



FORMATION MÉDICALE CONTINUE : LE POINT SUR...

Douleurs pelviennes chroniques[☆]



V. Juhan-Duguet

Service d'imagerie médicale, hôpital européen, 6, rue Désirée-Clary, 13331 Marseille cedex 3, France

MOTS CLÉS

Douleurs pelviennes chroniques ;
Endométriose ;
Endométriose profonde ;
Congestion pelvienne

Résumé Les douleurs pelviennes chroniques sont des douleurs invalidantes qui durent depuis au moins 6 mois. Les causes sont souvent multifactorielles. Un interrogatoire et un examen clinique minutieux doivent orienter les examens d'imagerie. L'endométriose est une cause fréquente, mais il n'y a pas de corrélation entre la gravité des lésions et l'intensité de la douleur. L'échographie pelvienne est le premier examen à réaliser, à la recherche d'endométriose, d'adénomyose, de varices pelviennes, et de signes d'infection chronique. L'IRM permet de faire le diagnostic et le bilan d'extension des endométrioses. Elle est plus performante que l'échographie pour le diagnostic d'abcès tubo-ovarien devant une masse annexielle chronique. L'écho-Doppler, l'angio-IRM doivent permettre de conforter le diagnostic clinique de congestion pelvienne. Devant un syndrome du nerf pudendal l'imagerie en coupe peut éliminer une cause compressive.

© 2015 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Les douleurs pelviennes chroniques (DPC) correspondent à des douleurs localisées au niveau du pelvis, évoluant depuis au moins 6 mois, non cycliques, non calmées par les antalgiques usuels, assez sévères pour entraîner une incapacité fonctionnelle [1,2]. Il existe plusieurs définitions dans la littérature, mais c'est celle que nous retiendrons. La douleur est une expérience personnelle subjective et complexe. Les DPC sont souvent difficiles à interpréter et à traiter. Leur intensité doit être évaluée par des outils d'évaluation spécifique, notamment les échelles visuelles analogiques et numériques [3].

Les causes de DPC sont très variées et souvent multifactorielles. L'interrogatoire ciblé sur les symptômes digestifs, gynécologiques, urologiques, musculaires et ostéoarticulaires doit permettre d'orienter l'examen clinique et les explorations diagnostiques. La douleur psychogène doit être un diagnostic d'élimination. La variabilité et l'association des étiologies rendent parfois difficile la prise en charge de

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.diii.2015.07.010>.

[☆] Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Diagnostic and Interventional Imaging*, en utilisant le DOI ci-dessus.

Adresse e-mail : v.juhanduguet@hopital-europeen.fr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jradio.2015.08.008>

2211-5706/© 2015 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

ce symptôme, mal supporté par les patientes, souvent frustrant pour le clinicien, et finalement très coûteux pour la société.

Ce motif est évoqué chez 10 à 40 % des patientes qui consultent en gynécologie [4]. Les DPC seraient à l'origine d'environ 40 % des coéloscopies et 15 % des hystérectomies [5]. Selon Neis un tiers des DPC seraient dû à une endométrie, et 1/3 à des adhérences [6]. L'échographie pelvienne est le premier examen d'imagerie à réaliser.

Toutes les structures pelviennes peuvent être à l'origine de DPC. Seront abordés dans cet article, l'endométriose, l'adénomyose, les infections pelviennes chroniques, les adhérences, le syndrome de congestion pelvienne, et le syndrome du nerf pudendal.

Endométriose pelvienne

Elle est définie par la présence de tissu endométrial fonctionnel (glande et stroma) en dehors de l'utérus. Trois types de localisation sont décrits : l'endométriose ovarienne (kystique), superficielle péritonéale, et profonde proliférative.

Des lésions d'endométriose pelviennes sont retrouvées en coéloscopie chez 1/3 des femmes explorées pour DPC [7]. Mais 25 % des femmes avec une endométriose histologique sont asymptomatiques. Les douleurs liées à l'endométriose comprennent : DPC, dysménorrhée, dyspareunie, dysurie, et dyschésie. Il est maintenant reconnu que plusieurs mécanismes sont à l'origine de ces douleurs, avec l'intervention de médiateurs inflammatoires (production de cytokines pro-inflammatoires et pro-angiogéniques), et participation des systèmes nerveux central, périphérique, et proprioceptif [8]. La sécrétion de facteurs de croissances neurogènes et de facteurs de prolifération vasculaire auraient aussi un rôle dans la genèse de la douleur de l'endométriose. Les microsaignements répétés dans les lésions d'endométriose profonde, et une autonomisation de l'innervation de ces lésions peuvent expliquer parfois la discordance entre des douleurs importantes et des lésions macroscopiques peu volumineuses. Il n'y a pas de parallèle entre la gravité macroscopique des lésions et les symptômes douloureux [9].

