogastrique inférieur alors que **le 1/3 distal et le fond de l'utérus** sont innervés par les **racines thoraciques de T10 à T12** via le plexus hypogastrique supérieur (cf. schéma 1) (4). Ces éléments sont très importants à prendre en compte avec des conséquences cliniques et thérapeutiques : la réalisation d'un bloc anesthésique pour le col utérin et les 2/3 inférieurs du corps de l'utérus nécessitera un **bloc paracervical** (injec-

Figure 1 : innervation sensitive de l'utérus.

Figure modifiée d'après Skensved (4)



tion d'anesthésiques locaux en paracervical) alors que le bloc anesthésique du fond utérin nécessitera la réalisation d'un **bloc fundique** (réalisé en pratique par voie hystéroscopique). (Figure 1)

La douleur viscérale a une topographie pariétale, le plus souvent en regard de l'organe. Pour compliquer le tout, la proximité anatomique des différents organes pelviens innervés par des fibres voisines rendent difficile le diagnostic lésionnel précis : une appendicite, une grossesse extra-utérine droite et une torsion d'annexe droite vont entraîner une douleur en fosse iliaque droite. Se surajoutent les irradiations douloureuses et le fait que dans 15 % des cas la latéralisation des douleurs peut être du côté opposé à la lésion organique. L'examen clinique est évidemment toujours indispensable mais l'imagerie (notamment l'échographie pelvienne par voie abdominale et/ou vaginale et dans certains cas l'IRM pelvienne) l'est également.

Douleurs pelviennes chroniques et sensibilisation centrale

Il arrive bien souvent que les douleurs pelviennes chroniques d'origine gynécologique s'accompagnent d'un **phénomène de sensibilisation centrale** (3). Ainsi, malgré un traitement étiologique approprié (par exemple un traitement hormonal dans le cadre d'une endométriose), des douleurs continuent à se manifester mais elles ont des caractéristiques particulières : **allodynie** (perception douloureuse à un stimulus indolore comme le toucher), **hyperalgie** (perception douloureuse excessive à un stimulus douloureux comme la pression), **l'expansion spatiale de la zone douloureuse, douleur persistante et rémanente** après arrêt du stimulus, discordance entre l'importance des douleurs ressenties et une imagerie/clinique rassurante, manifestations douloureuses au niveau

d'organes de voisinage (appareil urinaire ou digestif). Ce syndrome de sensibilité centrale est complexe et difficile à diagnostiquer. Le groupe d'étude de Convergences PP (Convergences in Pelvi-perineal Pain est une société pluridisciplinaire qui a pour but d'étudier et de promouvoir les connaissances sur les douleurs pelvi-périnéales chroniques. Le lien internet est le suivant : <https://www.convergencespp.com>) a établi un outil clinique simple, reproductible et utilisable chez les patientes présentant des douleurs pelviennes chroniques dont les symptômes apparaissent disproportionnés par rapport aux éléments lésionnels constatés par les examens cliniques et paracliniques (cf. schéma 2). **Un score supérieur ou égal à 5 permet de confirmer le diagnostic de sensibilisation** avec une sensibilité de 95 % et une spécificité de 87 % (5). La présence d'une sensibilisation nécessite le recours à une prise en charge spécifique et bien souvent pluridisciplinaire et multimodale. (Figure 2)

Figure 2 : score de sensibilisation pelvienne de Convergences PP (3, 5)

Ce score est un outil diagnostique permettant d'identifier une sensibilisation pelvienne. Il est utilisable chez les patients présentant des douleurs pelvi-périnéales évoluant depuis plus de 3 mois, dont les symptômes apparaissent disproportionnés par rapport aux éléments lésionnels constatés par les examens cliniques et complémentaires.						
	SPHÈRE URINAIRE BASSE	SPHÈRE DIGESTIVE BASSE	SPHÈRE GÉNITO-SEXUELLE	SPHÈRE CUTANÉO-MUQUEUSE	SPHÈRE MUSCULAIRE	SCORES
ABAISSEMENT DES SEUILS	<input type="checkbox"/> Douleurs influencées lors du remplissage vésical et/ou la miction	<input type="checkbox"/> Douleurs influencées lors de la distension et/ou de la vidange rectale (matière gaze)	<input type="checkbox"/> Douleurs influencées lors de l'activité sexuelle	<input type="checkbox"/> Allodymie pelvi-périnéale (impossibilité d'utiliser des tampons, intolérance au port des sous-vêtements serrés)	<input type="checkbox"/> Présence de points gâchette pelviens (piriforme, obturateurs interna, élévateurs de l'anus)	/5
DIFFUSION TEMPORELLE	<input type="checkbox"/> Douleurs post-mictionnelles	<input type="checkbox"/> Douleurs post-défécatrices	<input type="checkbox"/> Douleurs persistantes après l'activité sexuelle			/3
VARIABILITÉ DES SYMPTÔMES	<input type="checkbox"/> Variabilité de l'intensité douloureuse (évolution par périodes, évolution en dents de scie) et/ou de la topographie douloureuse					/1
SYNDROMES ASSOCIÉS	<input type="checkbox"/> Migraine et/ou céphalées de tension et/ou fibromyalgie et/ou syndrome de fatigue chronique et/ou syndrome de stress post-traumatique et/ou syndrome des jambes sans repos et/ou SADAM et/ou intolérances multiples aux produits chimiques					/1
Score total de sensibilisation pelvienne						/10

