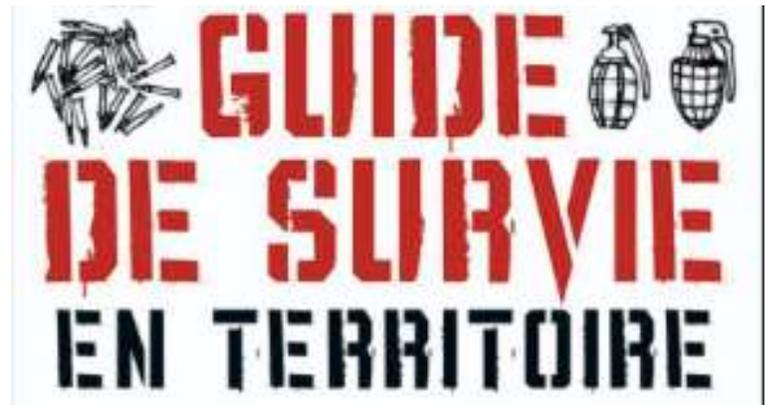


Sophie DUCHESNE
Hôpital Jean VERDIER (APHP)



GUIDE
DE SURVIE
EN TERRITOIRE



Principaux motifs de consultation

Hémorragie génitale

Douleurs abdominales

Leucorrhées, démangeaisons vulvaires

Autres motifs :

- Sénologie
- Inquiétudes diverses (gynécologiques ou non!)
- « Toutologie » de la femme enceinte

2 outils indispensables

Votre meilleur ami



Votre meilleur ennemi



3 questions



Enceinte/pas enceinte ?



Si enceinte : grossesse intra-utérine ou non localisée ?



Signes de gravité : EVA 10/10, instabilité hémodynamique, MTR très abondantes ?

Réponses aux questions

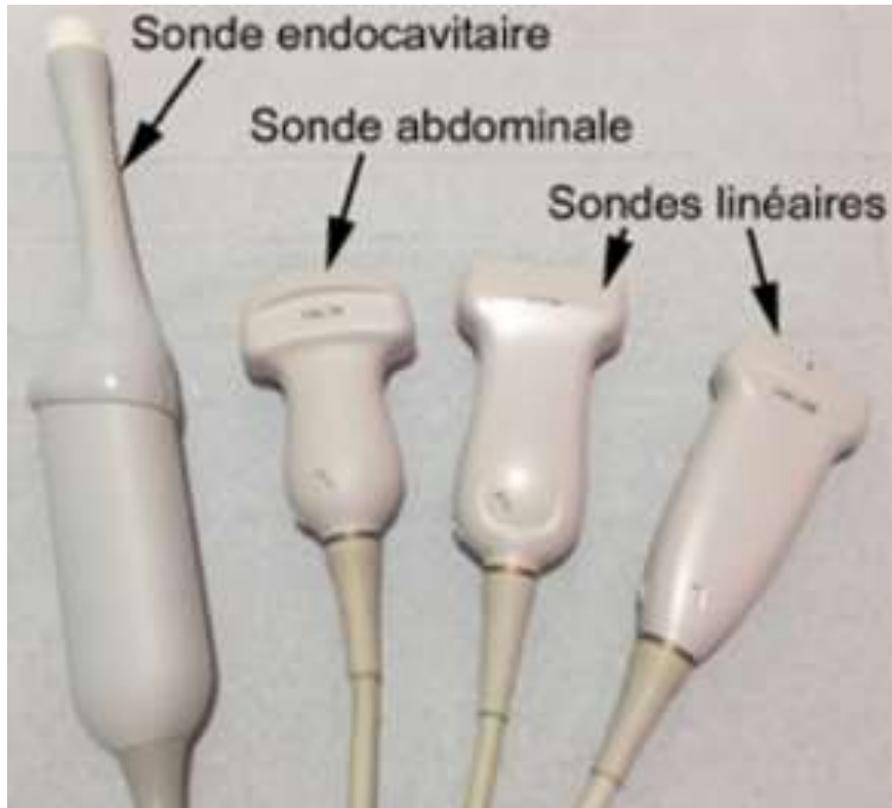
- Pas enceinte, pas de signe de gravité
- Enceinte, GIU, pas de signe de gravité



