

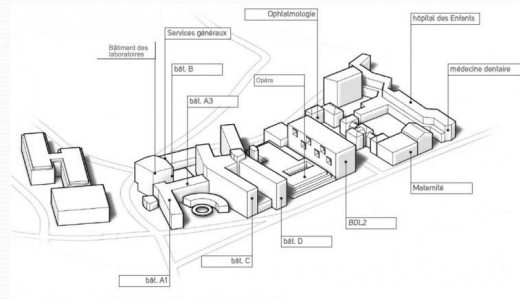
# « Plaintes gynécologiques au cabinet du MPR : quelles urgences à connaître ? »



Mathieu Vanden Eynde  
Service des Urgences Gynécologie et Obstétriques

## Plan

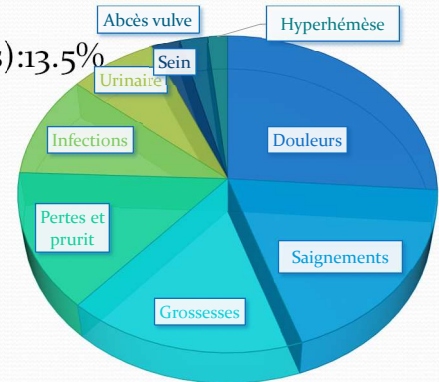
- Introduction
  - Les plaintes gynécologiques principales
  - Diagnostics différentiels
- Adresser aux urgences de gynécologie
  - Suspicion GEU, PID, GLI, Torsion annexielle,...
- Adresser en polyclinique de gynécologie ou traitement en MPR
  - Mycose, Vaginose, Infection urinaire



## Introduction

les Urgences Gynécologiques (Maternité-HUG Janvier-avril 2008)

- Douleurs abdomino-pelviennes: 21%
- Saignements et troubles du cycle: 15%
- Pathologie grossesse 1er trimestre (GEU, abortus): 13.5%
- Leucorrhée et prurit: 11.3%
- Infections (PID): 8.4%
- Symptômes urinaires: 6%
- Mastite: 1.9%
- Abscès vulvaire: 1.9%
- Hyperémèse gravidique: 1.4%



## Orientation diagnostic

- Âge
- TG
- Cycle
- Traitement
- Atcd
- Comorbidité



## Les plaintes gynécologiques

- Douleurs
- Métrorragies



- Prérequis: toute patiente en âge de procréer = TG!!!



## Douleurs abdominales

<b>Diagnostic</b>	<20 ans	20-29	40-49	60-69	70-79
Appendicite	37	31	6	2	3
UGD	4	14	36	12	23
Occlusion	4	11	12	14	19
Cholécystite	1	4	10	16	23
Pyélonéphrite	18	22	8	4	4
CN	6	14	20	8	8
Sigmoidite	0	1	10	14	21
Gynéco	18	51	5	4	5
Anévrysme Ao	0	0	0	27	36
Non spécifique	33	28	8	6	6

- AURC, 1992 /Dombal,1991

## Douleur abdominale

### TG +

- GEU
- Abortus
- GIU
- Kyste ovarien compliqué (rupture, kyste hémorragique)
- Torsion d'annexe
- Nécrobiose ou torsion d'un myome
- APP
- Diverticulite, hernie incarcerated, iléus, coprostase, gastro-entérite, hernie incarcerated, cholélithiase, Crohn, RCUH, Meckel, ulcère perforé, néoplasie digestive, ischémie mésentérique, colon irritable, Coprostase
- Lithiase ou autre pathologie urinaire , ou autre...

### TG -

- PID, endométrite, ATO
- Endométriose
- Néoplasie utérine, ovarienne,
- Dysménorrhée

## Saignement utérin anormal

### TG +

- GEU
- Abortus
- Môle
- GIU
- Rétention de matériel trophoblastique post-partum ou post curetage
- Traumatisme (corps étranger, abus sexuel)
- Maladie systémique : Von Willebrand, hypothyroïdie, thrombocytopénie, leucémie
- Saignement extra-génital : hémorroïde, Crohn, RCUH, urétrite