Approche diagnostique

L'anamnèse et l'examen clinique vont permettre d'orienter le diagnostic. Il est également fondamental d'apprécier le retentissement fonctionnel aussi bien au niveau professionnel, familial que sexuel. Le type de douleur, son intensité (en fonction du cycle menstruel chez les femmes non ménopausées) évaluée avec une échelle visuelle analogique, sa localisation, les bilans sanguins et radiologiques déjà réalisés, les traitements (et leurs résultats) déjà utilisés, doivent être précisés. Les signes associés sont fondamentaux (1, 2) :

- Les **dyspareunies** (douleurs pendant les rapports sexuels) :
 - Les **dyspareunies superficielles** : encore appelées dyspareunies d'intrusion, elles seront plutôt en faveur d'une pathologie périnéale (traumatiques, dermatologiques comme le lichen scléreux atrophique relevant de dermocorticoïdes ou hormonales comme la sécheresse vaginale lors de la ménopause).
 - Les **dyspareunies profondes** : elles orientent soit vers une pathologie pelvienne comme l'endométriose, l'adénomyose, le syndrome de congestion pelvienne, les fibromes soit vers une pathologie pelvi-périnéale comme le prolapsus génito-urinaire ou bien encore vers un syndrome de Masters et Allen chez les femmes multipares (douleurs abdomino-pelvienne permanente exacerbées à la fatigue et à la station debout en lien avec une déchirure du ligament large, le plus souvent suite à un accouchement traumatique ; le traitement est chirurgical).
- Les **dysménorrhées** (douleurs pendant les menstruations) : les dysménorrhées ont une prévalence élevée jusqu'à 50 % et doivent faire l'objet d'investigations.
 - **Douleurs de règles de la jeune fille** : l'idée reçue et trop longtemps admise qu'il est « normal » d'avoir des douleurs pendant les règles doit impérativement être combattue. Les spasmolytiques et/ou les antalgiques de palier 1 doivent être proposées pour soulager les douleurs spasmodiques. Le recours à une contraception orale œstrogéno-progestative peut également être envisagée. Il est également essentiel de rassurer la jeune fille et ses parents sur le fait que douleur légère à modérée ne signifie pas endométriose.
 - **Dysménorrhées primaires** : fréquentes chez les adolescentes dans 30 à 50 % des cas, elles peuvent être associées à un syndrome prémenstruel (congestion pelvienne et douleurs pelviennes quelques jours avant les menstruations). Les douleurs sont le plus souvent de siège centro-pelvien avec des irradiations postérieures sacrées et inférieures périnéales. Les spasmolytiques, les antalgiques de palier 1 à 2, les anti-inflammatoires non stéroïdiens doivent être proposés. Le recours à une contraception orale œstrogéno-progestative peut également être envisagée. Là encore, il est

utile de rassurer et de n'évoquer une pathologie comme l'endométriose que devant l'échec de la prise en charge et la persistance des dysménorrhées.

- **Dysménorrhées secondaires** : elles apparaissent soudainement au cours de la vie génitale d'une patiente. L'interrogatoire policier doit rechercher des signes associés. Les ménorragies associées (menstruations abondantes et prolongées) vont orienter vers une adénomyose (endométriose de l'utérus) ou des fibromes. Les dyspareunies associées sont en faveur d'une endométriose. Il ne faut pas non plus oublier les problématiques carcinologiques (ménorragies post-coïtale et dysménorrhées en faveur d'une pathologie cancéreuse du col utérin, ménorragies et dysménorrhées en faveur d'une pathologie cancéreuse endométriale). Si elles restent isolées, il faudra évoquer une pathologie ovarienne comme des dystrophies kystiques, ou bien un syndrome de congestion pelvienne.
- **Les douleurs pelviennes non cycliques** : elles sont très souvent associées aux tableaux douloureux chroniques, potentiellement en lien avec le syndrome d'hypersensibilisation et justifient un traitement de fond (antalgique, hormonal...) et une prise en charge multidisciplinaire.

