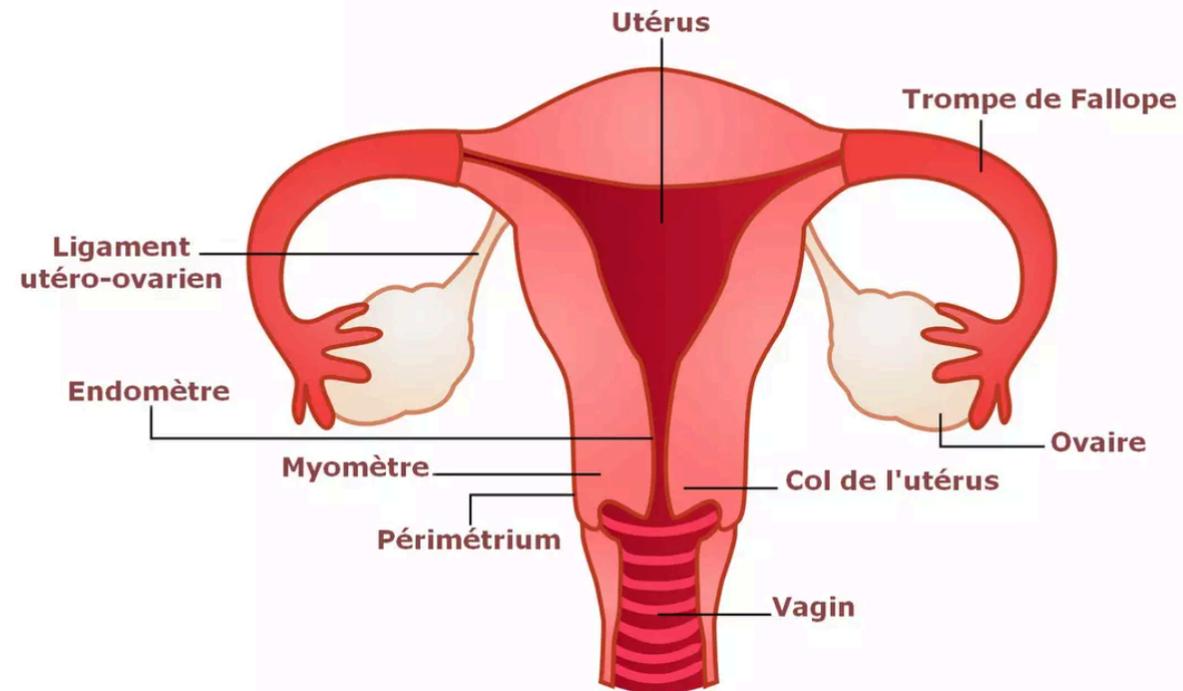




Les urgences gynécologiques en pratico-pratique

Mathilde Jacquier & Julie Laurence

17 décembre 2020



Nb : les posologies et protocoles présentés dans ce topo sont à titre indicatif et ne doivent pas se substituer à ceux du service où vous exercer

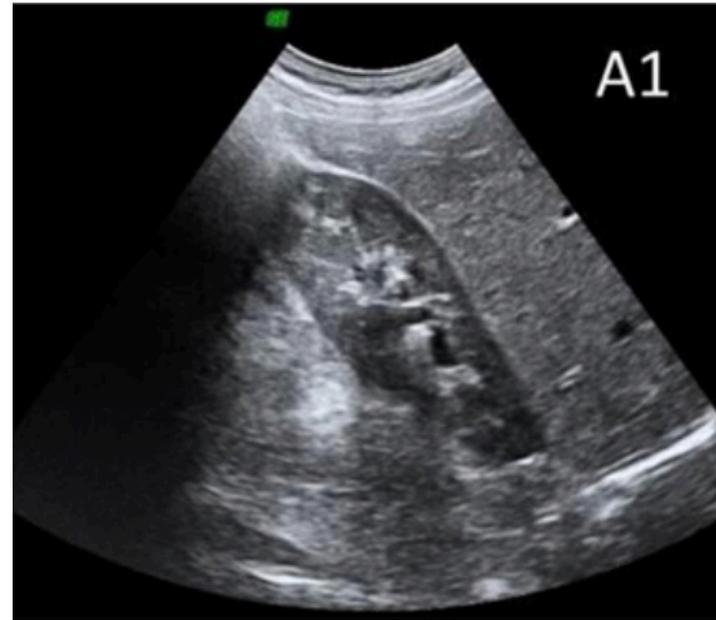
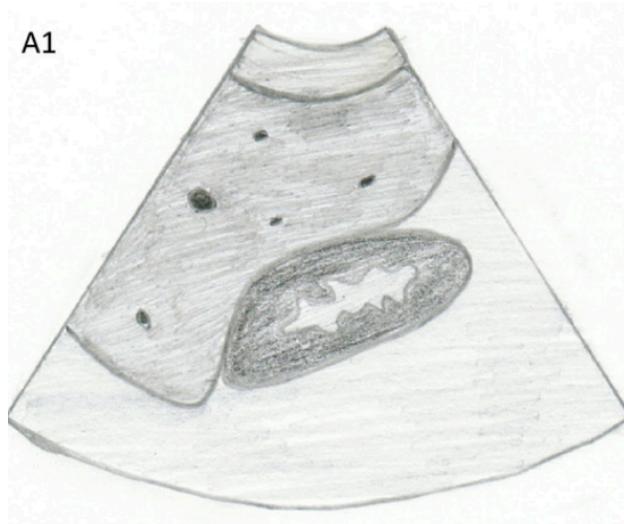
L'échographie aux urgences gynécologiques

4 coupes obligatoires

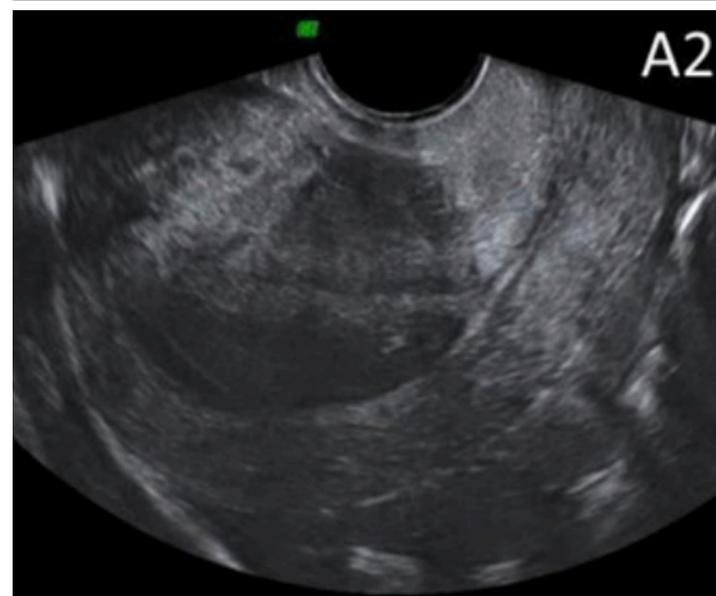
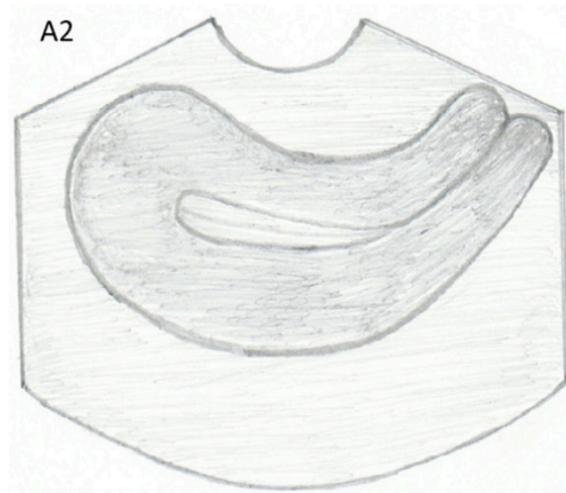
| Description | Voie | Critères de qualité/repères anatomiques | Permet de rechercher |
|-----------------------------|-----------------------|---|--|
| Espace de Morison | Sonde abdominale | <ul style="list-style-type: none">- Foie et rein droit visibles- Deux extrémités du rein visible | Hémopéritoine massif (>500mL) |
| Coupe sagittale de l'utérus | - Sonde endo-vaginale | <ul style="list-style-type: none">- Fond utérin visible- Ligne de vacuité visible | <ul style="list-style-type: none">- Une GIU- Un polype/myome- Un épanchement dans le cul de sac de douglas |
| Ovaire droit | Sonde endo-vaginale | - Repose sur la veine iliaque | - Kyste ovarien |
| Ovaire gauche | | | <ul style="list-style-type: none">- Annexes :- > Masse latéro-utérine- > Pyosalpinx |

