



GLOBAL JOURNAL OF MEDICAL RESEARCH: E  
GYNECOLOGY AND OBSTETRICS  
Volume 16 Issue 2 Version 1.0 Year 2016  
Type: Double Blind Peer Reviewed International Research Journal  
Publisher: Global Journals Inc. (USA)  
Online ISSN: 2249-4618 & Print ISSN: 0975-5888

## Acute Pelvic Pains of Women in the Brazzaville University Hospital: Diagnostic Orientation

By Jean Alfred Mbongo, Haba Foromo, Fabrice Otiobanda & Léon Hervé Iloki

*Abstract-* The objective of this work was to give a working diagnosis if pelvic pains acute, the woman at University Hospital of Brazzaville.

*Methods:* We carried out a descriptive and prospective study over a period of five months, from 2nd June to 2nd October 2015 in the Obstetrics and Gynecology Unit at CHU Brazzaville. Patients who presented with Acute Pelvic Pain and who gave their consent were included in the study. All those in the third trimester of pregnancy and in the post partum period were excluded. Data was analyzed using Epi info version 3.5.4. software

*Results:* We registered a total of 410 cases of pelvic pain out of the 6345 patients representing 6.4%. Of these, 285 were cases of acute pelvic pain, representing 4.5% of the total consultations in the service.

*Keywords:* acute pelvic pain; congo-brazzaville.

*GJMR-E Classification :* NLMC Code: WQ 400



*Strictly as per the compliance and regulations of:*



© 2016. Jean Alfred Mbongo, Haba Foromo, Fabrice Otiobanda & Léon Hervé Iloki. This is a research/review paper, distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 3.0 Unported License <http://creativecommons.org/licenses/by-nc/3.0/>), permitting all non-commercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

# Acute Pelvic Pains of Women in the Brazzaville University Hospital: Diagnostic Orientation

Algies Pelviennes Aigues De La Femme, Au Centre Hospitalier Universitaire De Brazzaville: Orientation Diagnostique

Jean Alfred Mbongo <sup>α</sup>, Haba Foromo <sup>σ</sup>, Fabrice Otiobanda <sup>ρ</sup> & Léon Hervé Iloki <sup>ω</sup>

**Résumé-** L'objectif de ce travail était de donner une orientation diagnostique en cas d'algies pelviennes aiguës, de la femme au Centre Hospitalier et Universitaire de Brazzaville.

**Méthodologie:** Nous avons mené une étude descriptive, prospective, sur une période de cinq mois, allant du 2<sup>nd</sup> juin au 2<sup>nd</sup> octobre 2015, dans le service de gynécologie obstétrique du CHU de Brazzaville. Les patientes présentant une algie pelvienne aiguë (APA) et ayant accepté de participer ont été incluses dans notre étude. Celles au troisième trimestre de grossesse et en post-partum ont été exclues.

Les données ont été analysées à l'aide du logiciel Epi info version 3.5.4.

**Résultats:** Nous avons enregistré au total 410 cas d'algie pelvienne sur 6325 patientes, soit 6,4%, parmi lesquelles 285 algies pelviennes aiguës, soit une fréquence de 4,5% de l'ensemble des consultations du service.

Les APA surviennent souvent chez la femme sans emploi 31,5% (26,3-37,1) ; célibataire 56,1% (50,3-61,8) ; peu scolarisée 61,4% (55,6-66,9) ; ayant un seul partenaire sexuel actuel 68,8% (62,8-73,6) ; sans notion de contraception 64,2% (58,1-69,7) ; sans antécédent de dysménorrhée 94,3% (91,2-96,6) ; ni d'avortement 69,8% (64,3-74,9) ; avec un statut sérologique VIH inconnu 80,7% (75,8-84,9) ; et notion d'infection génitale 65,9% (60,3-71,2).

Les APA ont une durée d'évolution de 5 jours, de début insidieux 56,6% (52-64,2) ; de siège diffus 54,3% (48,5-60,1) ; sans rapport avec le cycle menstruel 86,6% (82,3-90,2) ; sans irradiation 78,9% (73,9-83,3) à type de crampe 31,9% (26,7-37,5) ; associées au saignement 52,6% (46,8-58,3) ; d'intensité sévère 60% , avec abdomen sensible à la palpation 83,5% et mobilisation douloureuse de l'utérus 70,5%.

L'hémogramme 57,5% (51,1-63,1) et l'échographie 70%, ont été les examens souvent pratiqués. Les étiologies des APA étaient surtout en rapport avec les complications de la grossesse (60,6%) et les infections génitales hautes (13,9%).