L'examen clinique reste indispensable et doit faire l'objet d'une information éclairée auprès de la patiente (comment l'examen se déroule-t-il, pourquoi faire un examen clinique...). La Charte du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français CNGOF a été éditée en 2021 et doit être scrupuleusement respectée. Il va de soi qu'il faut savoir sursoir à cet examen (notamment pelvien avec spéculum et/ou toucher vaginal) en cas de refus de la patiente ou de douleurs importantes qui seraient exacerbées lors de l'examen génital. (Figure 3)

Les examens paracliniques biologiques seront adaptés en fonction de l'étiologie suspectée.

Les examens radiologiques sont indispensables et permettront de confirmer la suspicion clinique :

- **L'échographie abdomino-pelvienne par voie abdominale** : elle est indispensable. Étant non invasive, indolore, sans danger en cas de grossesse et non irradiante, elle est l'examen de choix qui doit toujours être réalisée en première intention.
- **L'échographie endovaginale** : elle complètera l'échographie abdominale après accord de la patiente et uniquement chez les patientes non vierges. Elle offre l'intérêt d'être directement au contact de la sphère gynécologique utérus-trompes de Fallope-ovaires et offre une meilleure visibilité de ces structures chez les patientes obèses.
- **L'IRM pelvienne** : c'est un examen de deuxième intention qui sera indiquée en fonction des résultats de l'échographie.

La cœlioscopie diagnostique n'a quasiment plus sa place à ce stade étant donnée la pertinence diagnostique des échographies 2D, 3D/4D, et des IRM pelviennes.

Figure 3 : Charte de la consultation en gynécologie-obstétrique (2021)

Charte de la consultation en gynécologie ou en obstétrique

- La consultation en gynécologie ou en obstétrique n'est pas une consultation comme les autres puisqu'elle touche à l'intimité des patientes.
- Le praticien, médecin ou sage-femme, conduit la consultation avec bienveillance et respect, en gardant à l'esprit la particularité de cette consultation et les besoins d'écoute et de dialogue.
- L'examen clinique n'est pas systématique. Par exemple, il n'est pas conseillé lors de la première consultation d'une jeune femme pour contraception, en l'absence de symptômes.
- L'examen clinique est précédé d'une explication sur ses objectifs et ses modalités. Si la femme désire ne pas être examinée, elle est invitée à en faire part en début de consultation.
- L'examen fournit des renseignements que l'imagerie ne peut pas apporter (comme l'état de la vulve, du vagin et du col, la mobilité des organes pelviens, la contraction des muscles ou la cartographie des zones douloureuses et la typologie des douleurs, ou encore l'origine de saignements ou de pertes). Il permet aussi la pratique de prélèvements (frottis, examens bactériologiques).
- L'accord oral de la femme est recueilli avant tout examen clinique.
- La femme doit pouvoir se dévêtir à l'abri des regards, dans le respect de sa pudeur.
- La personne examinée peut être assistée par l'accompagnant de son choix.
- L'examen peut comporter une palpation des seins, une palpation abdominale, un toucher vaginal avec gant ou doigtier, et l'usage de matériels médicaux tels qu'un spéculum ou une sonde endovaginale. Dans certains cas, le recours à un toucher rectal après explications peut être justifié.
- L'examen doit pouvoir être interrompu dès que la patiente en manifeste la volonté. Aucune pression, en cas de refus, ne sera exercée sur elle ; il convient alors de l'informer de l'éventuelle nécessité d'un nouveau rendez-vous pour réaliser l'examen, si celui-ci est indispensable, et de l'informer des limites diagnostiques et thérapeutiques que cette absence d'examen clinique peut entraîner.
- À l'hôpital ou en cabinet de ville, pour former les soignants de demain, un étudiant est susceptible d'assister à la consultation ; la présence d'un tiers, soignant, est soumise au consentement de la femme. Tout geste médical ou examen clinique éventuel pratiqué par l'étudiant est également subordonné à l'accord de la personne examinée.
- Les termes de cette charte s'appliquent à toutes les explorations d'imagerie gynécologiques (telles les échographies endovaginales, les colposcopies, les hystérocopies, les hystéroglyphies, les hystérosonographies, les bilans urodynamiques...), qui doivent également respecter la pudeur de la femme.