Echographie



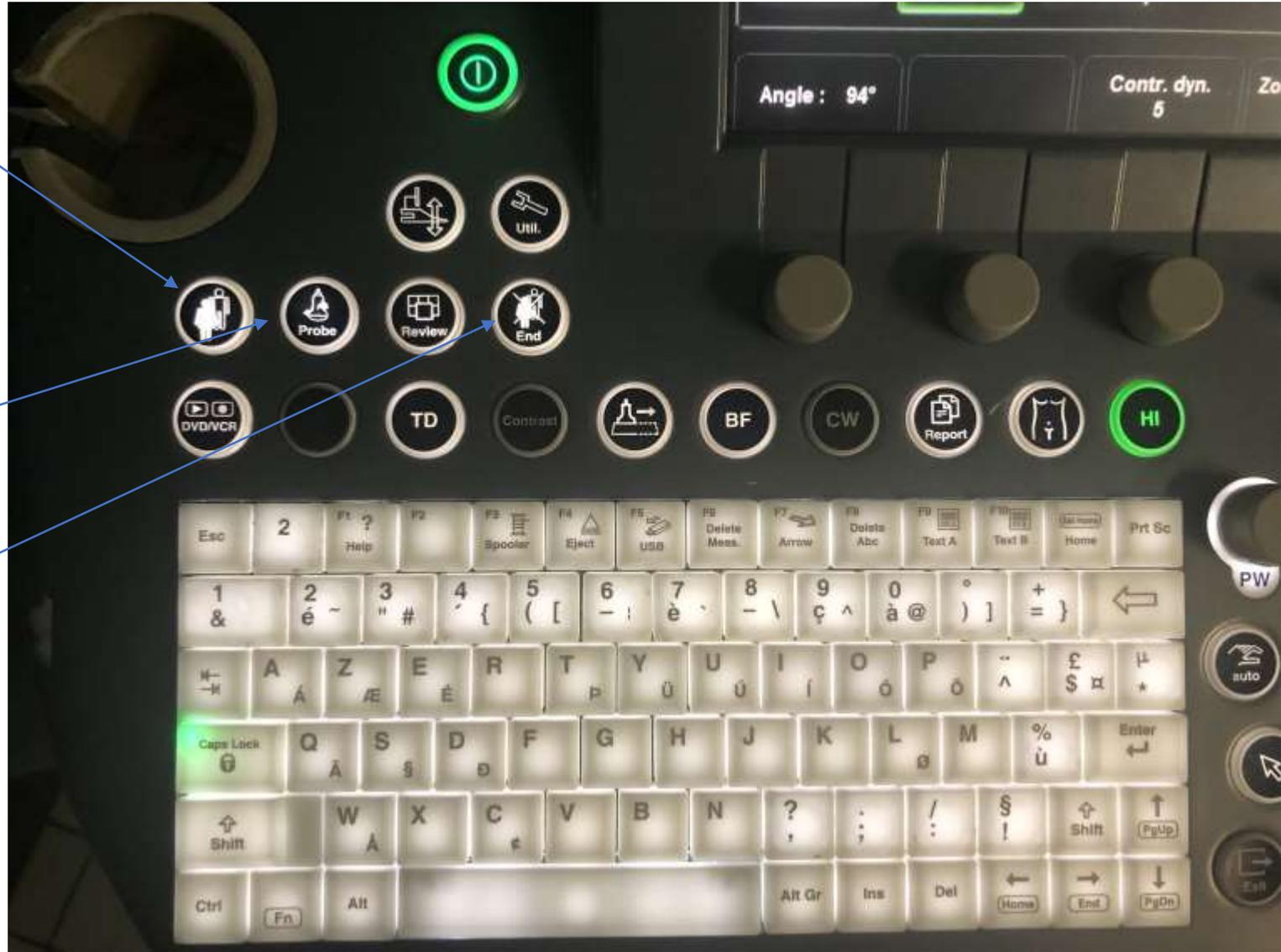
Echographie



- 5 coupes :
 - Espace de Morrison
 - Utérus en coupe sagittale
 - Utérus en coupe transversale
 - Ovaire droit
 - Ovaire gauche
- Sus-pubienne
 - Toujours la faire en premier
- Endo-vaginale
 - Ut sagittal
 - Visualisation de la ligne endométriale
 - Ut transversal
 - Rotation à 90° de la sonde en coupe sagittale
 - Visualisation des deux cornes
 - Ovaires
 - Translation vers le côté puis de haut en bas de la sonde en coupe transversale
 - Garder l'obliquité de la sonde
 - Repère des vaisseaux iliaques



Nouveau patient



Changement de sonde

Fin examen patient

1^{er} cas de
figure





Douleurs abdominales

- Ne pas passer à côté de :
 - Urgent : torsion d'annexe, rupture hémorragique de KO, IGH
 - « Non urgent » : cancers gynécologiques

Torsion d'annexe

- Terrain/anamnèse :
 - Parfois KO connu
 - Parfois ATCD de torsion/subtorsion : douleurs similaires de résolution spontanée
 - Douleur brutale en FI, d'emblée maximale
 - Spontanée ou suite à un choc abdo ou à un RS
 - Parfois vomissements
 - Antalgiques usuels inefficaces
- Clinique :
 - Stabilité hémodynamique, HTA, tachycardie
 - Défense dans une FI
 - Spéculum : RAS
 - TV douloureux
- Paraclinique :
 - HCG négatif mais p-ê positif (kyste du corps jaune)
 - Écho : ovaire augmenté de volume/KO, parfois visualisation du tour de spire
 - Ne pas se fier à la vascularisation
- CAT :
 - Info IDG/CDG d'emblée
 - Perfusion avec antalgiques, titration morphinique SB
 - Morphine ne doit pas être un traitement d'épreuve !
 - Coelioscopie en urgence avec info sur le risque d'ovariectomie/annexectomie et de laparoconversion
 - Possibilité d'opérer même au-delà de 6 heures