L'échographie aux urgences gynécologiques

Espace de
Morison

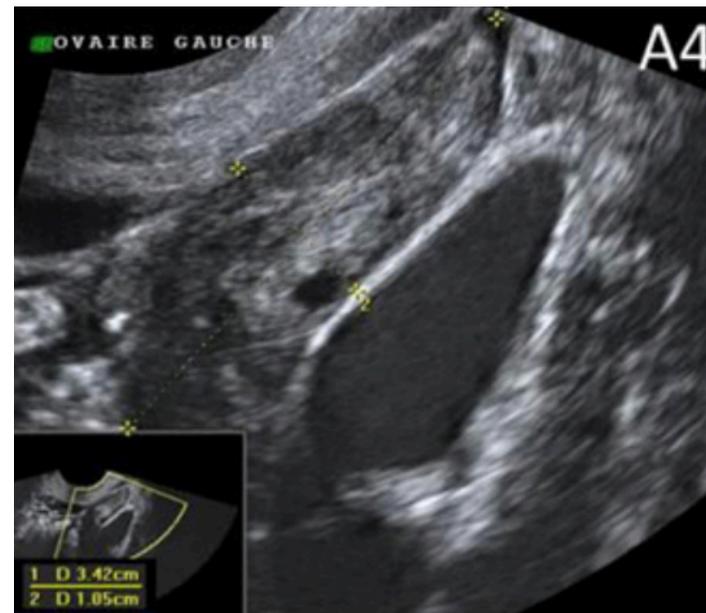
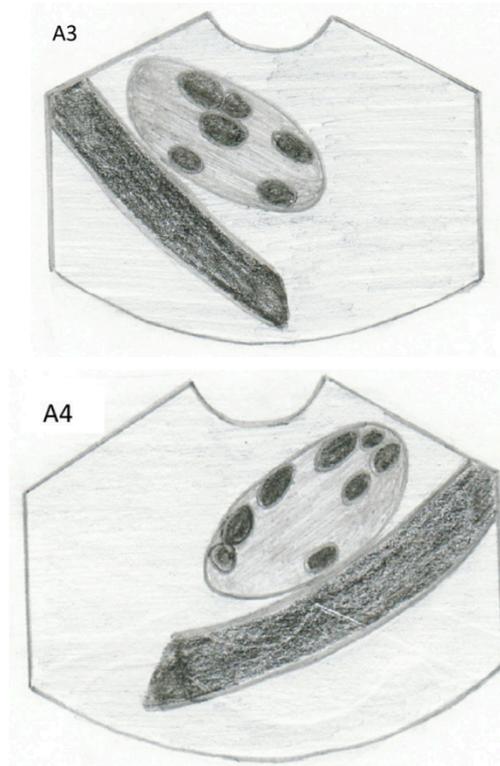


Coupe
sagittale de
l'utérus



L'échographie aux urgences gynécologiques

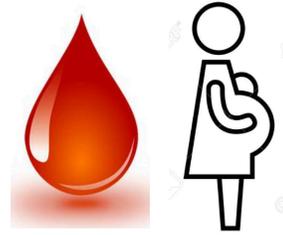
Ovaire droit et gauche



Les motifs de consultation les plus fréquents

- Métrorragies du 1^{er} trimestre
- Métrorragies hors grossesse
- Douleurs pelviennes
- Vomissements gravidiques
- En vrac ...

- Métrorragies du 1^{er} trimestre



- Métrorragies hors grossesse

- Douleurs pelviennes

- Vomissements gravidiques

- En vrac ...

Métrorragies du 1er trimestre

| | GEU | GLI/GIU | FCS |
|-----------------------|---|---|---|
| Clinique | | | |
| - Métrorragies | - Faible abondance, brunâtre | - +/- | - Abondantes |
| - Douleurs | - Localisée ou diffuse | - +/- | - Comme des règles |
| Bhcg |  |  |  |
| Echographie | - Vacuité utérine - Epanchement Morrison/Douglas - Masse latéro-utérine : rechercher - /! / »faux sac gestationnel » | - Cf algorithme | |

GEU : grossesse extra-utérine

GLI : Grossesse de localisation indéterminée

GIU : Grossesse intra-utérine

FCS : fausse couche spontanée précoce

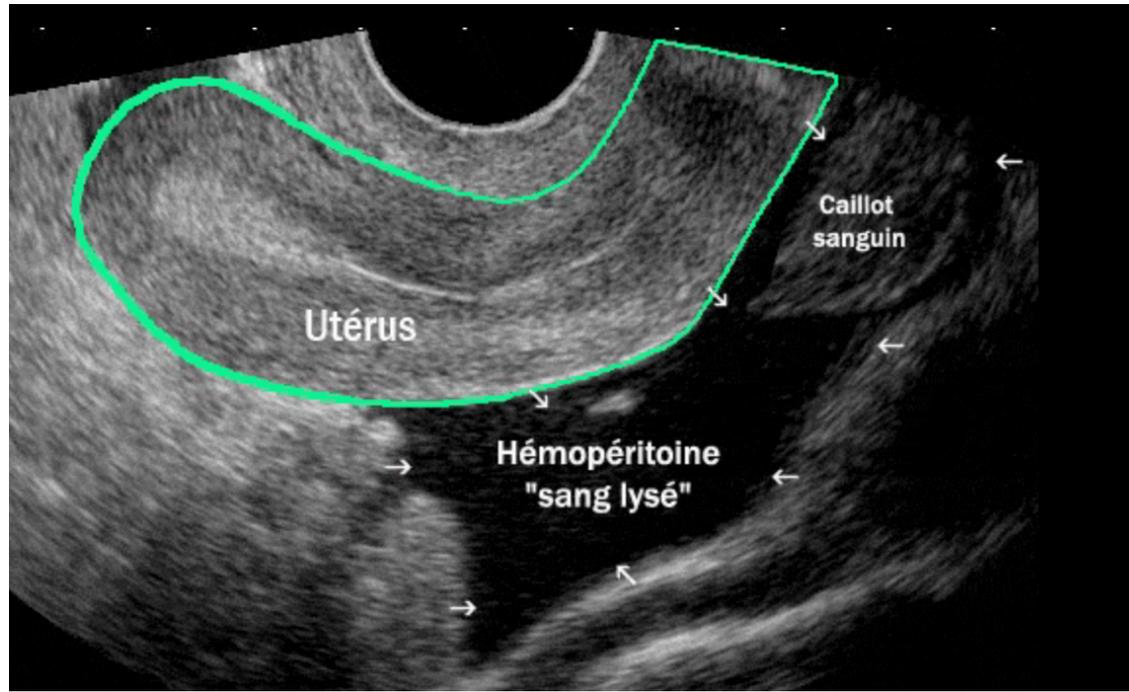
Métrorragies du 1er trimestre : GEU

Masse latéro-
utérine

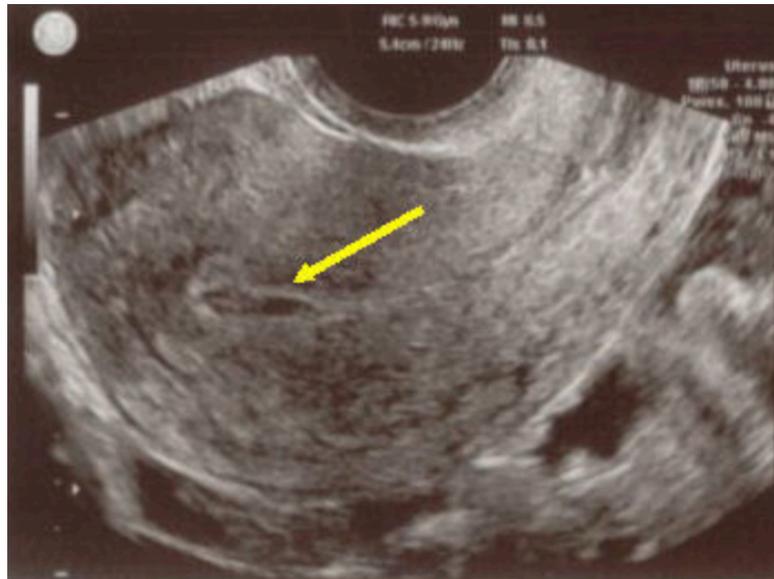


Métrorragies du 1er trimestre : GEU

Epanchement
du cul de sac
de Douglas



Attention au
pseudo-sac
gestationnel



Métrorragies du 1er trimestre : GEU

- Rompue ou pas rompue ?