Les tableaux cliniques principaux

1/ L'endométriose

L'endométriose est définie par la présence ectopique de tissus glandulaires et stromaux endométriaux en dehors de la cavité utérine et affecte 10 à 15 % de la population féminine en âge de procréer (6). Parmi les patientes consultant pour

infertilité, la prévalence de l'endométriose serait de 20 à 50 %. Les mécanismes physiopathologiques restent débattus avec trois théories principales : le reflux tubaire permenstruel (qui expliquerait probablement la majorité des cas d'endométriose abdomino-pelvienne), la dissémination hémotogène (qui pourrait expliquer les rares formes d'endométriose pulmonaire) ou encore la transformation métaplasique. (Figure 4)

Longtemps sous-diagnostiquée avec un retard diagnostique significatif d'au moins 7 années d'errance entre l'apparition des premiers symptômes et le diagnostic, elle est depuis quelques années davantage médiatisée permettant de prendre en charge rapidement les femmes qui en souffrent mais créant aussi des raccourcis néfastes (« j'ai mal au ventre donc j'ai de l'endométriose ») et une surconsommation médicale inutile.

Elle peut apparaître dès l'adolescence et jusqu'à la ménopause.

Le diagnostic doit être suspecté devant l'association des trois D : **Dysménorrhées + Dyspareunie (profonde) + Douleurs pelviennes chroniques** auxquels peuvent s'ajouter deux autres D : **Dysurie** (en cas d'atteinte vésicale et/ou syndrome de sensibilisation) et **Dyschésie** (en cas d'atteinte intestinale et/ou syndrome de sensibilisation).

Les autres symptômes évocateurs peuvent être :

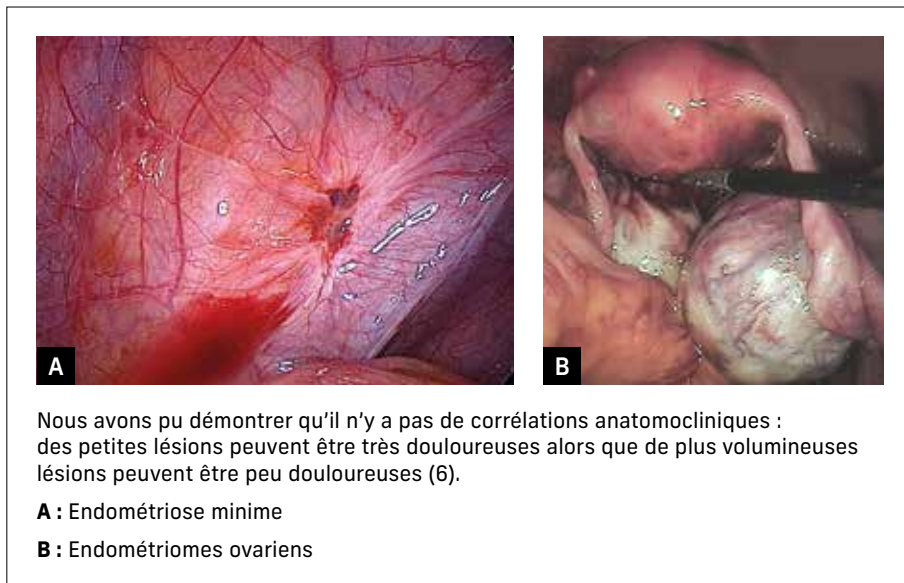
- Les douleurs scapulaires ou basithoraciques droites en cas d'atteinte de la coupole diaphragmatique droite ;
- Les ménorragies en cas d'adénomyose utérine (cf. *infra*) ;
- Les douleurs fessières ou des sciatalgies en cas de compression des racines sacrées ;
- L'hémoptysie en cas d'atteinte pulmonaire.

L'examen clinique n'est pas obligatoire car particulièrement douloureux chez des patientes douloureuses chroniques. D'une part, les examens échographiques et IRM sont suffisamment pertinents en termes de sensibilité et de spécificité pour décrire la localisation, taille et réponse au traitement

des lésions d'endométriose. D'autre part, plusieurs procédures médicales sont en cours actuellement pour violences gynécologiques chez des femmes ayant été examinées. Cet examen clinique se discute probablement avant une prise en charge chirurgicale mais là encore le consentement éclairé de la patiente doit être obtenu et tracé dans le dossier clinique (7).