### TG -

- Myome
- Polype, Hyperplasie
- Adénomyose
- Néoplasie utérine ou ovarienne
- Fonctionnel (cycles anovulatoires)
- Atrophie
- Pathologie cervicale
- Endométrite
- Médicaments : anticoagulants, contraceptifs oraux, traitements hormonaux substitutifs

# Adresser aux Urgences de Gynéco!

## Prise en charge immédiate:

- GEU
- Torsion annexielle
- PID
- FC hémorragique
- Abortus septique
  
- Diagnostic échographique TV

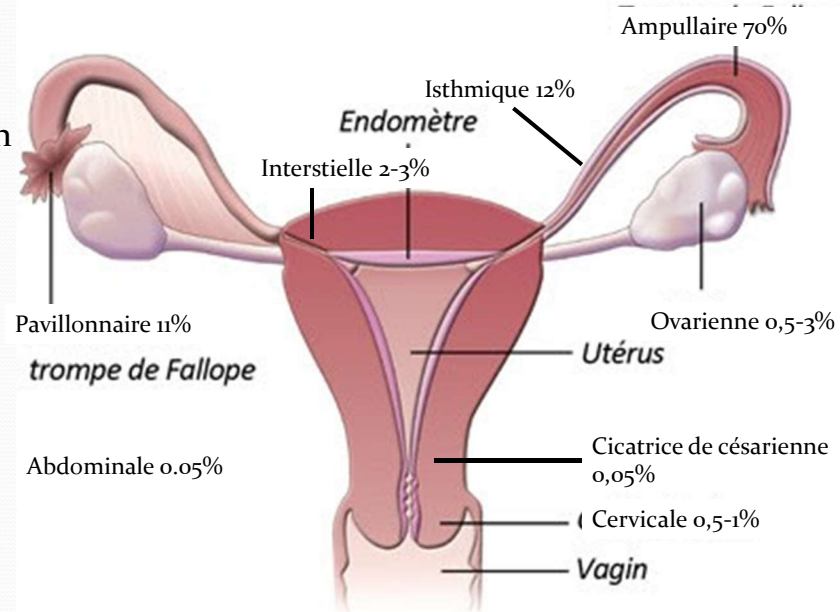


## Grossesse Extra-Utérine



## GEU

- Localisation



## GEU

Facteurs de risque

- Antécédents de GEU
- Chirurgie tubaire dont stérilisation tubaire
- Antécédents de PID, partenaires sexuels multiples
- Endométriose
- Antécédents de chirurgie pelvienne ou abdominale
- Traitement de l'infertilité (stimulation ovarienne)
- Tabagisme
- Age > 35 ans (probablement par association de facteurs de risque)



## GEU

Diagnostic

- Triade classique: TG positif + Douleur +/- saignement

Anamnèse:

- DDR, 1<sup>er</sup> TG+, grossesse vue par US chez gynéco? FR?

Examen clinique

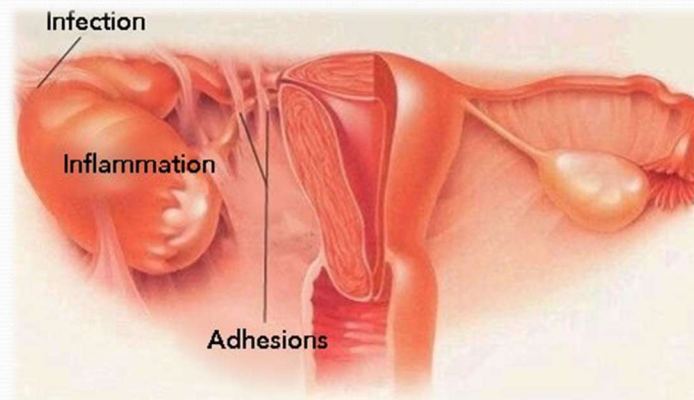
- Pouls, TA, Abdomen, Speculum, TV

Examens complémentaires

- Echographie, B<sub>hcg</sub>, Progestérone



## Pelvic Inflammatory Disease



## PID

Facteurs de risque

- Femme <25 ans
- comportement sexuel à risque (partenaires multiples)
- antécédent de MST / PID
- infection VIH
- manœuvre endo-utérine
- rétention placentaire ou trophoblastique
- pose de stérilet récente (durant les 3 semaines qui suivent la pose)
- nouveau partenaire sexuel.