- Instabilité hémodynamique
- Défense abdominale
- Epanchement dans l'espace de Morrison/Douglas

- Quel traitement ?

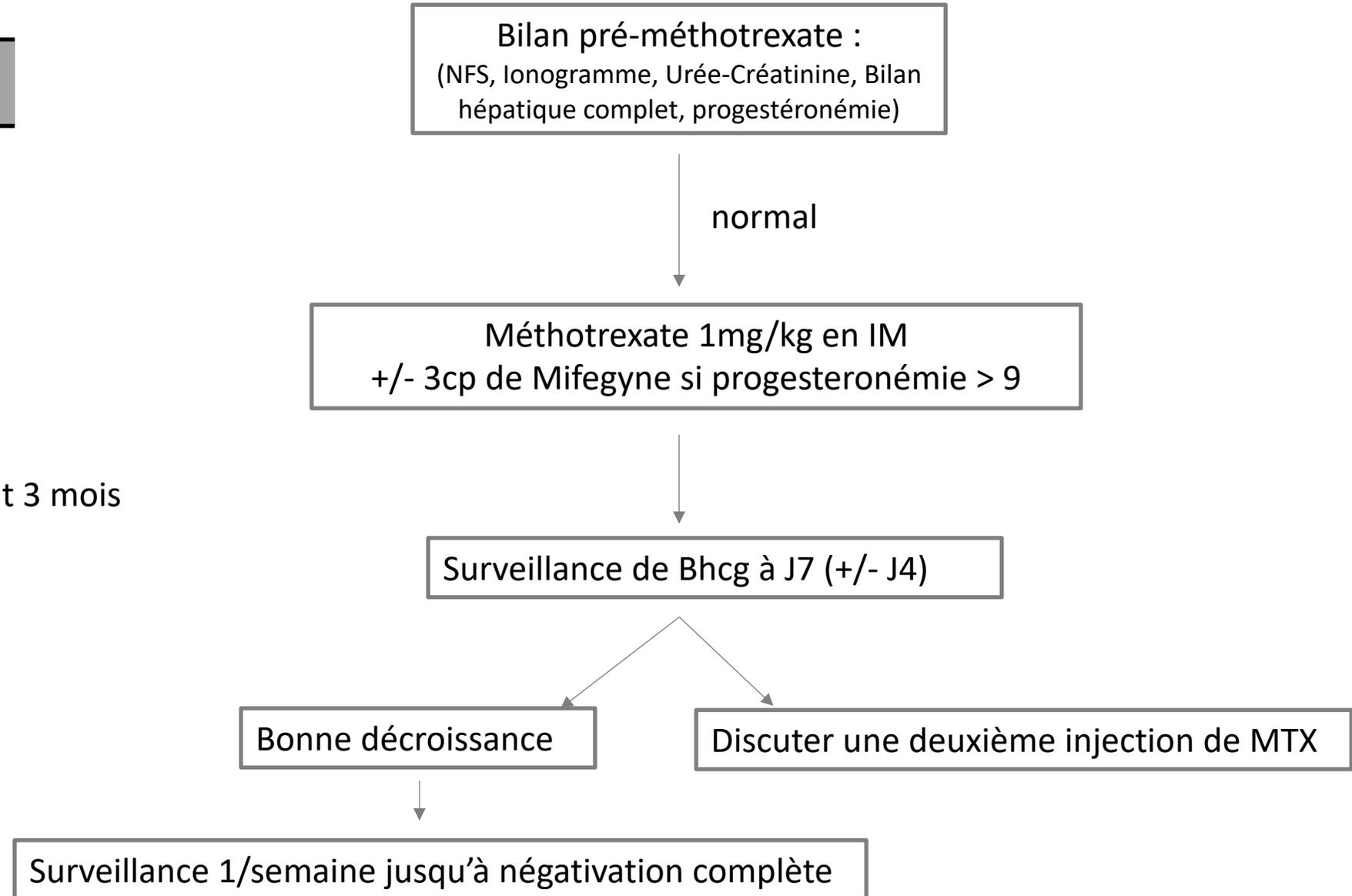
| TRAITEMENT MEDICAL | TRAITEMENT CHIRURGICAL |
|-------------------------|---|
| GEU non rompue | GEU rompue |
| Score de Fernandez < 13 | Score de Fernandez > 13 |
| | Difficulté de suivi après ttt médicamenteux |
| | Embryon avec AC+ |
| | CI au méthotrexate |

Score de Fernandez

| | 1 | 2 | 3 |
|-----------------------------------|----------|-----------|-----------|
| TERME (Jours d'aménorrhée) | > 49 j | = 49 j | <=42 j |
| H.C.G (MUI/mL) | 1000 | 5000 | > 5000 |
| Progesterone (µg/mL) | 5 | 10 | > 10 |
| Douleur | 0 | Provoquée | Spontanée |
| Hématosalpynx (cm) | 1 | 3 | > 3 |
| Hémopéritoine (mL) | 10 | 100 | >100 |

TRAITEMENT MEDICAL

+ contraception efficace pendant 3 mois
(risques malformatifs du MTX)



