

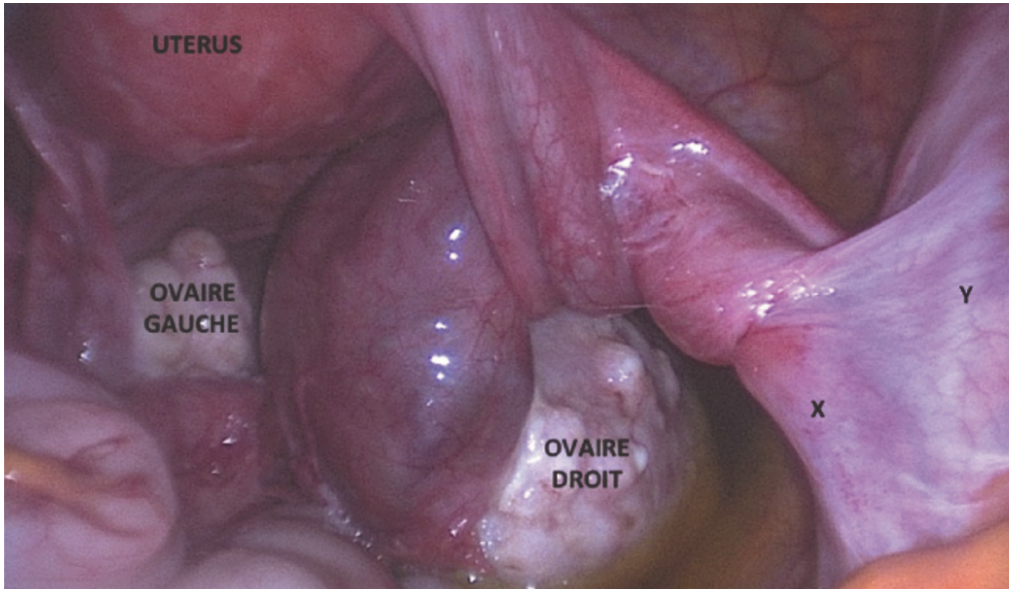
Questions

ITEM 39 : Algies pelviennes chez la femme

QCM 1 : Une patiente de 28 ans, nullipare, sans antécédent médical, consulte pour une infertilité primaire associée à des dysménorrhées évoluant depuis l'adolescence mais d'intensité croissante. Quels symptômes associés pourraient vous orienter vers une endométriose profonde ?

- A. Des dyspareunies d'intromission
- B. Des dyspareunies profondes
- C. Des dyschésies
- D. Des rectorragies
- E. Une dysurie

QCM 2 : Vous faites une coéloscopie opératoire pour une torsion d'annexe droite. A quoi correspondent les structures anatomiques marquées par les lettres « X » et « Y » sur le cliché ci-joint ?



- A. « X » correspond à l'uretère droit
- B. « X » correspond au ligament propre de l'ovaire droit
- C. « X » correspond au ligament lombo-ovarien droit
- D. « Y » correspond à l'artère iliaque interne droite
- E. « Y » correspond à l'artère iliaque externe droite

QCM 3 : Une patiente de 21 ans consulte aux urgences pour des douleurs d'apparition brutale en fosse iliaque droite. Elle a pour seul antécédent une amygdalectomie dans l'enfance. Elle est apyrétique et les bêta-hCG urinaires sont négatifs. Quel est le diagnostic à évoquer en priorité dans ce contexte ?

- A. Une grossesse extra utérine
- B. Une torsion d'annexe
- C. Une appendicite aiguë
- D. Une colique néphrétique
- E. Une cholécystite

Réponses

QCM 1 : Une patiente de 28 ans, nullipare, sans antécédent médical, consulte pour une infertilité primaire associée à des dysménorrhées évoluant depuis l'adolescence mais d'intensité croissante. Quels symptômes associés pourraient vous orienter vers une endométriose profonde ?

- A. Des dyspareunies d'intromission
- B. Des dyspareunies profondes
- C. Des dyschésies
- D. Des rectorragies
- E. Une dysurie

Réponses exactes : B, C, D, E

✓ A retenir :

L'endométriose a une incidence estimée de 10 à 15% de la population féminine et atteint 40 à 50% chez les femmes infertiles. Il s'agit de la première cause de dysménorrhée et de douleurs pelviennes chroniques.