## PID : Symptômes

- Algies pelviennes
- Leucorrhée
- Métrorragies
- Fièvre ou frissons
- Dyspareunie
- Pollakiurie
- Asymptomatiques
- Douleurs hypochondre droit (Sd Fitz- Hugh-Curtis)
- Douleurs lombaires basses
- Fréquente
- 50%
- 30-40% (parfois post coïtale)
- 30%
- 40-60%
- Rare
- Rare

## PID: Diagnostic

Examen clinique:

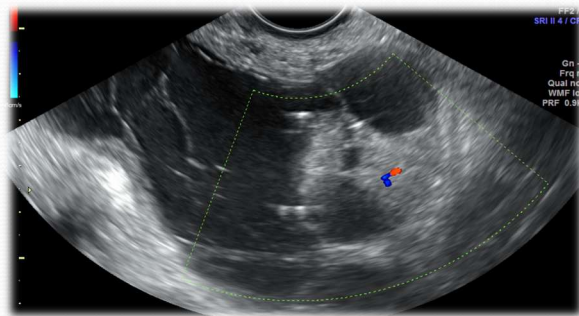
- Mobilisation douloureuse du col
- Douleur utérine provoquée
- Douleur annexielle provoquée, souvent bilatérale, +/- empatement
- Fièvre
- Leucorrhée mucopurulente



## PID: Diagnostic

Examens complémentaires:

- Examen direct
- Labo
- Culture ou PCR génitale : gonocoque ou chlamydia
- Imagerie (échographie)



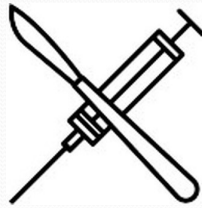
## PID

- Complications:
  - Abscès-tubo-ovarien, sepsis
  - Péri-hépatite à Chlamydiae (syndrome de Fitz-Hugh-Curtis)
  - Algies pelviennes chroniques (30%), infertilité tubaire (20%), grossesse extra-utérine

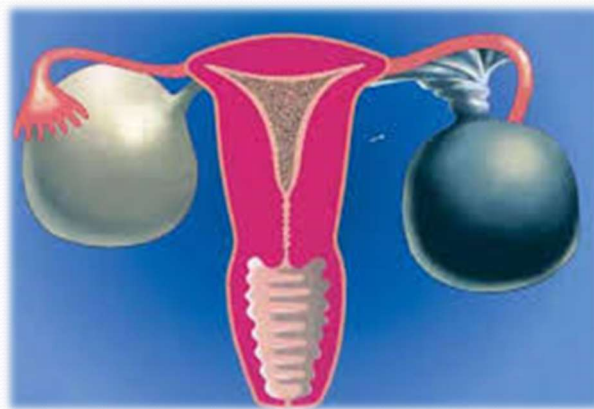


## PID

- Traitement:
  - Antibiothérapie large spectre
  - Laparoscopie (doute diagnostique ou mauvaise évolution sous AB)
  - Traitement du(des) partenaire(s)
  - Contrôle évolution à 72h, à 1mois, frottis chlam/gono >6 semaines
- Prévention:
  - Dépistage

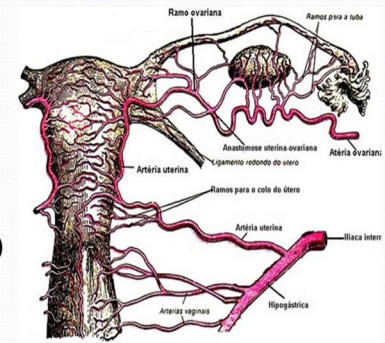


## Torsion Annexielle



## Torsion annexielle

- Rappel anatomique:
  - Vascularisation artère ovarienne < Aorte abdominale (ligament infundibulo-pelvien ou suspenseur de l'ovaire)
- Pathogénèse
  - Kyste ou masse ovarienne (rarement ovaire normal)
  - Rotation du ligament > compression des vaisseaux ovariens > Œdème > Ischémie > Nécrose > hémorragie