L'échographie abdomino-pelvienne est l'examen de première intention réalisée par un opérateur expert (gynécologue ou

Figure 4 : exemple de deux lésions différentes d'endométriose



remplacer le bilan échographique et IRM.

La coelioscopie diagnostique n'a de place qu'en cas d'échec des traitements antalgiques et hormonaux.

On assiste actuellement à un changement de paradigme avec un recul de la place de la chirurgie grâce à des traitements médicamenteux de plus en plus efficaces : c'est le concept « **d'endometriosis life** » signifiant qu'il s'agit d'une maladie chronique jusqu'à la ménopause (voire même au-delà) (9). Le principe est de traiter médicalement au long cours, permettre l'obtention d'une grossesse (naturellement ou par PMA en cas d'infertilité) suivie de la reprise des traitements médicaux et limiter les chirurgies en raison de leur morbidité (9).

radiologue) : elle permet de visualiser et mesurer les kystes endométriosiques ovariens (encore appelés endométriomes), l'adénomyose utérine associée, les nodules d'endométriose profonde au niveau des ligaments utérosacrés, de la vessie, du sigmoïde..., les endométrioses complexes avec sténose urétérale, hématosalpinx... Elle permet également de suivre ces patientes et d'apprécier la réponse au traitement médicamenteux et/ou chirurgical (7).

L'IRM abdomino-pelvienne reste un examen de deuxième intention très performant permettant une cartographie précise initiale et lors du suivi thérapeutique.

Les autres examens radiologiques seront envisagés uniquement en fonction de la localisation des lésions :

- Échographie endorectale ou hystérosonographie rectale ou coloscanner en cas d'atteinte digestive ;
- Cystoscopie, uroTDM, uroIRM en cas d'atteinte de l'appareil urinaire ;
- IRM diaphragmatique en cas de suspicion d'atteinte diaphragmatique.

Aucun bilan biologique n'est nécessaire à part un dosage de l'hémoglobine pour apprécier le degré d'anémie en cas d'adénomyose associée, et le bilan préopératoire si une chirurgie est envisagée.

Un test salivaire diagnostique (Endotest®) est en cours de validation par la Haute Autorité de Santé. Il permettrait de diagnostiquer l'endométriose en dosant des microARN spécifiques et pourrait être particulièrement intéressant chez les femmes suspectes d'endométriose avec imagerie normale. Une récente étude prospective multicentrique a déterminé que la spécificité et la sensibilité de ce test seraient de respectivement de 94 % et 97 % (8). Compte tenu du coût élevé de ce test (un peu plus de 800 € actuellement) d'une part et en raison de données cliniques encore préliminaires, la Haute Autorité de Santé a reconnu le caractère innovant et les performances diagnostiques du test pour les cas complexes ; celui-ci a actuellement vocation à être réalisé en 3^e intention, après les examens cliniques et d'imagerie et ne peut pas

- **Traitement médical** : la HAS recommande de prendre en charge l'endométriose lorsqu'elle a un retentissement fonctionnel (douleur, infertilité) ou lorsqu'elle entraîne une altération du fonctionnement d'un organe :

- Le traitement médical vise à obtenir une **aménorrhée secondaire** afin de bloquer l'activité ovarienne et stopper la progression des lésions mais aussi bloquer le reflux per-menstruel (cf. physiopathologie) pour éviter l'apparition de nouvelles lésions endométriosiques. Il repose sur des **traitements hormonaux** comme la contraception orale œstrogéno-progestative en continu, les micro-progestatifs en continu, des progestatifs spécifiques de l'endométriose comme le dienogest, le stérilet hormonal ou l'implant contraceptif (10). En deuxième intention, un antagoniste de la GnRH (Relugolix) vient d'être récemment commercialisé (prescription par un gynécologue) (11).

- **Le traitement antalgique** : les antalgiques de classe 1 à 3, les AINS, les soins de support, l'utilisation de TENS (neurostimulation transcutanée), la kinésithérapie, l'ostéopathie, la sophrologie sont associés au traitement hormonal pour améliorer la qualité de vie. Plus la maladie est complexe, plus la prise en charge sera pluridisciplinaire et multimodale avec les algologues, les généralistes, sages femmes, gastro-entérologues, chirurgiens...