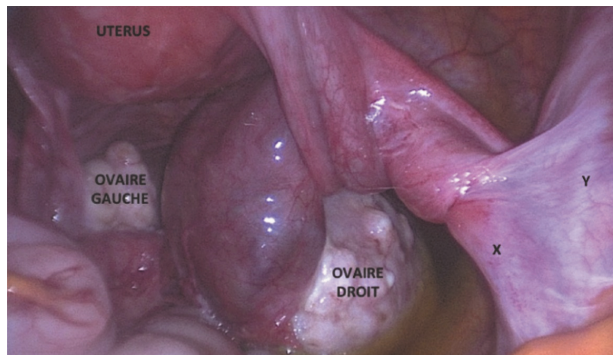
Malheureusement, le diagnostic est généralement porté 5-10 ans après le début de symptômes. Il faut l'évoquer devant les symptômes cités dans ce QCM.

- Des dyspareunies profondes peuvent faire suspecter une atteinte du torus uterinum.
- Des dyschésies et des rectorragies peuvent faire évoquer une atteinte du rectum.
- Une dysurie doit faire évoquer une atteinte de la vessie.

Un examen physique normal ou une échographie normale n'élimine pas le diagnostic.

QCM 2 : Vous faites une coelioscopie opératoire pour une torsion d'annexe droite. A quoi correspondent les structures anatomiques marquées par les lettres « X » et « Y » sur le cliché ci-joint ?

- A. « X » correspond à l'uretère droit
- B. « X » correspond au ligament propre de l'ovaire droit
- C. « X » correspond au ligament lombo-ovarien droit
- D. « Y » correspond à l'artère iliaque interne droite
- E. « Y » correspond à l'artère iliaque externe droite



Réponses exactes : C, E

✓ A retenir :

Les questions d'anatomie sont une source inépuisable de QCM pour l'ECN version 2016, ne pas les négliger !

QCM 3 : Une patiente de 21 ans consulte aux urgences pour des douleurs d'apparition brutale en fosse iliaque droite. Elle a pour seul antécédent une amygdalectomie dans l'enfance. Elle est apyrétique et les bêta-hCG urinaires sont négatifs. Quel est le diagnostic à évoquer en priorité dans ce contexte ?

- A. Une grossesse extra-utérine
- B. Une torsion d'annexe
- C. Une appendicite aiguë
- D. Une colique néphrétique
- E. Une cholécystite

Réponse exacte : B

✓ A retenir :

La torsion d'annexe est une urgence thérapeutique à évoquer devant toute douleur aiguë en fosse iliaque chez une patiente avec des bêta-hCG négatifs. La prise en charge chirurgicale doit être effectuée dans les 06h00 après le début des douleurs pour limiter le risque de nécrose ovarienne et préserver le capital folliculaire.

ALGIES PELVIENNES CHEZ LA FEMME

- Argumenter les principales hypothèses diagnostiques et justifier les examens complémentaires pertinents.