TRAITEMENT CHIRURGICAL

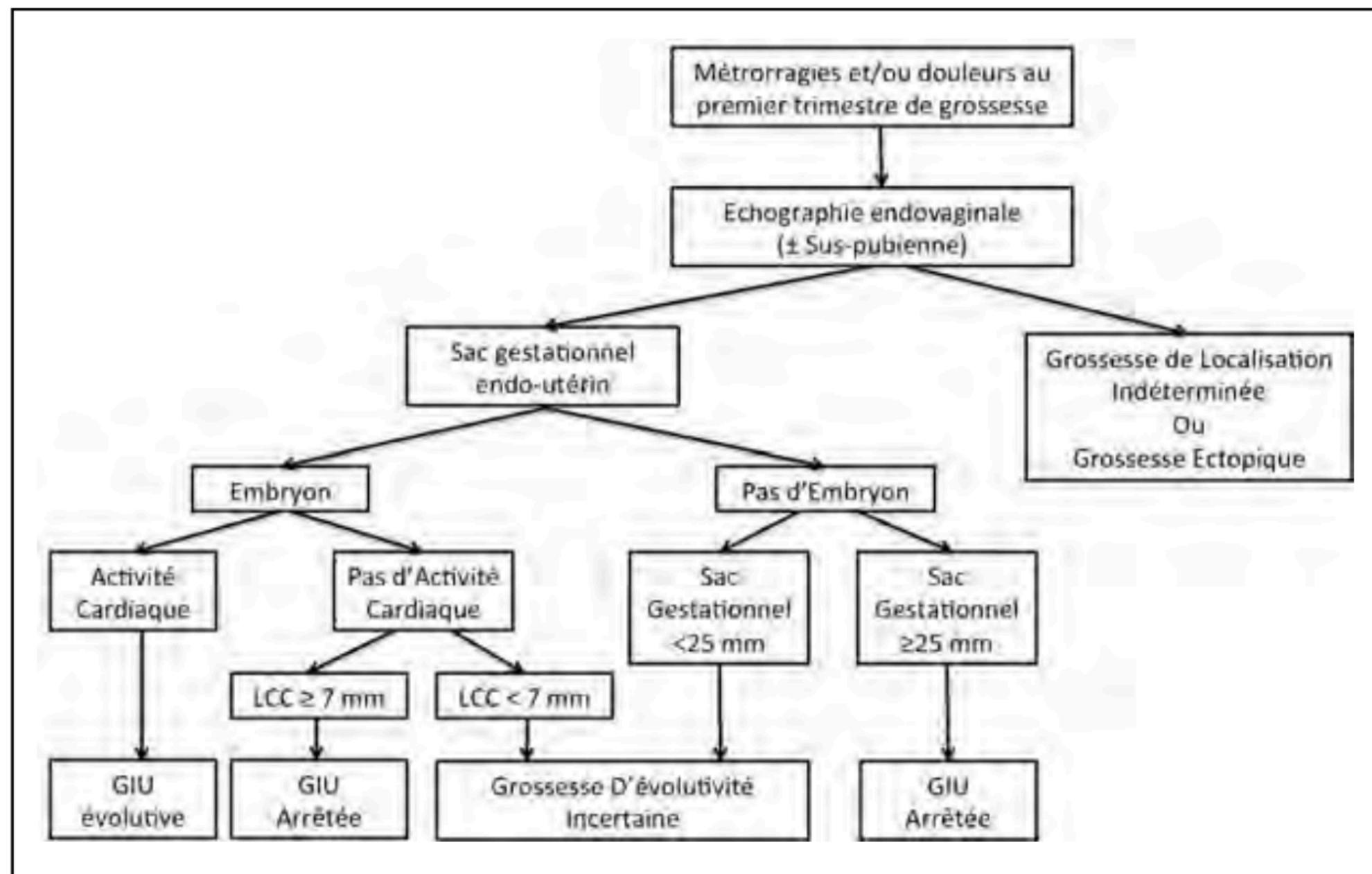


Cœlioscopie

- salpingotomie
- salpingectomie

15 jours d'arrêt de travail

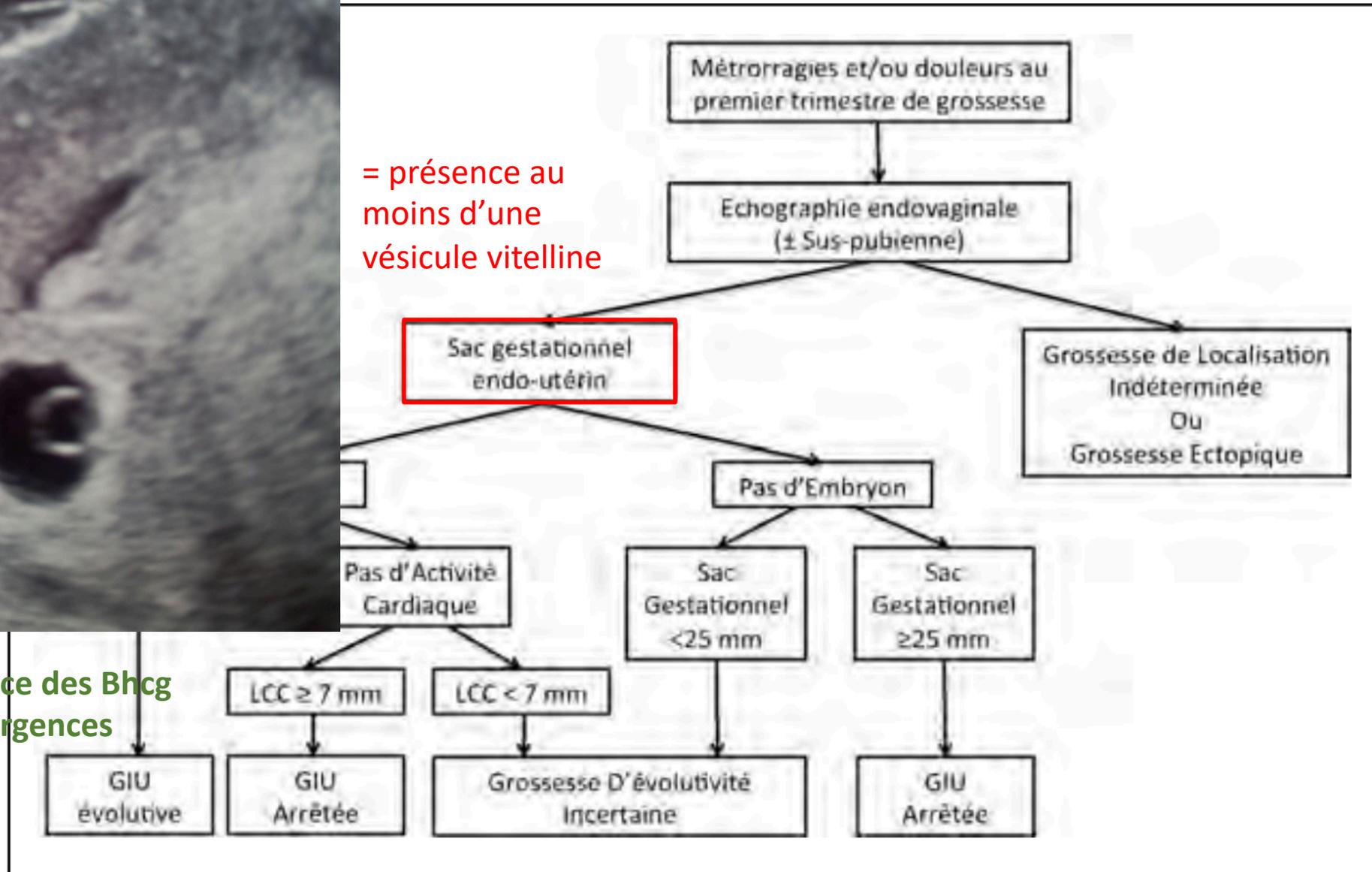
Métrorragies du 1er trimestre : GLI/GIU



Métrorragies du 1er trimestre : GLI/GIU

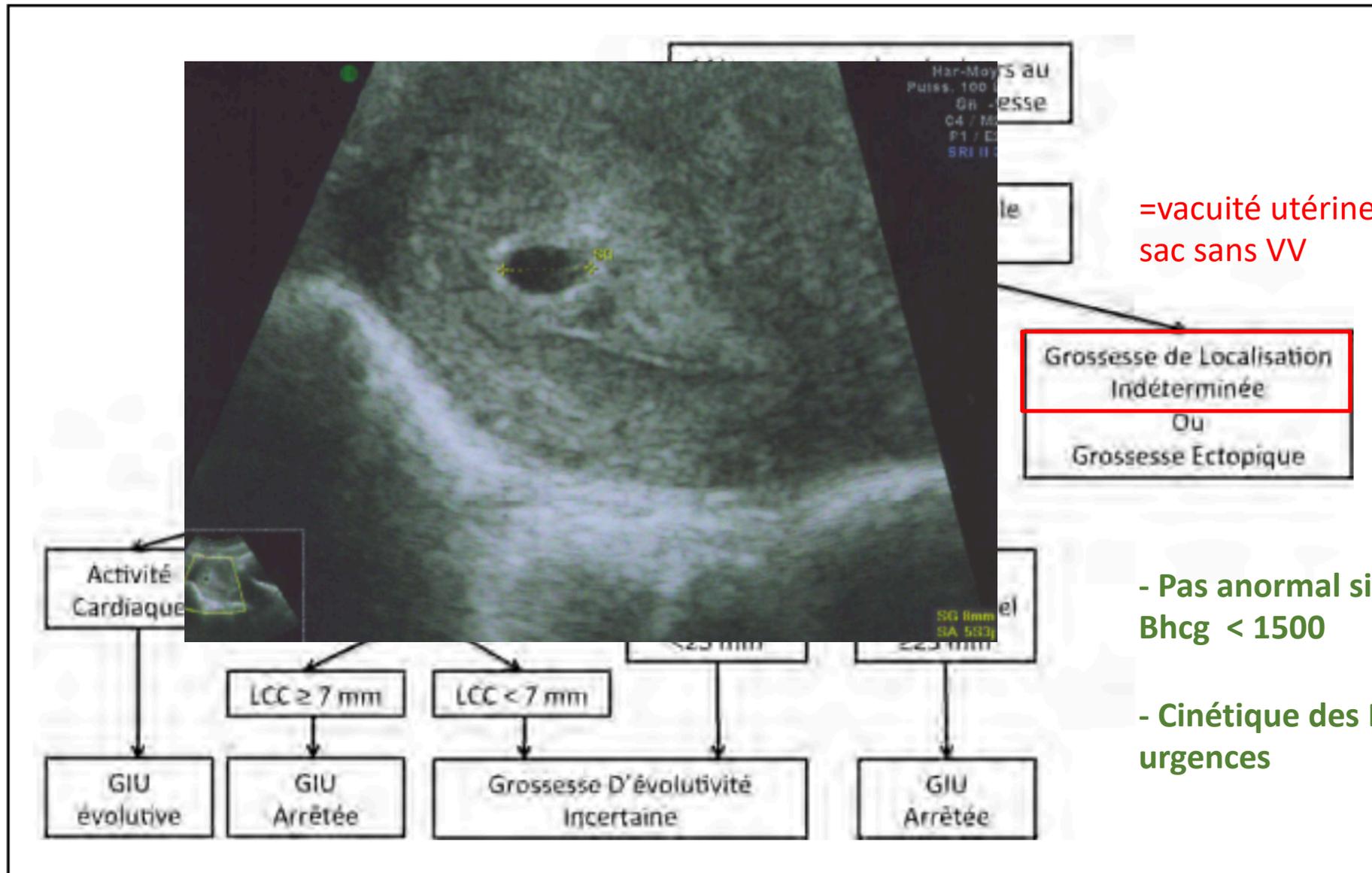


= présence au moins d'une vésicule vitelline



STOP surveillance des Bhcg
STOP PEC aux urgences

Métrorragies du 1er trimestre : GLI/GIU



Métrorragies du 1er trimestre : GLI/GIU



Métrorragies et/ou douleurs au premier trimestre de grossesse

ni endovaginale (s-pubienne)