**Conclusion:** Les algies pelviennes aiguës sont un motif fréquent de consultation en gynécologie. Leurs caractéristiques cliniques et paracliniques sont en rapport avec les étiologies. Les causes plus fréquentes ont été : les complications de la grossesse et les infections génitales hautes.

**Mots clés:** algies pelviennes aiguës ; congo-brazzaville.

**Abstract-** The objective of this work was to give a working diagnosis if pelvic pains acute, the woman at University Hospital of Brazzaville.

**Methods:** We carried out a descriptive and prospective study over a period of five months, from 2<sup>nd</sup> June to 2<sup>nd</sup> October 2015 in the Obstetrics and Gynecology Unit at CHU Brazzaville. Patients who presented with Acute Pelvic Pain and who gave their consent were included in the study. All those in the third trimester of pregnancy and in the post partum period were excluded.

Data was analyzed using Epi info version 3.5.4. software

**Results:** We registered a total of 410 cases of pelvic pain out of the 6345 patients representing 6.4%. Of these, 285 were cases of acute pelvic pain, representing 4.5% of the total consultations in the service.

Acute Pelvic Pain was found to occur more often in women who were unemployed 31.5%(26.3-37.1); single 56.1% (50.3-61.8) ; under educated 61.4%(55.6-66.9) ; had only one current sexual partner 68.8%(62.8-73.6) ; had no notion of contraception 64.2%(58.1-69.7) ; had no past history of dysmenorrhoea 94.3%(91.2-96.6) nor abortion 69.8%(64.3-74.9) ; whose HIV status was unknown 80.7%(75.8-84.9) ; and who had previously suffered from a genital tract infection.

The acute pelvic pain; evolved over 5 days; was of insidious onset 56.6% (52-64.2) ; diffuse 54.3% (48.5-60.1) ; not related to the menstrual cycle 86.6% (82.3-90.2) ; had no irradiations 78.9% (73.9-83.3) ; was crampy in nature 31.9% (26.7-37.5) ; associated to bleeding 52.6% (46.8-58.3) ; and severe 60%, with a tender abdomen 83.5% and tenderness on mobilization of the uterus 70.5%. A complete blood count 57.5% (51.1-63.1) and pelvic ultrasound 70%, were the tests usually carried out. The etiologies registered were mostly complications of pregnancy 60.6% and upper genital tract infections 13.9%.

**Conclusion:** Acute Pelvic pain is a common presenting complaint in gynecology. The clinical and paraclinical characteristics are related to the etiologies. The most frequent causes registered were complications of pregnancy and upper genital tract infections.

**Keywords:** acute pelvic pain; congo-brazzaville.

## 1. INTRODUCTION

Les algies pelviennes aiguës (APA), constituent le motif le plus fréquent de consultation d'urgence en gynécologie [1]. La distinction entre le caractère aigu ou chronique d'une douleur pelvienne est parfois difficile, notamment dans le cadre de douleurs cycliques. De plus, il existe une diversité des étiologies

Author <sup>α</sup> <sup>σ</sup> <sup>ω</sup>: Service de Gynécologie Obstétrique, CHU de Brazzaville, BP 32, Brazzaville. e-mail: mbongojalf@gmail.com

Author <sup>ρ</sup>: Service de Réanimation Polyvalente, CHU de Brazzaville, BP 32, Brazzaville.

responsables des APA avec des implications thérapeutiques particulières ; ce qui impose, en cas d'APA, une rigueur diagnostique. En effet, certaines affections responsables des APA peuvent, en l'absence de diagnostic précoce et de traitement adapté, avoir de graves conséquences et engager le pronostic vital [1, 2]. Ainsi, la prise en charge diagnostique et thérapeutique des algies pelviennes constitue un problème majeur en consultation de gynécologie.

La rareté des travaux sur ce sujet dans la littérature africaine [3] justifie ce travail qui se propose de rechercher les étiologies des APA chez la femme au CHU de Brazzaville.