Zéros	1. Diagnostic :																																				
<p>Aiguës :</p> <ul style="list-style-type: none"> - GEU - Torsion d'annexe - Salpingite - Rupture de kyste +/- hémorragique <p>Cycliques :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dysménorrhée - Syndrome intermenstruel - Syndrome prémenstruel <p>Endométriose :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Femme jeune - Douleur - Dysménorrhée - Dyspareunie profonde <p>Localisations :</p> <ul style="list-style-type: none"> o Ligaments utéro-sacrés o Cloison recto-vaginale (TR) o Vessie o Ovaires (endométriome) o Myomètre (adénomyose) <p>- Echographie + IRM (hyperT₁ et hypoT₂)</p> <p>- Coelioscopie diagnostique, pronostique et thérapeutique</p>	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">Anamnèse</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Antécédents personnels médico-chirurgicaux et familiaux - Antécédents gynéco-obstétricaux - Caractéristiques de la douleur - Périodicité de la douleur par rapport aux règles - Signes associés : Signes fonctionnels urinaires et digestifs Gynécologique : Dysménorrhée Infectieux : leucorrhées, métrorragies Troubles sexuels : dyspareunie </td> </tr> <tr> <td>Examen physique</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Général : âge, syndrome infectieux - Examen de l'abdomen : palpation, percussion fosses lombaires - Examen ostéo-articulaires - Examen gynécologique complet </td> </tr> <tr> <td>Paraclinique</td> <td>- Examens orientés par la clinique</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">2. Algies pelviennes aiguës :</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">Obstétricales</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - GEU : Toute douleur pelvienne chez une femme en âge de procréer est une GEU jusqu'à preuve du contraire - Avortement spontané précoce : Douleur pelvienne du 1^{er} trimestre </td> </tr> <tr> <td>Salpingite aiguë</td> <td>- Cf. item 88</td> </tr> <tr> <td>Torsion d'annexe</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Survient en général sur un kyste de l'ovaire - Douleur brutale, intolérable, résistante aux antalgiques usuels - Masse latéro-utérine unilatérale et très douloureuse - Coelioscopie en urgence : détorsion </td> </tr> <tr> <td>Rupture d'un kyste ovarien</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Douleur brutale de résolution spontanée en quelques jours - Risque de choc hémorragique si rupture hémorragique </td> </tr> <tr> <td>Hémorragie intra-kystique</td> <td>- Douleur pelvienne latéralisée d'installation brutale</td> </tr> <tr> <td>Torsion d'un fibrome</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Traitement symptomatique, risque de rupture hémorragique secondaire - Fibrome sous-séreux pédiculé - Tableau de torsion d'annexe </td> </tr> <tr> <td>Nécrobiose aseptique</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Douleur intense, fièvre - Fibrome augmenté de volume, ramolli (gros utérus mou) - Image en cocarde à l'écho </td> </tr> <tr> <td>Extra-génitales</td> <td>- Douleurs ostéo-musculaires, digestives, urinaires</td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">3. Algies pelviennes chroniques : durée > 6 mois</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20%;">Endométriose</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Terrain : femme jeune - Douleur abdominales, lombaires, sacrées avec ou sans rapport avec le cycle - Pathologies associées : Infertilité, troubles du cycle Pneumothorax : endométriose thoracique - Signes fonctionnels : Dysménorrhée secondaire, tardive (J₂-J₃) Dyspareunie profonde Signes fonctionnels urinaires et rectaux - Examen clinique : Nodules violacés cervico-vaginaux Rétroversion utérine - IRM : diagnostic positif et extension - Coelioscopie diagnostique et thérapeutique </td> </tr> <tr> <td>Adénomyose</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Terrain : femme multipare, en préménopause - Signes fonctionnels : Ménorragies Dysménorrhée secondaire et tardive - Examen clinique : utérus dur, augmenté de volume - Hystérocopie diagnostique </td> </tr> <tr> <td>Séquelles d'infections</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Salpingite subaiguë, chronique : diagnostic coelioscopique - Traitement : antibiothérapie prolongée, AINS </td> </tr> <tr> <td>Malpositions utérines</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Rétroversions : Malposition utérine réductible, parfois fixée (endométriome) Pesanteur à l'effort, douleurs à irradiation anale, dyspareunie - Syndrome de Masters et Allen : douleurs pelviennes orthostatiques Déficit sévère des moyens de fixité utérins Dû à des traumatismes