Endométriose ovarienne

Le kyste endométriosique ovarien ou endométriome a un contenu hémorragique. Isolé, il est souvent peu douloureux. Dans sa forme typique il est en échographie isoéchogène homogène (fin piqueté homogène) avec parfois des pseudocloisons ou des caillots. Le diagnostic différentiel avec une autre lésion kystique peut parfois se poser (kyste fonctionnel hémorragique, kyste dermoïde...). L'atteinte est parfois multiple ou bilatérale dans 30 à 50 % des cas [10]. En IRM l'endométriome est le plus souvent en hypersignal en T1, supérieur ou égal au signal de la graisse sous cutanée, avec un signal qui persiste après saturation de graisse (différent du kyste dermoïde) (Fig. 1). En T2 le signal est intermédiaire (*shading*), avec parfois un niveau [11]. Le signal peut être différent en fonction de l'âge de l'endométriome (produits de dégradation de l'hémoglobine). L'injection de chélates de gadolinium peut être utile pour distinguer un caillot, d'une végétation d'une tumeur épithéliale. La paroi de l'endométriome peut se rehausser après injection. La taille

des endométriomes est variable, d'implants millimétriques intra-ovariens ou sur la surface, à des kystes parfois de plus de 5 cm. L'IRM est plus sensible que l'échographie pour la détection de petits implants ovariens. L'endométriome peut être associé à un hématosalpinx.

Endométriose profonde

Le tissu endométrial ectopique infiltre le péritoine de plus de 5 mm, et les structures sous-péritonéales. La lésion est composée d'une hyperplasie fibro-musculaire parfois associée à des implants liquidiens ou hémorragiques. L'endométriose profonde intéresse l'espace sous-péritonéal postérieur, et ou l'espace péritonéal antérieur vésico-utérin.

Endométriose profonde postérieure

Elle se développe le plus souvent à partir du péritoine, au niveau du cul-de-sac de Douglas. La lésion infiltre ensuite l'espace sous-péritonéal, intéresse le torus uterinum qu'elle épaissit, les ligaments utérosacrés (LUS). Elle peut s'étendre en arrière vers la jonction rectosigmoïdienne (Fig. 2). Il existe alors des adhérences au contact de la séreuse digestive, parfois une atteinte pariétale superficielle ou transpariétale. L'atteinte de la muqueuse digestive est importante à connaître pour pouvoir adapter le traitement chirurgical. Les lésions d'endométriose digestive sont le plus souvent localisées au niveau de la jonction rectosigmoïdienne. L'atteinte isolée du rectum est beaucoup plus rare.

L'échographie par voie endovaginale doit s'attacher à rechercher un épaississement hypoéchogène du torus, des LUS (Fig. 3) et une atteinte de la paroi sigmoïdienne [12]. La disparition de la musculature hypoéchogène signe une atteinte musculaire pariétale. En IRM les lésions profondes sont en hyposignal T2, en raison de la composante fibreuse, elles peuvent être associées à des inclusions liquidiennes en hypersignal T2 (implants kystisés). Elles contiennent parfois des hypersignaux en T1 (implants hémorragiques), ce qui facilite leur détection [13]. L'atteinte des LUS est fréquente. Les séquences en pondération T2, avec des coupes fines dans le plan des ligaments sont les plus performantes. Un nodule, un épaississement, une asymétrie des LUS sont évocateurs d'une endométriose postérieure [14,15] (Fig. 3, 4, 5). L'échoendoscopie rectale peut être utile dans le bilan préopératoire pour préciser l'atteinte muqueuse.

L'endométriose vaginale est souvent associée à une atteinte du torus ou des LUS. Elle peut être responsable d'une oblitération du cul-de-sac vaginal postérieur. L'examen peut être sensibilisé par le balisage vaginal avec du gel d'échographie. L'atteinte de la cloison rectovaginale est quasiment toujours en continuité avec une lésion profonde postérieure du Douglas, du vagin ou des LUS.

L'atteinte profonde postérieure, l'oblitération du cul-de-sac de Douglas, sont souvent responsables de DPC, de dyspareunies, par compression ou infiltration des nerfs de l'espace sous-péritonéal [16].

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663263>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663263>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)