Grossesse de Localisation Indéterminée Ou Grossesse Ectopique

embryon

Sac Gestationnel ≥ 25 mm

= œuf clair

GIU évolutive

GIU Arrêtée

Grossesse D'évolutivité Incertaine

GIU Arrêtée

Localiser la grossesse (GIU vs GEU) : bHCG + échographie

→ Enjeu des urgences

Evolutivité de la grossesse : échographie seule, aucun intérêt des bHCG

→ Échographie en ville (ne pas emboliser les urgences)

Métrorragies du 1er trimestre :

Grossesse arrêtée/œuf clair

S'assurer du diagnostic si adressée de l'extérieur

Traitement médical = Gymiso 4cp PO

+ antalgiques

+ AT

+ écho de contrôle à J15 en ville

+ infos sur les signes devant amener à reconsulter en urgence

Traitement chirurgical=

Aspiration endo-utérine

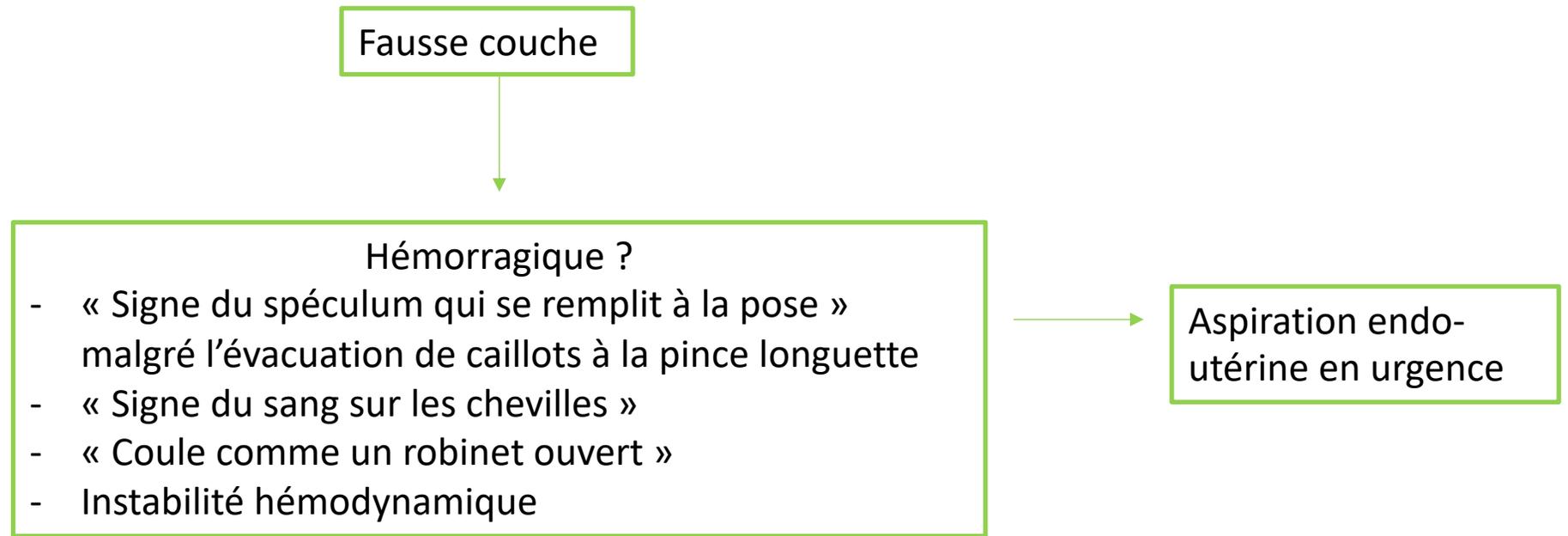
→ En l'absence de CI au ttt médical* = choix de la patiente après info bénéfiques/risques

| | Avantages | Inconvénients |
|------------------------|----------------------------|--|
| Traitement médical | Eviter la chirurgie | - Risque d'échec (2 ^{ième} cure ou chirurgie) - Risque de FCS hémorragique |
| Traitement chirurgical | - Rapidité - Efficacité | Risques liés à la chirurgie (anesthésie, perforation, infection, synéchies) |

→ En présence de CI au ttt médical* = ttt chirurgical à organiser

- Embryon LCC > 20mm ou SGIU > 50mm
- FCS hémorragique
- Suspicion de môle hydatiforme
- CI au misoprostol : asthme sévère, MICI, patiente isolée ...

Métrorragies du 1er trimestre :



Pour les FCS/grossesses arrêtées/Œuf clair :

- Déculpabiliser les patientes +++++ (rappeler la fréquence élevée : 20 à 25% des femmes)
- Rassurer sur la fertilité ultérieure
- Bilan de FCS à répétition après 3 épisodes
- Reprise des cycles 4 à 6 semaines après l'évacuation de l'utérus
- Si persistance du souhait de grossesse : nouvel essai possible dès que la vacuité utérine est obtenue
- Soutien psychologique à proposer

- Métrorragies du 1^{er} trimestre

- Métrorragies hors grossesse



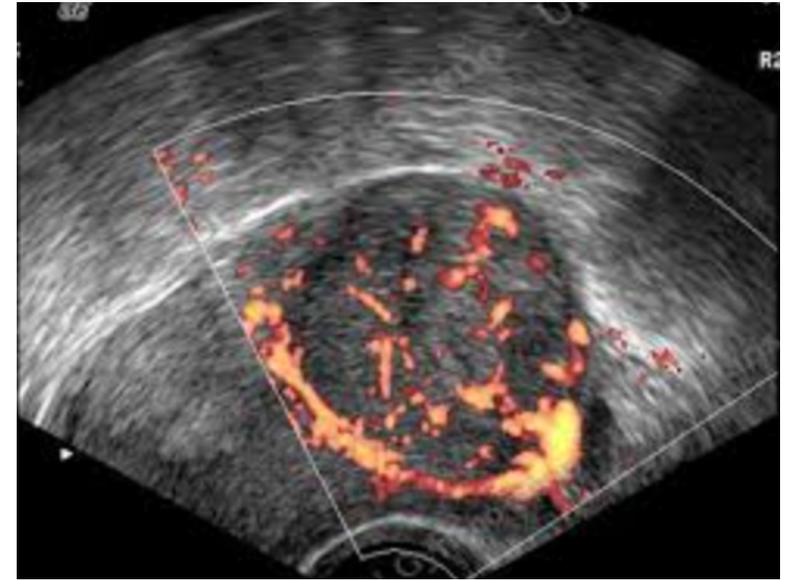
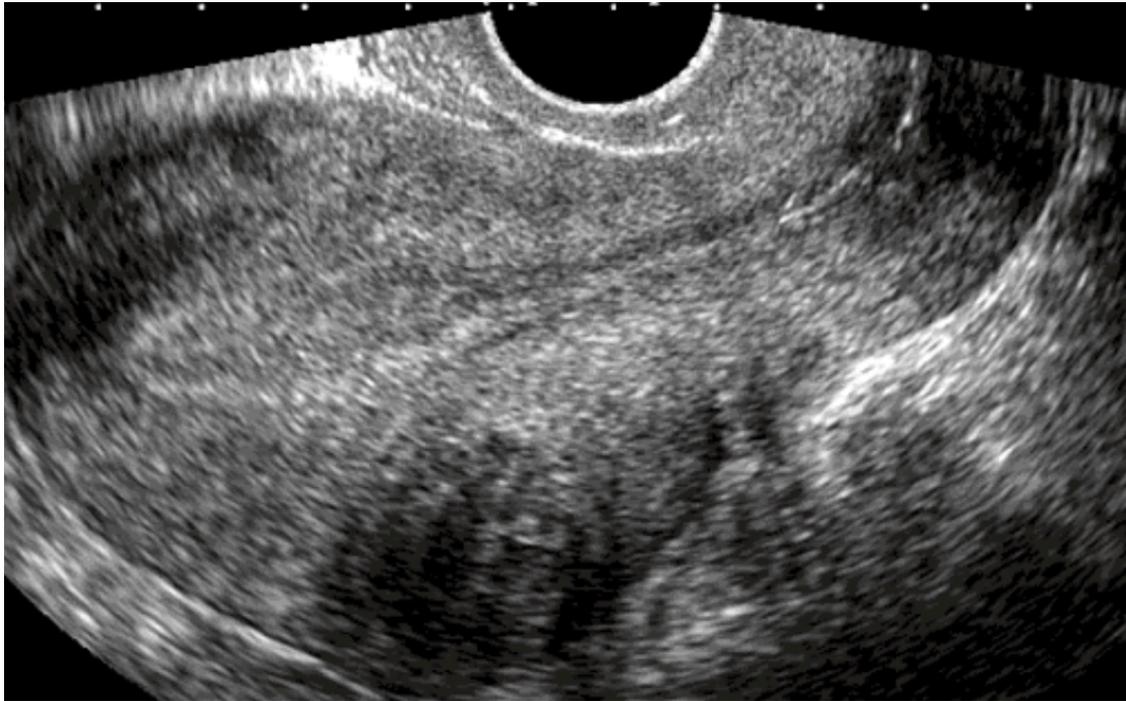
- Douleurs pelviennes