## II. PATIENTES ET MÉTHODES

Cette enquête, de type descriptive, a été réalisée dans le service de Gynécologie et Obstétrique du CHU de Brazzaville, du 5 juin au 2 octobre 2015. Elle a concerné toutes les patientes reçues en consultation de gynécologie-obstétrique pour une douleur pelvienne d'une durée inférieure ou égale à un mois et dont le consentement éclairé a été obtenu. Les femmes au troisième trimestre de grossesse et celles en post-partum n'ont pas été retenues pour cette étude. Toutes les femmes ont été colligées de façon exhaustive au fur et mesure de leur arrivée. Pour chacune d'elles, ont été étudiés, les caractéristiques sociodémographiques, les caractères de la douleur, les antécédents des patientes, les données de l'examen physique et para clinique et le diagnostic étiologique. L'intensité de la douleur a été évaluée à l'aide de l'échelle visuelle analogique. Ainsi, l'intensité de la douleur a été classée en trois catégories : faible (intensité=1 à 3), modérée (intensité = 4 à 7), et sévère (intensité= 8 à 10).

L'analyse des résultats s'est faite à l'aide du logiciel Epi Info version 3.5.4. Les données quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart-type et, les données qualitatives en proportions avec leur intervalle de confiance à 95%.

## III. RÉSULTATS

Au total, 410 patientes ont consulté pour des algies pelviennes dont 285 APA sur 6325 patientes enregistrées dans le service de gynécologie obstétrique.

La moyenne d'âge était de  $27,5 \pm 5,6$  ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle des patientes âgées 24 à 28 ans. D'ailleurs, 82,4% d'entre elles avaient moins de 32 ans.

L'analyse du tableau I, indique que les APA concernaient les femmes sans emploi 31,5%, suivies des élèves /étudiantes 28%. Il s'agissait des célibataires dans 56,1% des cas.

Dans 58,6% des cas, la douleur était de début insidieux, diffuse (54,3%), sans irradiation (78,9%), sans rapport avec le cycle menstruel (86,6%). La douleur était associée au saignement (52,6%), aux leucorrhées

(28%), aux vomissements (8,4%) ou aux lombalgies (3,8%). Dans 50% des cas, la douleur évoluait depuis 5 jours ; il s'agissait d'une douleur sévère dans 60% des cas, modérée dans 30% des cas et minime dans 10% des cas.

La description des antécédents des patientes admises pour APA figure dans le tableau III.

La douleur pelvienne s'inscrivait dans un contexte de fièvre dans 21,4%, la palpation profonde était douloureuse dans 59,6% des cas et les fosses lombaires libres dans 95,7% des cas.

Enfin, le toucher vaginal était douloureux dans 70,5% des cas.

Nous avons eu recours à l'hémogramme dans 57,5% ; la vitesse de sédimentation globulaire (33,3%) ; la C-réactine protéine (29,8 %). L'examen cytbactériologique des urines a été pratiqué dans 17,5% des cas.

Si dans certains cas d'autres examens tels que la sérologie HIV, les béta-HCG plasmatiques, la sérologie Chlamydie, les prélèvements cervico-vaginaux ont été jugés nécessaires ; dans 21% des cas, l'examen demandé n'a pas été pratiqué, soit il n'a pas été jugé indispensable.

Sur un effectif de 285 patientes, 201 échographies pelviennes ont été réalisées soit 70,5% ; 6 coéloscopies diagnostiques et/ou thérapeutiques soit 2,10% ; et 3 radio abdomen sans préparation soit 1,05%.

Les étiologies des APA, tableau IV étaient dominées par les causes liées à la grossesse, suivies des causes infectieuses.

## IV. DISCUSSION

La limite de notre étude était le recrutement non exhaustif des patientes. Ceci était dû au fait que les consultations ont été pratiquées par plusieurs praticiens, parmi lesquels les médecins au cours d'études de spécialisation en gynécologie. En outre, la taille de l'échantillon qui était petite, ne permettant pas de faire des analyses plus détaillées de certaines variables.

Cette étude portant sur 285 cas rapporte les aspects épidémiologiques, cliniques et étiologiques des APA. Il ressort que les APA surviennent surtout chez la jeune fille. La prépondérance des patientes de cette tranche d'âge par le fait que cette période est la plus propice à l'activité sexuelle. D'ailleurs, les étiologies incriminées en disent d'avantage. Et, Mikkelsen et al. [4], qui rapportent un âge moyen de 27,8 ans, et une prédominance (96%) des patientes âgées de moins de 35 ans. En dehors du jeune âge, les patientes de cette série présentent d'autres caractéristiques. Il s'agit notamment de la prédominance des célibataires ; et celles-ci associées aux veuves et aux femmes vivant en union libre, représentent le tiers des cas. La liberté sexuelle, prédominante dans cette catégorie, expliquent

la survenue fréquente des grossesses et dont des complications y relatives, et des infections génitales hautes. Le bas niveau d'instruction, prédominante dans cette étude, constitue une autre particularité, et un facteur aggravant de la liberté sexuelle. De plus, il représente un facteur limitant de la gestion plus rationnelle de l'information médicale et des méthodes contraceptives. En effet, pour Randriamiarisoa et al [3], la survenue d'une grossesse non désirée dans un contexte socio-économique défavorable pousse les jeunes vers l'interruption volontaire de grossesse clandestine avec ses complications.

