

LES URGENCES GYNÉCOLOGIQUES : DU SYMPTÔME AU DIAGNOSTIC

Dr. Ch. GERARD

Service de Gynécologie

C.H.U. Brugmann - 2014

INTRODUCTION

- Leucorrhées
- Hémorragies
- Algies pelviennes
- PID
- Agression sexuelle: nécessite un séminaire à lui seul, protocoles bien établis
- La contraception d'urgence

HEMORRAGIE CHEZ LA FEMME JEUNE

- Interrogatoire
 - Règles ? Cycle régulier ?
 - Rapport sexuel ? Contraceptif ?

- examens complémentaires:
 - Laboratoire: hémato – coagulation – CRP – HCG – oestradiol – progestérone,
 - Echographie – CT scanner +/- RMN

HEMORRAGIE CHEZ LA FEMME JEUNE

- Causes :
 - Principales fonctionnelles :
 - Faible maturation axe hypothalamo – hypophyso - ovarien
 - Autres organiques
 - grossesse interrompue avec rétention placentaire
 - col ouvert des placentas vagin échographies hCG
 - origine iatrogène → traitements ?
 - tumeur vaginale (peu fréquente) : toucher rectal
 - trouble de l'hémostase : Von Willebrandt
 - infection - corps étranger vagin

HÉMORRAGIE PÉRIODE ACTIVITÉ GÉNITALE

- grossesse extra-utérine
 - ne pas manquer diagnostic risque vital encouru: couple clinique ET hcg – écho
 - Triade: retard règles – douleurs – pertes brunes
 - TV: « cri » du Douglas
- Infection:
 - Cervicite
 - Endométrite: post-partum ou post abortum
 - salpingite
- Polypes: accouché par le col bien visible, intra-utérin (US ?)
- Autres: hyperplasie endomètre, fibrome, cancer: col, endomètre, ovaire

HÉMORRAGIE PRÉMÉNOPAUSE ET MÉNOPAUSE

- **Préménopause:** +sieurs cycles anovulatoires → hyper-oestrogène → hyperplasie endomètre → ovulation → progestérone → hémorragie
- **Ménopause:**
 - **CANCER:** endomètre, col, ovaires
 - atrophies
 - latrogène

Conclusion:

une femme ne saigne pas sans raison

toujours faire un diagnostic précis avant d'appliquer un traitement

importance de l'hémorragie peut imposer thérapeutique d'urgence si nécessaire

ALGIES PELVIENNES

- Problème complexe et vaste, 2 questions:
 - douleur reliée infection ?
 - traitement chirurgical indiqué ?
- Interrogatoire
 - Laisser parler puis diriger - climat de confiance
 - Âge - antécédents : douleur petit bassin → presque toutes les spécialités !
 - 1^{ère} règles - cycles - infection
 - Obstétricaux: IVG - accouchement complexes
 - Chirurgicaux: récents - appendice - ovaies
 - Généraux: rhumatologie - urinaire - intestinaux
 - Vie sexuelle: rapport - contraception
 - caractère de la douleur: règles (pré ou post menstruel, dysménorrhée) - génitale - affectif
variation douleur (repos, intermittente continue)

ALGIES PELVIENNES

- Examens physiques
 - Général
 - Gynécologiques
 - Vulve: atrophie – dermatose - lésion grattages - hymen
 - Périnée: déchirure - prolapsus
 - Anus: hémorroïde
 - Bartholin: nodule - pus
 - Speculum: pertes !!! Col - Inflammation
 - TV: col - mobilité corps utérin - volume - douleurs à la palpations cul-de-sac latéraux et annexes - cul-de-sac de Douglas → localiser la douleur
 - TR: utile chez vierge

ALGIES PELVIENNES

- Examens complémentaires
 - bilan labo complet + hCG !!
 - Échographie CT scanner
 - avis autre spécialité
- Etiologies non périodiques:
 - Extra-génitales: syndrome myofascial – urinaires – digestives
 - Génitales:
 - Infections: endométrite – PID
 - Grossesse extra utérine
 - Dysménorrhée
 - Kyste ovaire: fonctionnel – endométriose – post rupture OU torsion !!!
 - Fibrome – cancer (rare)
 - Dyspareunies: infection – vaginisme – atrophie – épisiotomie