- Vomissements gravidiques

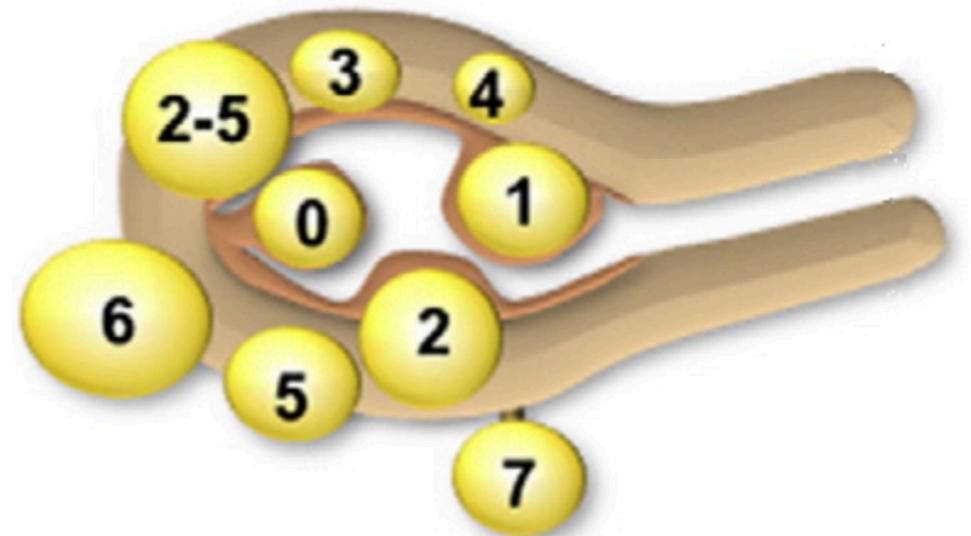
- En vrac ...

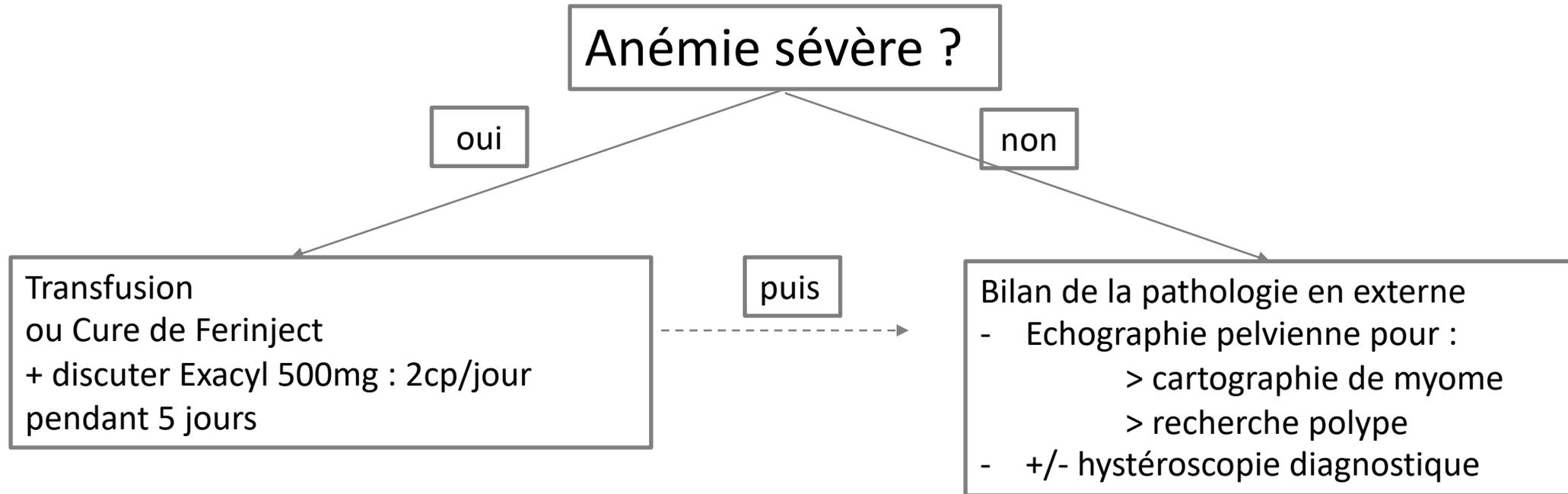
Métrorragies hors grossesse

Myomes



Polype





Penser à la pipelle de Cornier (biopsie d'endomètre) pour toutes métrorragies de la femme > 45ans

Les motifs de consultation les plus fréquents

- Métrorragies du 1^{er} trimestre
- Métrorragies hors grossesse
- Douleurs pelviennes
- Vomissements gravidiques
- En vrac ...



Fébriles

- Infections génitales hautes (IGH)

+ diagnostics différentiels

Non fébriles

- Torsion d'annexe
- Rupture de kyste hémorragique
- Nécrobiose de fibrome

+ diagnostics différentiels

= **salpingite**

= **endométrites** : infection de la muqueuse utérine +/- tissus trophoblastiques résiduels (endométrite du post-partum et du post-abortum)

= collections purulentes d'origine génitale :

- les **pyosalpinx** (collections purulentes intra-tubaire)
- les **abcès tubo-ovariens** (collection purulente entre les adhérences dans l'espace entre trompe et ovaire)
- les **abcès ovariens** (collections purulentes au sein de l'ovaire, dans un kyste le plus souvent).

Signes cliniques :

- Douleurs pelviennes aiguës
- Fièvre
- Métrorragies
- Leucorrhées inhabituelles
- Douleur à la mobilisation utérine au TV
- Contage ou contexte d'IST
- Contexte : post opératoire, post-abortum, post-partum, DIU, geste endo-utérin récent

Recherche FDR+++

- Activité sexuelle
- Age < 25ans
- ATCD IST
- Partenaire > 2
- Changement récent de partenaire
- IST chez le partenaire

Germes responsables :

- Chlamydia Trachomatis
- Neisseria gonorrhoeae
- Mycoplasma genitalium

Bilan biologique :

NFS, CRP

PV à la recherche de N. Gonorrhoeae et Chlamydia Trochamatis

- 1 écouvillon en vaginal
- 1 écouvillon en endocervical

Bilan IST (Sérologie VIH, VHC, VHB, TPHA-VDRL, Chlamydiae, Mycoplasme) systématique

Mise en culture d'un DIU (si IGH compliquée d'un abcès tubo-ovarien)

(-> en cas d'IGH non compliquée, il n'y a pas d'indication à retirer le DIU)