La douleur s'installait fréquemment de façon insidieuse (56,6%). La prédominance dans les étiologies de l'association avortements non finis et infections pelviennes (45,6%) en constitue une explication comme le suggèrent Judlin et al. [5] pour qui, un début insidieux des algies pelviennes aiguës orienterait vers une inflammation pelvienne. D'ailleurs, la durée médiane d'évolution de 5 jours retrouvée dans cette étude concorde avec la prédominance d'avortements non finis et infections pelviennes. En effet, comme le signalent plusieurs auteurs [3, 6, 7], une durée d'évolution de la douleur supérieure à 4 jours est davantage évocatrice d'une infection génitale haute. D'ailleurs, les antécédents souvent retrouvés chez les sujets de cette enquête (tableau III) vont dans le même sens.

La sensibilité à la palpation abdominale (83,5%), l'écoulement sanglant à la vulve (76,49 %), au toucher vaginal, douleur à la mobilisation utérine (70,5%) étaient les signes fréquents de l'examen physique retrouvée (61,6%). Tout est en rapport avec les étiologies des APA. Il en est de même pour les examens biologiques : Hémogramme (57,4%), ECBU (17,5%) Béta HCG plasmatiques (14,7%) et C RP (29,8%).

L'hémogramme avec dosage de la CRP, en cas d'absence d'anomalie n'infirme pas le diagnostic/ n'exclut pas le diagnostic d'infection génitale haute non compliquée [8].

L'échographie pelvienne a été pratiquée dans la plus part des cas (70,52%). Ce résultat se justifie par le fait que l'échographie est un examen peu onéreux, non invasif, relativement facile à réaliser et accessible. Cela concorde avec les données de la littérature qui disent que l'échographie doit être réalisée d'une manière standardisée [9]. L'échographie pelvienne ne pas le diagnostic positif de toutes les pathologies mises en cause en cas d'APA. Son rendement est très opérateur dépendant dans le diagnostic d'appendicite aigue. L'échographie associée au Doppler pourrait constituer une aide dans certaines situations. Dans l'infection génitale haute, il pourrait aider au diagnostic par calcul de l'index de vascularisation et de pulsatilité qui lui conférerait une sensibilité à 100% dans la GEU [9]. D'autres auteurs [10, 11], aussi recommandent la pratique systématique de l'échographie en cas d'algies pelviennes aiguës.

La coelioscopie diagnostique, pourtant considérée comme le gold standard dans la prise en charge des algies pelviennes aiguës [2, 12,13], n'a été réalisée que chez 6 patientes.

L'utilisation « intensive » de la coelioscopie diagnostique a été largement préconisée au début des années 1980 dans le but de limiter les erreurs diagnostiques ; ses complications imposent de limiter le nombre utile. Son intérêt se pose en cas d'APA dont l'étiologie n'est pas retrouvée par l'interrogatoire, l'examen clinique et les examens complémentaires non invasifs.

L'origine génitale des algies pelviennes aiguës prédominait (95,8% des cas) par rapport aux causes extra-génitales (4,2%). Ce résultat s'explique par des raisons d'ordre méthodologique. En effet, notre étude se déroulait dans un service de gynécologie obstétrique où les femmes sont reçues pour des motifs d'ordre génital. D'ailleurs, dans le travail de Kurt et al. [14] dont la méthodologie est proche de la nôtre, l'étiologie gynécologique représentait 93,2% des cas.

Les complications liées à la grossesse représentent les causes d'APA (60,70%) dans cette série. Ceci probablement en raison du manque d'instruction mais aussi du faible taux de prévalence contraceptive au Congo qui est de 26,6% [15]. La primauté des complications liées à la grossesse dans les étiologies, est aussi rapportée par Randriamiariso et al [3] dans les causes d'APA non périodiques avec l'avortement ou menace (59,7%), GEU 13,8%, infections génitales hautes (salpingite, Hydrosalpinx, pyosalpinx) (21,5%). Fauconnier et al. en France [16] vont dans le même sens, en rapportant que les complications de grossesse intra-utérines sont majoritaires (40,7%), certainement du fait de la proportion élevée de femmes enceintes dans leur étude (48,6%). Par ailleurs, Anteby et al. en Israël [12] et Kurt et al. en Iran [14] avaient trouvé une prédominance des kystes ovariens dans 27% et 50% respectivement; et pour Morino et al. en Italie, aucun diagnostic n'a été retrouvé dans la plus part des cas (37%) [17].