- **Traitement chirurgical** : la chirurgie est indiquée en cas d'échec du traitement médical bien conduit ou en cas de désir de grossesse avec nécessité par exemple de repermeabiliser les trompes. Elle se fait idéalement par voie minimale invasive (coelioscopie ou voie robotique) et consiste à réséquer les lésions d'endométriose par des équipes expérimentées (multidisciplinaire en fonction des organes touchés). L'indication de la chirurgie doit prendre en compte aussi bien le bénéfice attendu sur les symptômes que les risques de complications post-opératoires ;

La surveillance clinique et radiologique est indispensable jusqu'à la ménopause par des gynécologues, gynécologues-obstétriciens, chirurgiens gynécologues connaissant la pathologie. La surveillance peut se prolonger au-delà de la ménopause dans certains cas (risque de cancérisation ovarienne de certaines formes d'endométriose) (12).

Prise en charge pratique par le gastro-entérologue : Compte tenu de la fréquence de l'endométriose dans la population féminine en âge de procréer (10 à 15 %), toute douleur abdominale et/ou abdomino-pelvienne chronique doit faire évoquer un possible diagnostic d'endométriose. Un interrogatoire minutieux à la recherche des 3 D (dysménorrhées, dyspareunies profondes et douleurs pelviennes chroniques) et éventuellement la présence de dysurie et de dyschésie associées est fondamentale : leur présence est suffisante pour orienter la patiente vers un gynécologue. Il n'est pas nécessaire de prescrire le bilan échographique ou IRM. Il est important de rappeler que le test salivaire n'a pas sa place en première intention.

2/ le syndrome de congestion pelvienne

Le syndrome de congestion pelvienne pourrait concerner jusqu'à 30 % des femmes (1, 2, 13, 14). Il se caractérise par des douleurs pelviennes chroniques sans étiologie retrouvée persistant depuis au moins 6 mois. Les douleurs sont décrites à type de **pesanteur pelvienne ou de douleurs lombaires, permanente ou cyclique** (menstruelle ou prémenstruelle), non insomnante, augmentant en intensité en position debout et diminuant en position couchée, associée à des dyspareunies profondes et accentuées en post-coïtales. Il peut s'y associer une sensation de gonflement abdominal, une alternance constipation/diarrhée, des troubles urinaires à type de dysurie ou de cystalgie. Il concerne essentiellement des femmes multipares. Sa physiopathologie reposerait à la fois sur une dysrégulation du système neurovégétatif et sur des anomalies vasculaires à type de varices pelviennes (insuffisance veineuse pelvienne chronique) (1, 2).

L'examen clinique permet d'exclure d'autres pathologies gynécologiques. Il peut mettre en évidence des varices labiales et des membres inférieurs et/ou des hémorroïdes.

Les examens radiologiques (échographie pelvienne, IRM, angioscanner veineux, phlébographie) permettent d'exclure d'autres diagnostics. Une récente revue de la littérature montrait la présence de **varices pelviennes** notamment au niveau de la veine ovarienne gauche, des veines annexielles et des veines utérines et myométriales. L'étude Doppler peut objectiver un flux veineux ralenti (inférieur à 3 cm/seconde) et un reflux à la manœuvre de Valsalva (13).

Les traitements sont multidisciplinaires : symptomatiques avec veinotoniques, antalgiques et AINS ; embolisation radiologique, voire hystérectomie (en cas d'adénomyose associée) ; soins de support avec kinésithérapie, ostéopathie...

3/ adénomyose

Il s'agit d'une **forme d'endométriose intra-utérine** affectant 20 à 30 % des femmes en âge de procréer (15). Elle s'associe à l'endométriose dans 30 à 60 % des cas. Elle se manifeste par des **ménorragies, des dysménorrhées et des douleurs pelviennes chroniques**. On distingue deux formes : la forme focale et la forme diffuse (celle-ci est souvent responsable d'infertilité).

Le diagnostic positif est porté par l'échographie (aspect hétérogène du myomètre, épaississement du mur postérieur, images en flammèches) ou l'IRM.

En cas d'absence de désir de grossesse, le traitement médical hormonal visant à l'obtention d'une aménorrhée est indiquée. Des techniques minimales invasives de thermodestruction de l'endomètre sont possibles (en ambulatoire et sous anesthésie locale) mais dans ce cas, il n'y a plus de possibilité de grossesse.