Echographie

A la recherche d'une IGH compliquée

- **Signes évocateurs d'un pyosalpinx :**

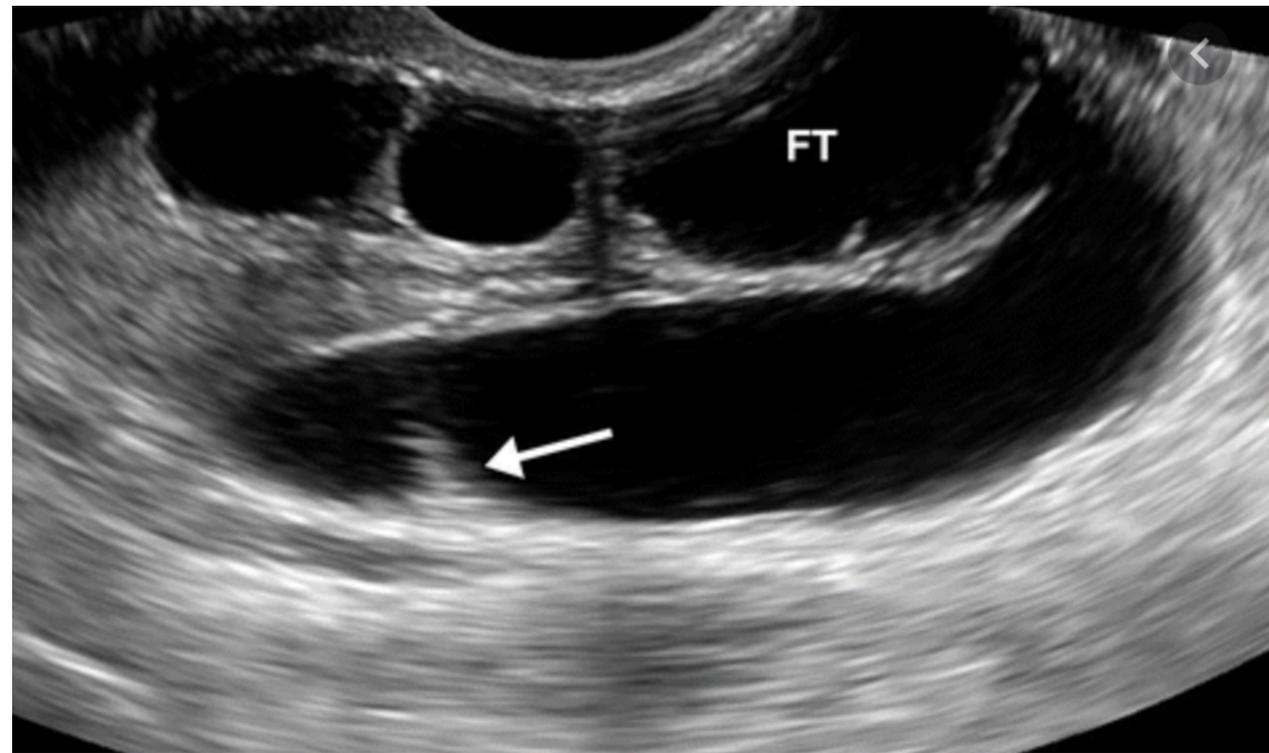
- o **Paroi de la trompe épaissie (> 5mm)**
- o **Cloisons incomplètes**
- o **"Cog-wheel sign" (aspect en roué dentée en coupe transversale)**
- o **Epanchement péritonéal de moyenne abondance**