Pelvic Inflammatory Disease: most frequent cause of tubal damage:

- Specific tube pathology: 25% to 35% case sterility
- PID: most frequent cause:
 - **Annually treatment UK:**
 - 1,7% of all woman aged 16
 - 8% of all woman aged 45.
 - **Risk tubal infertility reported:**
 - 12% after 1 episode,
 - 23% after 2 episodes
 - 54% after 3 episodes
 - **US and EEC**
 - up to 18% of women may become infertile after being symptomatic for PID from any cause
 - **Post-infectious tubal damage includes**
 - proximal and distal tubal occlusion
 - periadnexal adhesions
 - **PID in 2013: facing to major issues for public health**

LEUCORRHÉE

- **Définition:** pertes non sanglante < endocol – col - vagin
 - **Trois questions :**
 - origine infectieuse ?
 - quels agents infectieux ?
 - facteur de contamination ?
 - **Sécrétions physiologiques :**
 - vagin acide via dodderlein
 - leucorrhée laiteuse, peu abondante +/- glaire cervicale (ovulation)
-

LEUCORRHÉE: INFECTION GÉNITALE

- **Appareil génital bas:** vulve - vagin - endocol → rapport peau et anus.
 - Non stérile: flore intestinale – cutanée – Doderlein – cocci varie avec conditions locales, rapport, oestrogènes ...
 - Défense vagin : glycogène → acide lactique.
- **Appareil génital haut:** cavité utérine - trompes - ovaires.
 - Stérile.
 - Pas défenses spécifiques,
- **Séparation :** endocol glaire cervicale facteur de défense.

LEUCORRHÉE: INFECTION GÉNITALE

- **Facteurs de contamination**

- Partenaire sexuel: tréponème - gonocoques - trichomonas
- Médecins:
 - acte thérapeutique: électrocoagulation – traitement hormonale, antibiotique, corticoïdes...
 - post-partum et post-abortum: mauvaise stérilité
 - manoeuvres utérine: hystéroG, stérilet, biopsies, curetages ...
- Malades: malformation, cancer, tumeur bénigne, ménopause → muqueuse atrophiée, diabète, carence estrogènes

- **Interrogatoire:**

- début du trouble ? Type écoulement: abondant, aspect, odeurs ? Survenue: rapport, médicament, exploration gynéco ?
 - signe associé: brûlures, douleur, cystites ?
-

LEUCORRHÉE: INFECTION GÉNITALE

- Examen appareil génital bas : 3 étages !!!
 - Inspection vulvo-périnéale: rougeur, œdème, lésion grattage, pus
 - Vagin: type écoulement, couleur muqueuse, corps étranger
 - Col: écoulement louche, saigne contact
 - TV: douleurs utérus (endométrite) ou annexes,
- Prélèvements: bactériologique examen extemporané.
- Diagnostic:
 - Trichomonas (20% cas)
 - Mycose
 - Gonocoque – chlamydia
 - Germe banal

HYPERSTIMULATION OVARIENNE

- Fécondation in vitro
 - Stimulation des follicules ovariens par injection de FSH
- Hyperstimulation:
 - Augmentation taille ovaires
 - Épanchements liquide séreuses: péritoine – plèvre – péricarde
 - Hémococoncentration – hypovolémie – troubles coagulation
 - 3 types: mineure - modérée – sévère: ascite, insuffisances respiratoire, rénale...
- Bilan: US gynéco ET abdo, labo coag et électrolytes
- Traitement:
 - Mineure – modérée: repos, glace ventre, anti-douleur
 - Sévère: selon pathologie: albumine IV, ponction ascite ...

CONCLUSION

- Urgence en gynécologie:
 - Importante fréquentation garde
 - Faire part des choses:
 - la plupart des pathologies bénignes
 - Symptômes banaux → cacher pathologies critiques
 - Trois urgences véritables: PID – GEU – TORSION KYSTE