obstétricaux Mobilité anormale du col de l'utérus par rapport au corps utérin </td> </tr> <tr> <td>Congestion pelvienne</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Absence de valvules sur les veines du petit bassin - Varicocèle lombo-ovarien, douleurs, pesanteur </td> </tr> <tr> <td>Extra-génital</td> <td>- Douleurs ostéo-musculaires, digestives, urinaires</td> </tr> <tr> <td>Psychogène</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic d'élimination : somatisation des conflits psychoaffectifs - Richesse de la symptomatologie et pauvreté de l'examen clinique </td> </tr> </table>	Anamnèse	<ul style="list-style-type: none"> - Antécédents personnels médico-chirurgicaux et familiaux - Antécédents gynéco-obstétricaux - Caractéristiques de la douleur - Périodicité de la douleur par rapport aux règles - Signes associés : Signes fonctionnels urinaires et digestifs Gynécologique : Dysménorrhée Infectieux : leucorrhées, métrorragies Troubles sexuels : dyspareunie 	Examen physique	<ul style="list-style-type: none"> - Général : âge, syndrome infectieux - Examen de l'abdomen : palpation, percussion fosses lombaires - Examen ostéo-articulaires - Examen gynécologique complet 	Paraclinique	- Examens orientés par la clinique	Obstétricales	<ul style="list-style-type: none"> - GEU : Toute douleur pelvienne chez une femme en âge de procréer est une GEU jusqu'à preuve du contraire - Avortement spontané précoce : Douleur pelvienne du 1^{er} trimestre 	Salpingite aiguë	- Cf. item 88	Torsion d'annexe	<ul style="list-style-type: none"> - Survient en général sur un kyste de l'ovaire - Douleur brutale, intolérable, résistante aux antalgiques usuels - Masse latéro-utérine unilatérale et très douloureuse - Coelioscopie en urgence : détorsion 	Rupture d'un kyste ovarien	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur brutale de résolution spontanée en quelques jours - Risque de choc hémorragique si rupture hémorragique 	Hémorragie intra-kystique	- Douleur pelvienne latéralisée d'installation brutale	Torsion d'un fibrome	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement symptomatique, risque de rupture hémorragique secondaire - Fibrome sous-séreux pédiculé - Tableau de torsion d'annexe 	Nécrobiose aseptique	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur intense, fièvre - Fibrome augmenté de volume, ramolli (gros utérus mou) - Image en cocarde à l'écho 	Extra-génitales	- Douleurs ostéo-musculaires, digestives, urinaires	Endométriose	<ul style="list-style-type: none"> - Terrain : femme jeune - Douleur abdominales, lombaires, sacrées avec ou sans rapport avec le cycle - Pathologies associées : Infertilité, troubles du cycle Pneumothorax : endométriose thoracique - Signes fonctionnels : Dysménorrhée secondaire, tardive (J₂-J₃) Dyspareunie profonde Signes fonctionnels urinaires et rectaux - Examen clinique : Nodules violacés cervico-vaginaux Rétroversion utérine - IRM : diagnostic positif et extension - Coelioscopie diagnostique et thérapeutique 	Adénomyose	<ul style="list-style-type: none"> - Terrain : femme multipare, en préménopause - Signes fonctionnels : Ménorragies Dysménorrhée secondaire et tardive - Examen clinique : utérus dur, augmenté de volume - Hystérocopie diagnostique 	Séquelles d'infections	<ul style="list-style-type: none"> - Salpingite subaiguë, chronique : diagnostic coelioscopique - Traitement : antibiothérapie prolongée, AINS 	Malpositions utérines	<ul style="list-style-type: none"> - Rétroversions : Malposition utérine réductible, parfois fixée (endométriome) Pesanteur à l'effort, douleurs à irradiation anale, dyspareunie - Syndrome de Masters et Allen : douleurs pelviennes orthostatiques Déficit sévère des moyens de fixité utérins Dû à des traumatismes obstétricaux Mobilité anormale du col de l'utérus par rapport au corps utérin 	Congestion pelvienne	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de valvules sur les veines du petit bassin - Varicocèle lombo-ovarien, douleurs, pesanteur 	Extra-génital	- Douleurs ostéo-musculaires, digestives, urinaires	Psychogène	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic d'élimination : somatisation des conflits psychoaffectifs - Richesse de la symptomatologie et pauvreté de l'examen clinique
Anamnèse	<ul style="list-style-type: none"> - Antécédents personnels médico-chirurgicaux et familiaux - Antécédents gynéco-obstétricaux - Caractéristiques de la douleur - Périodicité de la douleur par rapport aux règles - Signes associés : Signes fonctionnels urinaires et digestifs Gynécologique : Dysménorrhée Infectieux : leucorrhées, métrorragies Troubles sexuels : dyspareunie 																																				