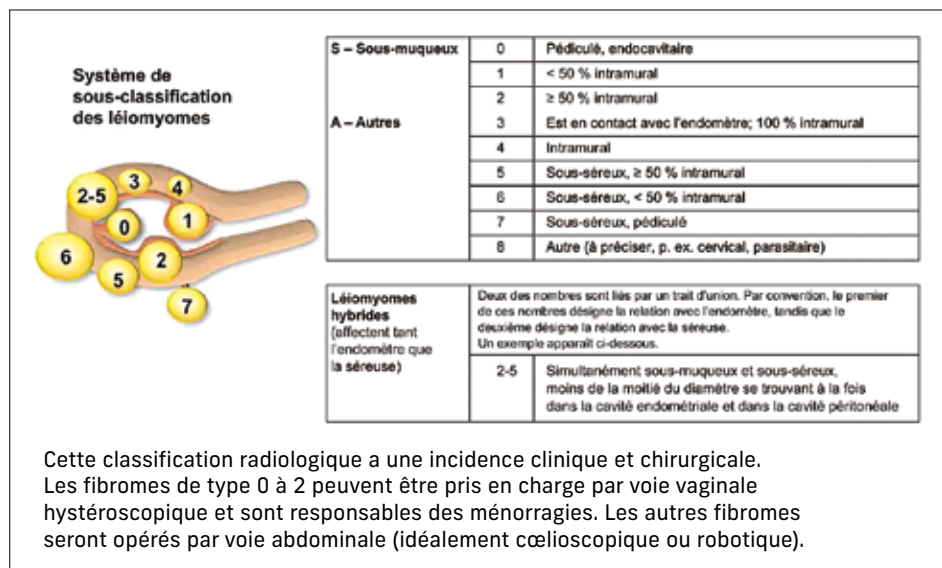
En cas de désir de grossesse, il y a bien souvent prise en charge en PMA. En cas d'échec, des résections chirurgicales ou des adényomyses par radiofréquence d'adénomyose focalisée ont pu être réalisées avec succès. Malheureusement, si l'adénomyose est diffuse, il n'existe pas à ce jour de traitements efficaces pour obtenir une grossesse.

4/ les fibromes

Il s'agit de **tumeurs bénignes développées au dépend du myomètre** (16). Cette pathologie touche 30 % des femmes caucasiennes et près de 50 % des femmes d'origine africaine et caribéenne. Plus le nombre et la taille des fibromes est important, plus la douleur est importante. Il peut s'y associer des ménorragies en cas de localisation au niveau de l'endomètre.

Le diagnostic est clinique avec la palpation d'un utérus augmenté de taille, puis confirmé par l'échographie ou l'IRM. Les fibromes sont décrits selon leur localisation radiologique (classification radiologique des fibromes de la FIGO 2011). (Figure 5)

Figure 5



La prise en charge est symptomatique (antalgiques, correction de l'anémie), hormonale et souvent chirurgicale avec myomectomie ou polymyomectomie devant des douleurs et/ou des ménorragies importantes et/ou une infertilité. L'embolisation radiologique est une alternative possible. Des nouvelles techniques minimales invasives de myolyse par radiofréquence semblent particulièrement pertinentes (17).

5/ les douleurs post-opératoires chroniques

Toute chirurgie abdomino-pelvienne peut être à l'origine de douleurs post-opératoires (1, 2). Il s'agit volontiers de **douleurs neuropathiques souvent associées à des mécanismes de sensibilisation**. L'examen clinique peut mettre en évidence des zones gâchettes (trigger zone) au niveau des cicatrices (de cœlioscopie, laparotomie) mais aussi au niveau du matériel prothétique utilisé en gynécologie (prothèse vaginale pour les cures de prolapsus, bandelettes sous-urétrales pour les cures de fuites urinaires). De nouveaux arrêtés ministériels ont été pris récemment pour encadrer la problématique des prothèses utilisées en uro-gynécologie (18, 19). La prise en charge de la douleur doit être prise précocement idéalement en lien avec l'équipe d'algologie. Le retrait du matériel prothétique sera discuté en réunion pluridisciplinaire d'uro-gynécologie (18, 19).

Bien que sujet à débat, d'autres douleurs abdominales peuvent être en lien avec des **adhérences post-opératoires**. L'adhésiolyse par cœlioscopie peut être une option pertinente en l'absence d'autres étiologies.

Conclusion

Les douleurs abdominales chroniques d'origine gynécologique sont très fréquentes. Elles sont dominées par l'endométriose (+/- associée à l'adénomyose), le syndrome de congestion pelvienne et la pathologie fibromateuse. **Toute douleur cyclique, tout autre signe/symptôme gynécologique (dyspareunies, ménorragies...) doit faire évoquer une origine gynécologique et orienter la patiente vers un gynécologue**. Le diagnostic est clinique et toujours confirmé par l'échographie-IRM. La prise en charge est complexe, médicale et chirurgicale, répondant à la gêne fonctionnelle décrite par la patiente et à son éventuel désir de grossesse.