## Torsion annexielle

### Clinique:

- |                                    |         |
|------------------------------------|---------|
| • Douleur pelvienne                | 90%     |
| • Masse annexielle                 | 86-95%  |
| • Associée à Nausée et vomissement | 47-70%  |
| • Fièvre                           | (2-20%) |

### Anamnèse:

- Kyste ovarien connu ou Atcd de torsion
- mouvement brusque, activité physique

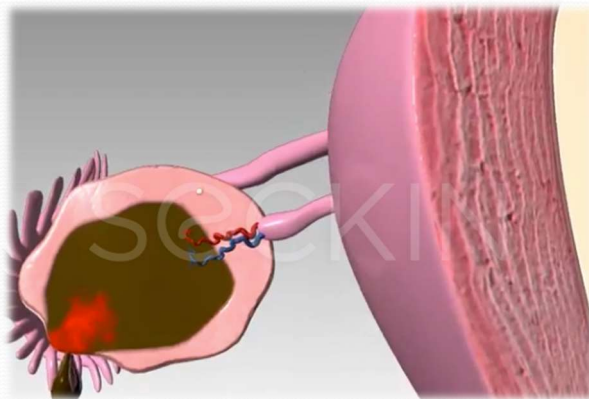


## Torsion annexielle

En cas de suspicion, adresser la patiente rapidement aux urgences de la maternité pour US et prise en charge chirurgicale

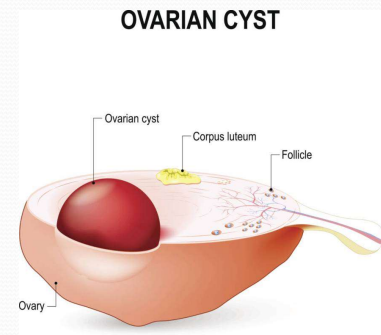


## Kyste hémorragique



## Kyste hémorragique

- Période reproductive
- Généralement asymptomatique lors de chaque ovulation : rupture physiologique des petits kystes folliculaires
- Légère douleur de milieu de cycle (Mittelschmerz)
- Risque augmenté en cas d'induction de l'ovulation
- Risque diminué en cas de prise de pillule



## Kyste hémorragique

### Clinique:

- Asymptomatique ou douleur brutale unilatérale du pelvis
- Souvent suite à activité physique intense ou rapport sexuels
- Douleur à l'épaule en cas d'hémorragie massive
- Instabilité hémodynamique

### Anamnèse:

- DDR
- Atcd de kyste hémorragique
- CAVE : patiente connue pour diathèse hémorragique ou sous anticoagulation



## Kyste hémorragique

En cas de suspicion, adresser la patiente rapidement aux urgences de la maternité pour US et prise en charge

- Rupture de kyste non compliquée: Analgésie et suivi ambulatoire
- Rupture de kyste hémorragique:
  - Patiente stable: hospitalisation avec suivi clinique et biologique
  - Patiente instable: prise en charge chirurgicale



## Fausse couche hémorragique



## Fausse couche hémorragique

Présentation clinique:

- Douleur centro-pelvienne -> Saignements
- TG positif

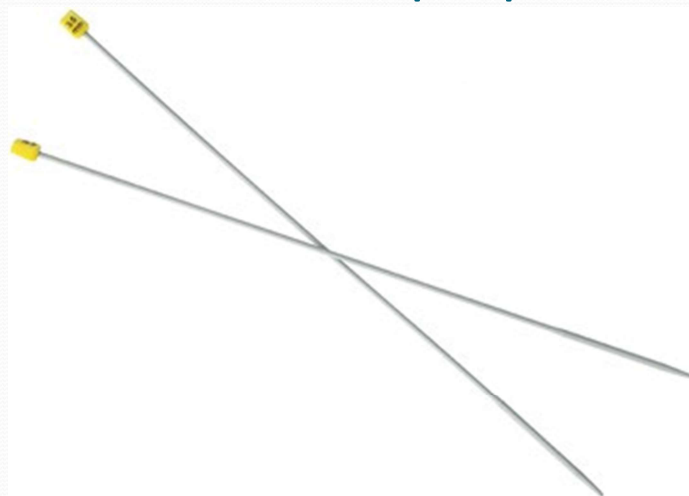
Bilan sanguin:

- Groupe sanguin
- Hb, HT
- Crase
- Sérologies HIV, Hépatite B, Hépatite C

Traitement :

- Chirurgical: Aspiration évacuatrice

## Abortus septique





## Abortus septique

Facteur de risque:

- Avortement induit mécanique

Présentation clinique:

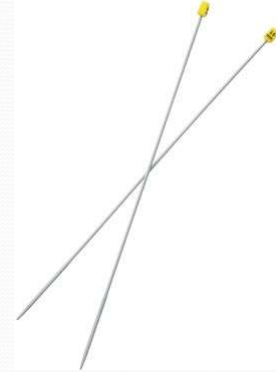
- Douleur centro-pelvienne -> Saignement purulent
- Fièvre
- Instabilité hémodynamique, état septique
- TG positif

Examen complémentaire:

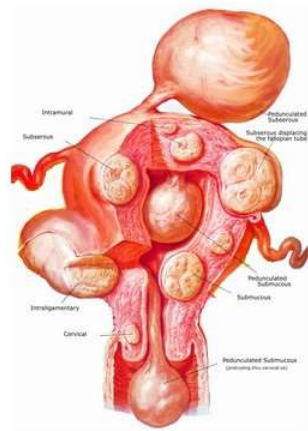
- Bactériologie
- Groupe sanguin, Hb, Htc, Crase
- Sérologies HIV, Hépatite B, Hépatite C

Traitement :

- Antibiothérapie à large spectre
- Chirurgical: Aspiration évacuatrice

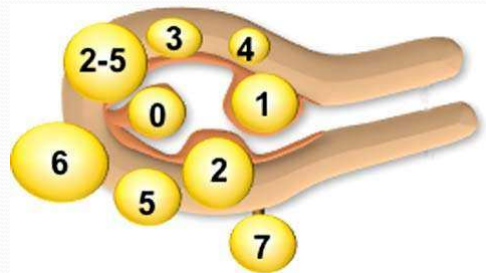


## Nécrobiose de myome



## Nécrobiose de myome

- Clinique:
  - Douleur pelvienne
  - Palpation abdominal (volumineux utérus irrégulier)
  - Fièvre modéré
  - Syndrome inflammatoire
- Diagnostic:
  - US
  - IRM
- Traitement:
  - AINS



## Toxic Shock Syndrome



## Toxic Shock Syndrome



- Pathogénèse

S. Auréus > Toxin-1 (Superantigen) > Activation T cells > production massive de cytokines (IL1, IL2, TNF, INF-gamma,...)

- Clinique:

- Jeunes femmes caucasiennes
- 2-3 jours après le début des règles, port de tampons (absorbant)
- **Fièvre, Hypotension et manifestations cutanées** (rash, desquamation)
- Frisson, Malaise, Céphalées, Myalgie, Fatigue, Arthralgies, Vomissements, Diarrhées, Douleur abdominales, malaises orthostatique...
- Défaillance multiorganique

## Toxic Shock Syndrome

- Examens complémentaires

- FSC
- Crase
- Fonction rénale, hépatique,...
- Bactériologie

- Traitement

- Recherche et ablation de corps étranger vaginal
- Soins intensifs
- Antibiothérapie (Clindamycine/Vancomycine)

- Pronostic :

- Fatal: 1,8%

- Prévention: ...



## Traiter ou Adresser en polyclinique de gynécologie!

- Grossesse jeune asymptomatique
- Saignements utérins anormaux: AUB
  - TG négatif
  - Non hémorragique
- Infection urinaire basse
- Vulvo-vaginite mycosique
- Vaginose bactérienne
- Hyperhémèse gravidique

## TG positif chez patiente asymptomatique

- Éviter US avant 49 jours d'aménorrhée (Surdiagnostic de grossesse de localisation indéterminée)