- **Visualisation d'un abcès tubo-ovarien**

Une échographie normale n'élimine pas le diagnostic

+/- TDM si doute diagnostique

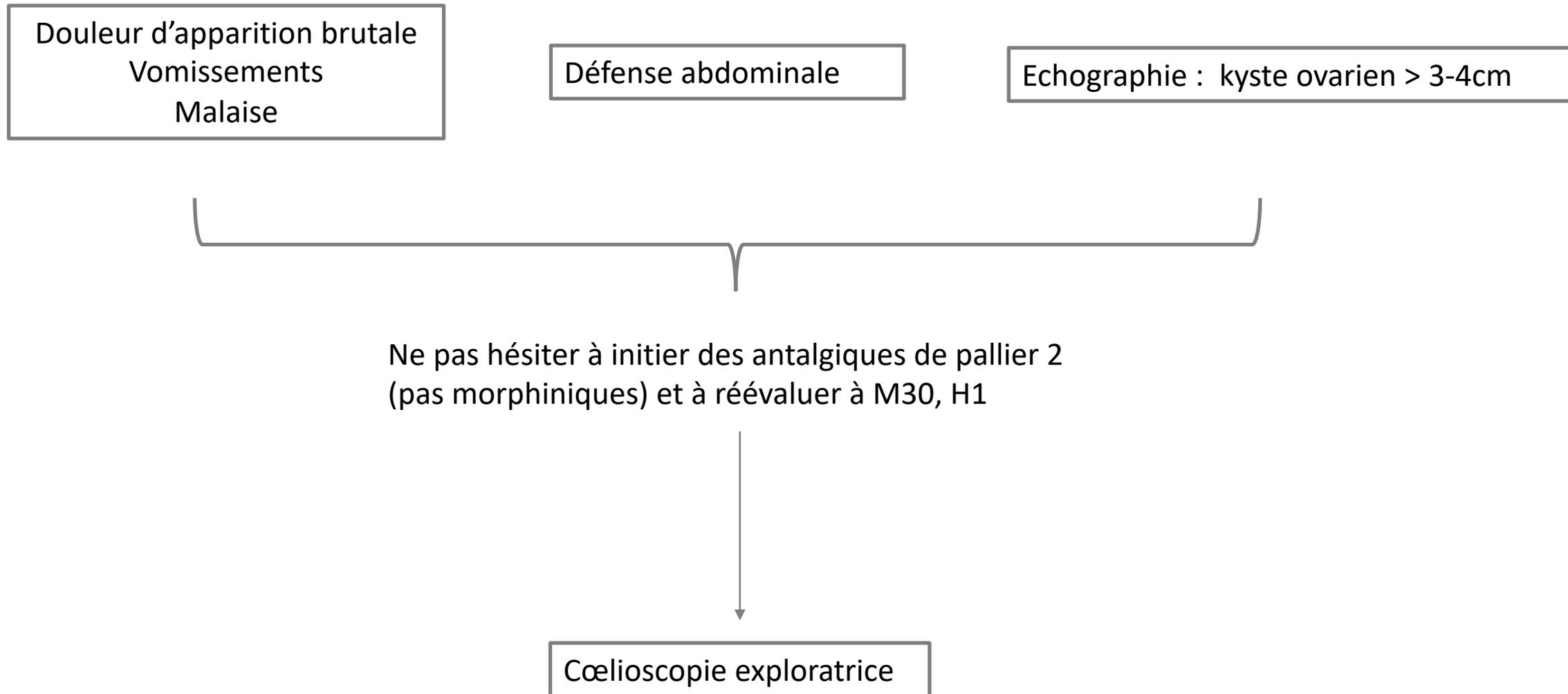
IGH compliquées



Douleurs pelviennes hors grossesse : IGH, traitement

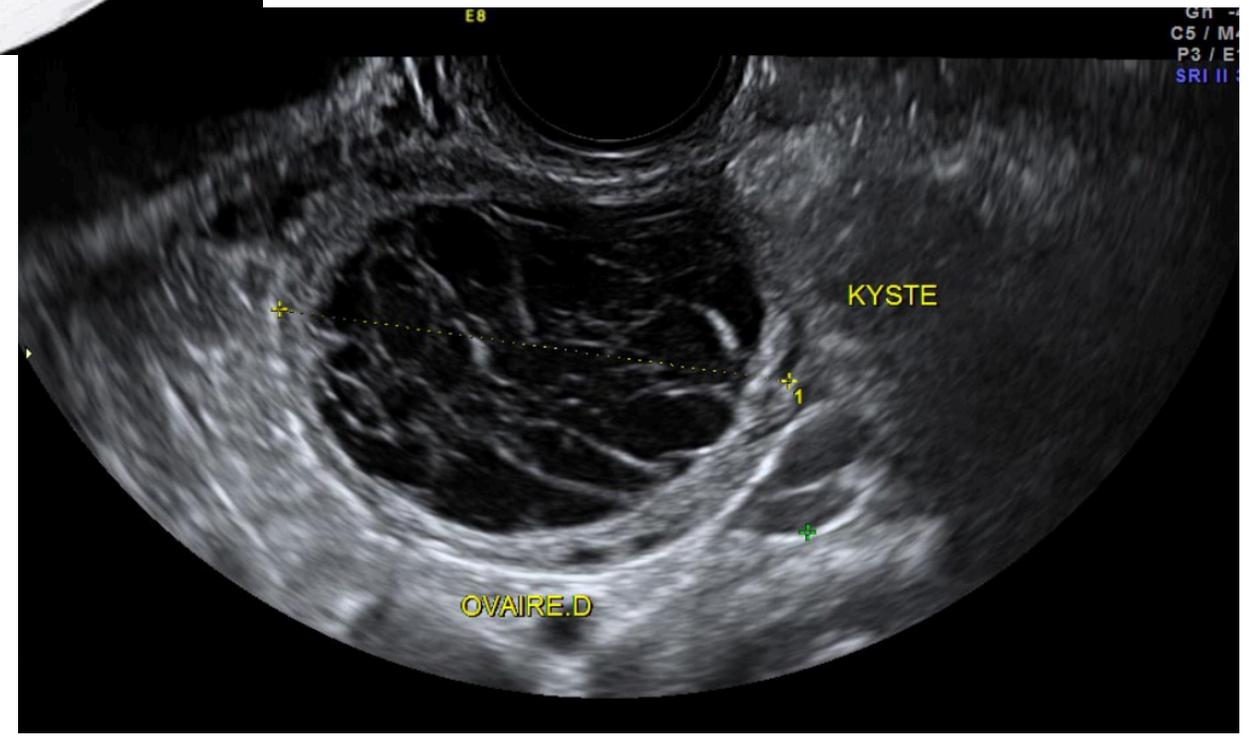
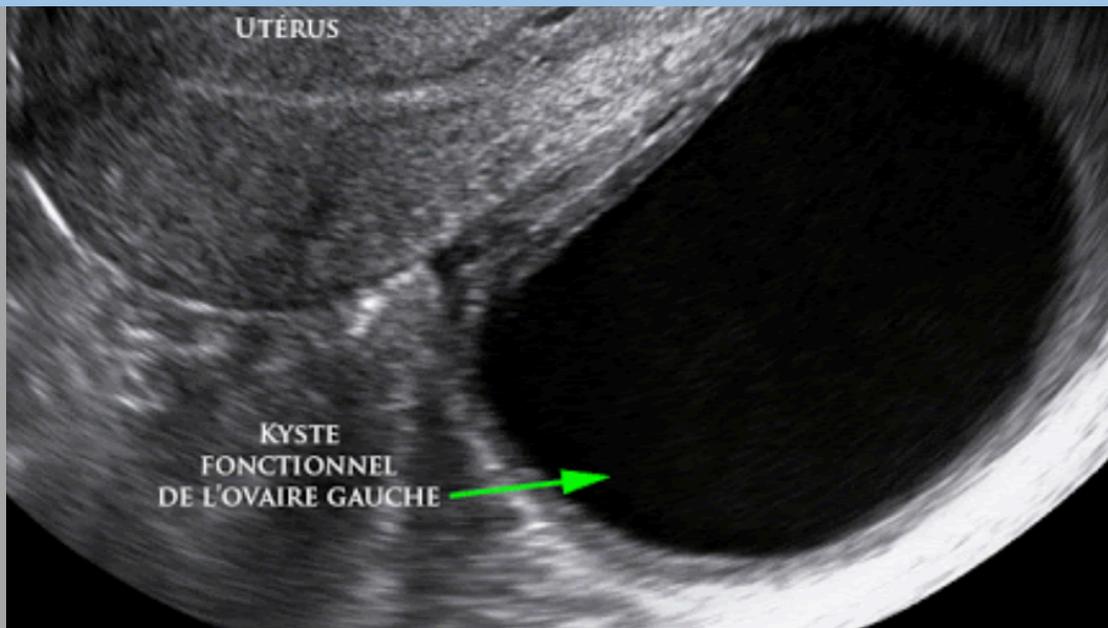
| | IGH NON COMPLIQUEE | IGH COMPLIQUEE |
|---------------------------------|--|--|
| Où | Ambulatoire | Hospitalisation |
| Antibiothérapie | PO Rocephine 1g IM (1 fois) Doxycycline 100mg*2/j Flagyl 500mg*2/j 10 jours | IV Rocephine 1à 2g/j IV Doxycycline 100mg*2/j Flagyl 500mg*2/j 14 à 21 jours |
| Bloc opératoire | Non | Drainage d'un abcès tubo-ovarien (échoguidé ou par cœlioscopie) |
| DIU | Maintien | Retrait + envoi en bactériologie |
| Réévaluation à J3-J5 | Oui pour adaptation de l'ATB en fonction des résultats du PV | Non systématique |
| Bilan IST | | systématique |
| Traitement du partenaire | | |

Douleurs pelviennes hors grossesse : Torsion d'annexe



Douleurs pelviennes hors grossesse : Kyste ovarien, rupture de kyste hémorragique

Kystes
ovariens



Les motifs de consultation les plus fréquents

- Métrorragies du 1^{er} trimestre
- Métrorragies hors grossesse
- Douleurs pelviennes
- Vomissements gravidiques
- En vrac ...



Vomissements gravidiques

HYPEREMESIS GRAVIDARUM :

- Vomissements incoercibles
- Perte de poids > 5%
- Cétonurie
- Trouble hydro-électrolytiques
+ déshydratation

BILAN BIOLOGIQUE :

- BU
- Ionogramme
- ASAT/ALAT
- Lipase
- TSH

NE PAS RATER à L'ECHO :

- Une grossesse gémellaire
- Une môle hydatiforme

CRITERES D'HOSPITALISATION :

- Troubles hydro-électrolytiques
- Echec de traitement PO à domicile
- +/- AEG sévère au cas par cas

Hospitalisation :

- Réhydratation IV
- Antiémétiques IV (primperan, zophren)
- IPP
- Cernevit (B1, B6, PP)

Traitement à domicile :

- Donormyl (antiH1) : 1cp le soir
- Ou Primperan (suppo +++)
- Gaviscon/Inexium

Les motifs de consultation les plus fréquents

- Métrorragies du 1^{er} trimestre
- Métrorragies hors grossesse
- Douleurs pelviennes
- Vomissements gravidiques
- En vrac ...

Mycose :

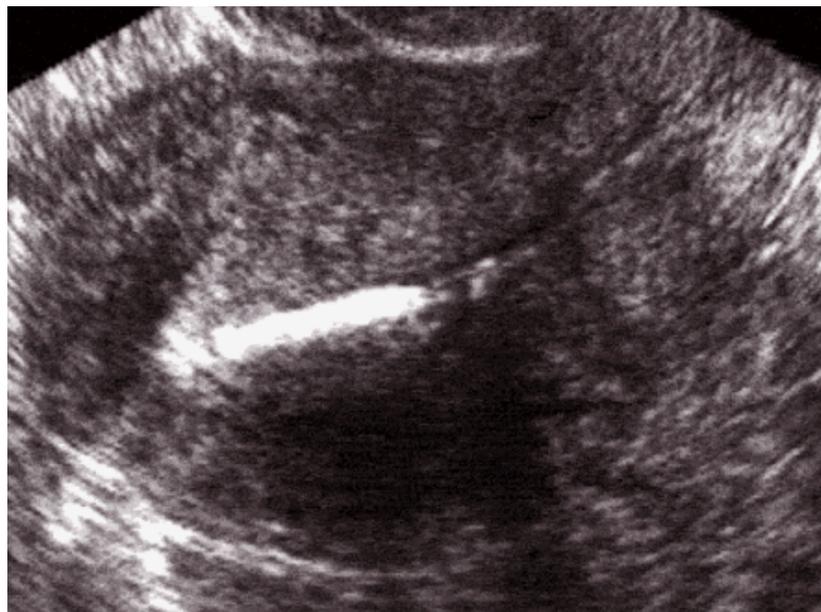
- Perte à type de lait caillé
- Pas de PV si clinique évidente
- Monazole ovule + crème

Primo-infection herpétique :

- Clinique évidente
- Traitement :
 - > aciclovir *per os* (200 mg × 5 fois/j pour 10 jours)
 - > ou valaciclovir *per os* (500 mg × 2 fois/j pendant 10 jours)
- Penser à l'hospitalisation en fonction de la clinique ou si globe vésical
- Bilan IST

Douleur sur stérilet, penser à :

- IGH
- Mauvaise position du DIU (dans le col, perforation)
- Grossesse ... (GEU)



Kyste de l'endocol (œuf de Naboth)



Bartholinite



4^e édition

Protocoles en Gynécologie Obstétrique

Collège national
des gynécologues et
obstétriciens français

C N G O F

Conférence nationale
des PU-PH en
gynécologie-obstétrique

ELSEVIER

Elsevier Masson