## V. CONCLUSION

La fréquence des algies pelviennes était de 6,4% des motifs de consultation. Les algies pelviennes aiguës représentaient au moins 27,9% des patientes consultant pour algies pelviennes. La douleur se caractérisait par une durée d'évolution médiane de 5 jours, une intensité moyenne de  $7,2 \pm 1,5$ , souvent sévère, insidieuse, à type de crampe (31,1%) et associée à des saignements (52,6%). Le signe physique le plus fréquent était la douleur à la palpation profonde de l'abdomen (83,5%).

Les examens biologiques les plus demandés étaient l'hémogramme 57,5%; la CRP (29,8%) et l'ECBU (17,5%). L'échographie pelvienne a été souvent réalisée (70,5%) et la coelioscopie rarement (2,1%). Les

étiologies les plus fréquentes d'algie pelvienne aiguë étaient : les GEU (31,5%) et les avortements (27,7%), les infections génitales hautes (13%).

## REFERENCES RÉFÉRENCES REFERENCIAS

- Huchon C, Estrade-Huchon S, Popowski T, Toret F, Chapron C, Fauconnier A. Algies pelviennes aiguës de la femme : orientation diagnostique et conduite à tenir. *Encycl Med Chir, Gynécologie*, 162-A-15, 2010.
- Kruszka P, Kruszka S. Evaluation of acute pelvic pain in women. *Am Fam Physician*. 2010; 82 (2): 141-7.
- Randriamiarisoa NAA, Andriamady RCL, Ranjalaly RJ, Ratkotomanga S. Aspects épidémiologiques des algies pelviennes aiguës d'origine gynécologique à la Maternité du centre hospitalier de Befelatanana Antananarivo. *Arch Inst Pasteur Madagascar*. 2000 ; 66(1-2) :72-4.
- Mikkelsen AL, Christine F. Laparoscopy and ultrasound examination in women with acute pelvic pain. *Gynecol Obstet Invest*. 1990; 30 (3): 162-4.
- Judlin PG, Thiebaugeorges O. Pelvic inflammatory diseases. *Gynecol Obstet Fertil* 2009; 37 (2): 172-82.
- Walker JW. Abdominal and pelvic pain. *Emerg Med Clin N Am*. 1987; 5 (3): 425-8
- 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 (18): 2594-604.
- Recommandations pour la pratique clinique. Les infections génitales hautes. CNGOF Paris 2012.
- EMC 162-A-15.
- Condous G, Okaro E, Khalid A, Lu C, Van Huffel S, Timmerman D et Bourne T. The accuracy of transvaginal ultrasonography for the diagnosis of ectopic pregnancy prior to surgery. *Hum Reprod*. 2005; 20 (5): 1404-9.
- Dargent J, Caillot JL, Neidhart JP. Place de l'échotomographie abdominopelvienne dans l'urgence chirurgicale : étude systématique de 200 examens consécutifs. *Ann Chir*. 1988 ; 42 (6): 409-12.
- Anteby SO, Schenker JG, Polishuk WZ. The value of laparoscopy in acute pelvic Pain. *Ann Surg*. 1975; 181 (4):484-6.
- Porpora MG, Gomel V. The role of laparoscopy in the management of pelvic pain in women of reproductive age. *Fertil Steril*. 1997; 68 (5): 765-79.
- Kurt S, Uyar I, Demirtas O, Celikel E, Beyan E, Tasyurt A. Acute pelvic pain: evaluation of 503 cases. *Arch Iran Med*. 2013; 16 (7): 397-400.
- Deuxième enquête Congolaise auprès des ménages pour le suivi et l'évaluation de la pauvreté. Rapport d'analyse du volet QUIBB. Ministère de l'Economie, du Plan, de l'Aménagement du Territoire et de l'Intégration. Février 2012.
- Fauconnier A, Dallongeville E, Huchon C, Ville Y, Falissard B. Measurement of acute pelvic pain intensity in gynecology: a comparison of five methods. *Obstet Gynecol* 2009; 113 (2): 260-9.
- Morino M, Luca P, Elisabeta C, Eleonora F, Patrizio M. Acute nonspecific abdominal pain. *Ann Surg* 2006; 244 (6): 881-8.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques

	N=285	%	IC
Profession			
Elève/ Etudiante	80	28,0	23,08-33,5
Sans emploi	90	31,5	26,3-37,1
Cadre moyen	60	21,0	16,6-26,0
Cadre supérieur	35	12,2	8,8-16,4
Statut matrimonial			
Célibataire	160	56,1	50,3-61,8
Mariée	48	16,8	12,8-21,5
Autres*	77	27,0	22,1-32,4
Niveau d'instruction			
Supérieur	40	14,0	10,3-18,4
Secondaire	70	24,5	19,8-29,8
Autres***	175	61,4	55,6-66,9

\*cadre moyen et supérieur

\*\* Veuve, union libre

\*\*\* Primaire, non scolarisée

Tableau II : Caractéristiques de la douleur

	Effectif =285	Total= 285	
		%	IC
Mode de début			
Brutal	118	41,4	35,7-47,2
Insidieux	167	58,6	52,8-64,2
Siège			
Localisé	130	45,6	39,8-51,4
Diffus	155	54,3	48,5-60,1
Rapport avec le cycle			
Oui	38	13,3	9,7-17,6
Non	247	86,6	82,3-90,2
Irradiation			
Oui	60	21,0	16,6-26,0
Non	225	78,9	73,9-83,3
Type de douleur			
Crampe	91	31,9	26,7-37,5
Brûlure	60	21,0	16,6-26,0
Torsion	40	14,0	10,3-18,4
Douleur seule	77	27,0	22,1-32,4
Douleur et autre signe fonctionnel	208	72,9	67,6-77,9
Signes fonctionnels associés			
Saignement	150	52,6	46,8-58,3
Leucorrhées	80	28,0	23,0-33,5
Vomissements	24	8,4	5,5-12,0
Lombalgie	11	3,8	2,0-6,6

Tableau III : Antécédents des patients

	Effectif	Total= 285	
		%	IC
Nombre de partenaires sexuels actuels			
Aucun	8	2,8	1,3-5,2
Unique	195	68,4	62,8-73,6
Multiple	82	28,7	23,7-34,2
Contraception			
Oui	102	35,7	30,3-41,4
Non	183	64,2	58,1-69,7
Dysménorrhée			
Oui	26	9,1	6,1-12,9
Non	269	94,3	91,2-96,6
Avortement			
Oui	199	69,8	64,3-74,9
Non	86	30,1	25,0-35,7
Statut sérologique VIH			
Inconnue	230	80,7	75,8-84,9
Positive	15	5,2	3,0-8,3
Négative	40	14,0	10,3-18,4
ATCD infection génitale			
Oui	188	65,9	60,3-71,2
Non	97	34,0	28,7-39,6
GEU			
Oui	18	6,3	3,9-9,6
Non	267	93,6	90,3-96,0
Infertilité			
Oui	20	7,0	4,4-10,4
Non	265	92,9	89,5-95,5
Chirurgie abdominopelvienne			
Oui	38	13,3	9,7-17,6
Non	245	85,9	8

Tableau IV : Etiologies algies pelviennes aiguës

	n	%	IC
<b>Grossesse</b>			
- GEU*	90	31,5	26,3 -37,1
- MFCS **	20	7,0	4,4-10,4
-Avortement incomplet	59/285	20,7	16,3-25,7
-Perforation utérine	4 /285	1,4	0,4-3,3
<b>Infection</b>			
-Péritonite	23/285	8,0	5,3-11,6
- Salpingite aigue	14/285	4,9	2,8-8,1
-Hydrosalpinx	3/285	1,0	0,2-2,8
<b>Autres causes gynécologiques</b>			
- Myomes en nécrobiose	5/285	1,7	0,6-3,8
- Syndrome Curtis Hugs Firtis	2/285	0,7	0,11-2,2
- Hématométrie	2/285	0,7	0,11-2,2
-Hématocolpos	3/285	1,0	0,2-2,8
-Hémorragie intra-kystique	5/285	0,7	0,11-2,2
-Torsion kyste de l'ovaire	8/285	2,8	1,3-5,2
<b>Non gynécologique</b>			
- Appendicite	5/285	0,7	0,6-3,8
- Lombalgie aigue	3/285	1,0	0,2-2,8
-pyélonéphrite aigue	4/285	1,4	0,4-3,3
<b>Inconnues</b>	36/285	12,6	9,1-16,8

\*grossesse extra-utérine

\*\* Menace de fausse couche spontanée