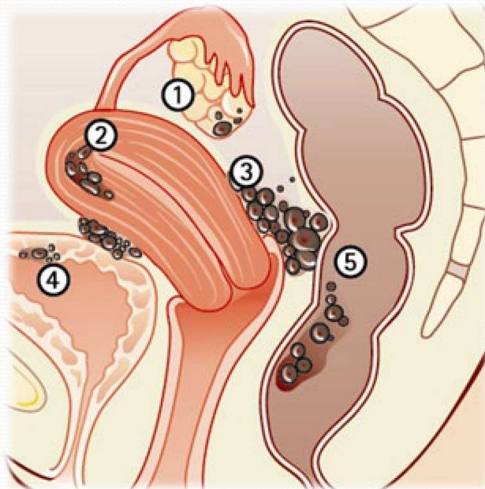


## Saignement utérin anormal : TG nég

- Myome
- Polype, Hyperplasie
- Adénomyose
- Néoplasie utérine ou ovarienne
- Fonctionnel (cycles anovulatoires)
- Atrophie
- Pathologie cervicale
- Endométrite
- Médicaments : anticoagulants, contraceptifs oraux, traitements hormonaux substitutifs
- Rétention de matériel trophoblastique post-partum ou post curetage
- Traumatisme (corps étranger, abus sexuel)
- Maladie systémique : Von Willebrand, hypothyroïdie, thrombocytopénie, leucémie
- Saignement extra-génital : hémorroïde, Crohn, RCUH, urétrite



## Endométriose



## Endométriose

- Présence de glandes et de stroma ressemblant aux glandes endométriales localisés en dehors de la cavité utérine.
- Localisations souvent multiples (le plus fréquemment pelviennes)
- Age du diagnostic : 25 à 30 ans
- Après une durée de 1 à 10 ans de dysménorrhée.

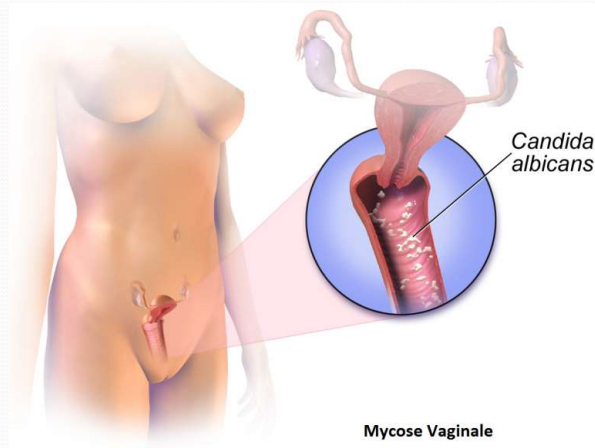


## Endométriose :

- Symptomatologie
  - Dysménorrhée handicapante
  - Dyspareunie profonde
  - Dyschésie, Constipation, Diarrhée, rectorragie
  - Hématurie, Douleur mictionnelle
  - Fonction de la localisation de la maladie
- Imagerie:
  - US, IRM
- Diagnostic:
  - Histologique
- Traitement
  - Médicamenteux: AINS, Oestro-progestatif, Progestatif
  - Chirurgical



## Vulvo-vaginite mycosique



## Vulvo-vaginite mycosique

- Symptômes :
  - prurit vulvo-vaginal, brûlures au méat urinaire, dyspareunie.
  - Exacerbation dans la semaine précédent les règles.
- Facteur de risque :
  - antibiothérapie, corticothérapie, immunosuppression, diabète, œstrogènes, macération périnéo-vulvaire, corps étranger intra-vaginal, susceptibilité génétique et facteurs comportementaux: rapport sexuel
- Traitement :
  - Azole topique (GynoCanesten) ou oral (fluconazole 150mg)

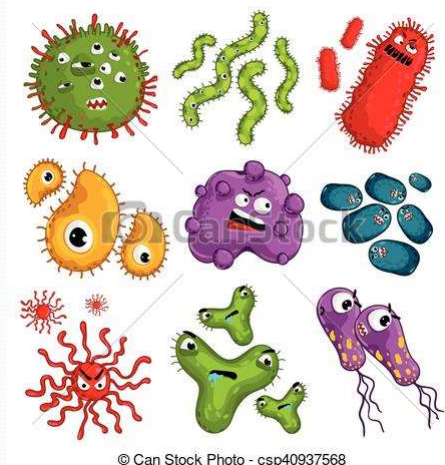


## Vulvo-vaginite mycosique

- Mesures générales :
  - Pas de rapports sexuels tant que persistent les symptômes.
  - Toilette vulvo-périnéale simple (éviter savon acide), d'avant en arrière.
  - Douches, pas de bains.
  - Eviter piscines.
  - Utiliser des sous vêtements en coton plutôt qu'en nylon.