Examen physique	<ul style="list-style-type: none"> - Général : âge, syndrome infectieux - Examen de l'abdomen : palpation, percussion fosses lombaires - Examen ostéo-articulaires - Examen gynécologique complet 																																				
Paraclinique	- Examens orientés par la clinique																																				
Obstétricales	<ul style="list-style-type: none"> - GEU : Toute douleur pelvienne chez une femme en âge de procréer est une GEU jusqu'à preuve du contraire - Avortement spontané précoce : Douleur pelvienne du 1^{er} trimestre 																																				
Salpingite aiguë	- Cf. item 88																																				
Torsion d'annexe	<ul style="list-style-type: none"> - Survient en général sur un kyste de l'ovaire - Douleur brutale, intolérable, résistante aux antalgiques usuels - Masse latéro-utérine unilatérale et très douloureuse - Coelioscopie en urgence : détorsion 																																				
Rupture d'un kyste ovarien	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur brutale de résolution spontanée en quelques jours - Risque de choc hémorragique si rupture hémorragique 																																				
Hémorragie intra-kystique	- Douleur pelvienne latéralisée d'installation brutale																																				
Torsion d'un fibrome	<ul style="list-style-type: none"> - Traitement symptomatique, risque de rupture hémorragique secondaire - Fibrome sous-séreux pédiculé - Tableau de torsion d'annexe 																																				
Nécrobiose aseptique	<ul style="list-style-type: none"> - Douleur intense, fièvre - Fibrome augmenté de volume, ramolli (gros utérus mou) - Image en cocarde à l'écho 																																				
Extra-génitales	- Douleurs ostéo-musculaires, digestives, urinaires																																				
Endométriose	<ul style="list-style-type: none"> - Terrain : femme jeune - Douleur abdominales, lombaires, sacrées avec ou sans rapport avec le cycle - Pathologies associées : Infertilité, troubles du cycle Pneumothorax : endométriose thoracique - Signes fonctionnels : Dysménorrhée secondaire, tardive (J₂-J₃) Dyspareunie profonde Signes fonctionnels urinaires et rectaux - Examen clinique : Nodules violacés cervico-vaginaux Rétroversion utérine - IRM : diagnostic positif et extension - Coelioscopie diagnostique et thérapeutique 																																				
Adénomyose	<ul style="list-style-type: none"> - Terrain : femme multipare, en préménopause - Signes fonctionnels : Ménorragies Dysménorrhée secondaire et tardive - Examen clinique : utérus dur, augmenté de volume - Hystérocopie diagnostique 																																				
Séquelles d'infections	<ul style="list-style-type: none"> - Salpingite subaiguë, chronique : diagnostic coelioscopique - Traitement : antibiothérapie prolongée, AINS 																																				
Malpositions utérines	<ul style="list-style-type: none"> - Rétroversions : Malposition utérine réductible, parfois fixée (endométriome) Pesanteur à l'effort, douleurs à irradiation anale, dyspareunie - Syndrome de Masters et Allen : douleurs pelviennes orthostatiques Déficit sévère des moyens de fixité utérins Dû à des traumatismes obstétricaux Mobilité anormale du col de l'utérus par rapport au corps utérin 																																				
Congestion pelvienne	<ul style="list-style-type: none"> - Absence de valvules sur les veines du petit bassin - Varicocèle lombo-ovarien, douleurs, pesanteur 																																				
Extra-génital	- Douleurs ostéo-musculaires, digestives, urinaires																																				
Psychogène	<ul style="list-style-type: none"> - Diagnostic d'élimination : somatisation des conflits psychoaffectifs - Richesse de la symptomatologie et pauvreté de l'examen clinique 																																				

4. Algies pelviennes cycliques :

Dysménorrhée (Règles douloureuses)	<ul style="list-style-type: none">- Parfois très invalidante à l'origine d'un absentéisme- Formes cliniques : Précoce : en début de règles Tardive : fin de règles- Primaire : chez l'adolescente, en général fonctionnelle- Secondaires : Endométriose Sténose organique du col Déplacement DIU...
Syndrome intermenstruel J ₁₅	<ul style="list-style-type: none">- Contemporain de l'ovulation, dû à la rupture d'un follicule mûr- Douleur pelvienne aiguë en milieu de cycle + métrorragies peu abondantes- Examen gynécologique normal : signes d'imprégnation œstrogénique
Syndrome prémenstruel	<ul style="list-style-type: none">- Fréquent : ensemble des symptômes précédant les règles (cf. item 26)- Traité par progestatifs en 2^{ème} partie de cycle