Références

1. Riant T. Comprendre les douleurs pelvi-périnéales chroniques en 2021. *Douleurs* 2021 ; 22 : 75-93.
2. Fernandez H. Pelvic pains. *EMC* (2005 : 341-56).
3. Quistrebert-Davanne V, Hardouin JB, Riant T, Ploteau S, Rigaud J, Levesque A. Psychometric validation of convergence criteria PP. *Progres Urol* 2021 ; 31 : 1192-1200.
4. Skensved H. Global-local anaesthesia: combining paracervical block with intramyometrial prilocaine in the fundus significantly reduces patients' perception of pain during radiofrequency endometrial ablation (Novasure) in an office setting. *Gynecol Surg* 2012; 9: 207-212.
5. Levesque A, et al. Clinical criteria of central sensitization in chronic pelvic and perineal pain (Convergences PP criteria): elaboration of a clinical tool based on formal expert consensus. *Pain med* 2018; 19: 2009-15.
6. Chene G, Jaffeux P, Lasnier C, Aublet-Cuvelier B, Matsuzaki S, Jardon K, et al. Are there anatomical and clinical correlations between minimal and deep endometriosis? *Gyn Obstet Fertil* 2008 ; 36: 17-22.
7. HAS. Prise en charge de l'endométriose. Recommandations de bonne pratique. 2017. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2819733/fr/prise-en-charge-de-l-endometriose
8. Bendifallah S, Roman H, Suisse S, Spiers A, Petit E, et al. Validation of a microRNA signature for endometriosis. *NEJM Evid* 2025; 4: EVIDoa2400195.
9. Chapron C, Marcellin L, Borghese B, Santulli P. Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis. *Nat Rev Endocrinol* 2019; 15: 666-82.
10. Fernandez H, Agostini A, Baffet H, et al. Update on the management of endometriosis-associated pain in France. *J Gynecol Obstet Hum Reprod* 2023; 52: 102664.
11. Giudice LC, As-Sanie S, Arjona Ferreira JC, Becker CM, et al. Once daily oral relugolix combination therapy versus placebo in patients with endometriosis-associated pain: two replicate phase 3, randomized, double-blind studies 'SPIRIT 1 and 2'. *Lancet* 2022; 399: 2267-79.
12. Chene G, Caloone J, Moret S, Le Bail Carval K, et al. Is endometriosis a precancerous lesion? Perspectives and clinical implications. *Gynecol Obstet Fertil* 2016; 44: 106-12.
13. Moore S, Griffin CP, Kirkpatrick C, Reeve R. A narrative review to investigate ultrasound findings associated with female pelvic congestion syndrome. *Ultrasound* 2025: 1-10.
14. Weinschenk S, Selcuki NFT, Strowitzki T, Gerhardt A, Zivanovic O, Feisst M. Chronic pelvic pain syndrome in women: clinical covariates and comorbidity patterns. *Pain Ther* 2025:
15. Santulli P, Vannuccini S, Bourdon M, Chapron C, Petraglia F. Adenomyosis: the missed disease. *Reprod Biomed Online* 2025; 50: 104837.
16. Stewart EA, Laughlin-Tommaso SK. Uterine Fibroids. *N Engl J Med* 2024; 391: 1721-33.
17. Gemesi TS, Lum D, Atashroo D, Chao L. Minimally invasive and ablative therapies for symptomatic uterine fibroids: a narrative review. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2025; 37: 346-52.
18. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051533101>
19. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051533139>

5

Les cinq points forts

- La plupart des douleurs abdominales chroniques d'origine gynécologique peut s'accompagner d'un phénomène de sensibilisation centrale nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire et multimodale.
- Toute douleur abdominale rythmée par le cycle menstruel et tout symptôme gynécologique (dyspareunies, ménorragies...) doivent faire orienter d'emblée la patiente vers un gynécologue.
- L'échographie abdomino-pelvienne est l'examen paraclinique de référence dans la prise en charge diagnostique des douleurs abdominales chroniques d'origine gynécologique.
- La triade Disménorrhées, Dyspareunies profondes et Douleurs pelviennes chroniques (les 3 D) doit faire évoquer le diagnostic d'endométriose.
- Le syndrome de congestion pelvienne se caractérise par des dyspareunies profondes et des douleurs à type de pesanteur pelvienne augmentant en position debout et en post-coïtal et diminuant en position couchée.