## Vaginose bactérienne





## Vaginose bactérienne

- Symptômes:
  - Pertes vaginales abondantes, malodorantes (odeur de poisson)
- Facteurs de risque:
  - rapport sexuel, partenaire multiple ou nouveau partenaire, tabac, douche vaginale
- Traitement :
  - Métronidazole per os 500 mg 2x/jour pendant 7 jours  
Effets secondaires : goût métallique, nausées, effet Antabuse.
  - Métronidazole gel 0.75% : 5g 1x/jour pendant 5 jours
  - Clindamycine crème 2% : 5g 1x/j pendant 7 jours

## Infection urinaire basse



## Infection urinaire basse *simple*

- Clinique
  - Douleurs mictionnelles, pollakiurie, urgence mictionnelle, douleur sus-pubienne, *hématurie*
  - *Absence de fièvre/frissons, douleur lombaire*
  - *Absence de symptômes vaginaux (prurit et pertes)*
  - *Absence de grossesse*
- Examen complémentaire
  - Aucun, (éventuellement TG)
- Traitement:
  - Furadantine 100mg 2X/j pdt 5j ou Fosfomycine 3g DU
- Prévention:
  - Règles hygiéno-diététiques
- Suivi:
  - Investigation si pas d'amélioration en 48-72h

## Hyperhémèse gravidique

Même si tu ne peux pas boire d'alcool, tu as quand même la gueule de bois tous les matins !



UNE CITATION  
Neuf Mois

## Hyperhémèse gravidique

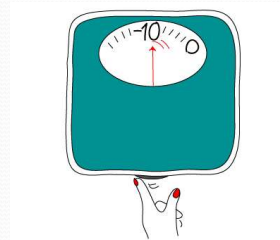
- Vomissements du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse
- Conséquences :
  - déshydratation
  - troubles électrolytiques
  - perte pondérale
- L'hyperhémèse peut remplacer l'hyperémèse chez certaines femmes en début de grossesse

## Hyperhémèse gravidique

- Facteurs de risque :
  - non-caucasienne, jeune âge, nullipares
  - grossesse multiple, grossesse molaire, syndrome de Down, fœtus de sexe féminin
  - Antécédents personnels ou familiaux d'HG, Asthme, hyperthyroïdie, diabète et stress psychologique
- Diagnostic différentiel :
  - Maladies gastro-intestinales
  - Maladies urogénitales
  - Maladies métaboliques
  - Maladies neurologiques
  - Autres : intoxication alimentaire ou autres

## Hyperhémèse gravidique

- Anamnèse
- Examen clinique
- Stix
- Laboratoire



## Hyperhémèse gravidique: Prise en charge

- Cas légers (ambulatoire) :
  - Conseils alimentaires et changements de style de vie
  - Itinérol®B6 en suppositoires 2x/jour
  - Ev. Extrait de gingembre
  - Ev. Thérapies alternatives (hypnose)
- Cas sévères (hospitalisation):
  - Critères d'hospitalisation :  
échec de traitement ambulatoire, impossibilité de s'alimenter,  
de poids > 5% ; perturbation des électrolytes, cétonurie >+2
  - Ad Urgences gynéco



pertes

## Take Home Message !

### Quand adresser la patiente aux urgences de gynécologie?

- TG positif (grossesse jamais visualisée) +/- douleur abdominale +/- saignement
- Douleur pelvienne et notion de kyste ovarien
- Douleur pelvienne + syndrome inflammatoire (pathologie digestive exclue)
- Fausse couche hémorragique
- Métrorragies anémiantes
- Absès vulvaire
- Hyperhémèse gravidique résistant au traitement ou cas sévères



## Quand adresser la patiente en polyclinique de gynécologie?

- Après échec de traitement anti-mycotique
- Infections urinaires ne répondant pas au traitement
- Métrorragies non-anémiantes
- Dysménorrhée
- Irrégularité menstruelle
- Endométriose

Merci pour votre attention!