Rupture hémorragique de kyste ovarien

- Terrain/anamnèse :
 - Parfois KO connu
 - Douleur brutale ou d'augmentation progressive
 - Spontanée ou suite à un choc abdo ou à un RS
 - Parfois scapulalgies projetées ou malaises
- Clinique :
 - Stabilité hémodynamique -> tachycardie à TA conservée -> hypotension artérielle
 - Douleur abdominale, défense ou contracture rares mais possibles
 - Spéculum : MTR possible
 - TV douloureux
- Paraclinique :
 - HCG négatif
 - Écho : épanchement du Douglas +/- du Morrison
 - NFS : Hb \searrow , parfois plusieurs NFS itératives si doute
- CAT :
 - Info IDG/CDG/ADG
 - Perfusion, remplissage vasculaire, antalgiques
 - Hospitalisation pour surveillance
 - Ou coelioscopie en urgence avec info sur le risque d'ovariectomie/annexectomie et de laparoconversion
 - +/- transfusion : commande de CGR fonction du degré d'urgence

Infection génitale haute

- Terrain/anamnèse :
 - RS à risque, DIU, ou pas de chance
 - Fièvre
 - Douleur abdominale basse d'augmentation progressive, parfois douleur en HCD
 - Métrorragies, leucorrhées (fréquentes mais non systématiques)
- Clinique :
 - Fièvre, souvent tachycardie à TA conservée (rare choc septique)
 - Douleur abdominale, défense ou contracture possible
 - Spéculum : cervicite, MTR ou leucorrhées pathologiques possibles
 - TV douloureux
- Paraclinique :
 - HCG négatif
 - Écho : signes si IGH compliquée
 - Endomètre épaissi
 - Hydrosalpinx, pyosalpinx
 - Épanchement du Douglas +/- du Morrison
 - NFS : syndrome inflammatoire biologique souvent important
 - Prélèvements vaginaux systématiques avant ATB, ECBU, hémocultures
 - TDM si besoin pour diagnostic différentiel

Infection génitale haute

Simple

- Pas de retrait systématique du DIU
- ATB : ceftriaxone 1 g DU + doxycycline 100 mg x 2 + métronidazole 500 mg x 2 pdt 10 jours
- Revoir la patiente à 3-5 jours

Compliquée

- Hospitalisation
 - ATB : ceftriaxone 1-2 g/j + doxycycline 100 mg x 2 + métronidazole 500 mg x 3 pdt 14 jours
 - Si ATO > 3-4 cm, drainage



Pathologies cutanéomuqueuses

- Mycoses
 - Diagnostic clinique
 - RHD, anti-fongique
 - Si récidivante :PV avec antifongigramme
- Bartholinite
 - Traitement antibiotique
 - Traitement chirurgical
- Anomalie mammaire
 - Imagerie quasi-systématique

CAT en cas de GLI

GLI « classique » jusqu'à HCG=1000-2000

Surveillance toutes les 48 heures :

- HCG plasmatiques + échographie
- Info ++ sur signes devant faire CS en urgence

Méfiance particulière si :

- ATCD GEU, surtout si ttt médical ou salpingotomie
- PMA ++ (grossesse hétérotopique ?)

Grossesse localisée : SGIU + VV

- Sinon risque GEU + hématométrie

Pas d'intérêt au dosage des HCG si grossesse localisée

Aspects échographiques

GIU



GLI



GEU

- Terrain/anamnèse :
 - ATCD GEU, IGH
 - PMA
- Clinique :
 - Très variable
 - Stabilité hémodynamique -> tachycardie à TA conservée -> hypotension artérielle
 - Aucune douleur abdominale -> douleur intense
 - Scapulalgie, malaises
 - MTR « classiques » de faible abondance, sépia
 - Pas de MTR -> MTR abondantes de sang rouge
- Paraclinique :
 - HCG positif : stagnation ou mauvaise cinétique (augmentation $< \times 2$ toutes les 48 heures)
 - Bilan pré-opératoire : NFS, hémostase, groupe sanguin, RAI
 - Bilan pré-méthotrexate : NFS, ionogramme sanguin-urée-créatinine, bilan hépatique
 - Échographie : vacuité utérine ou hématométrie, MLU voire GEU, épanchement pelvien +/- du Morrison
- CAT :
 - Info IDG/CDG
 - Si rompue : perfusion, remplissage vasculaire, commande CGR, antalgiques, à jeun
 - Sinon : surveillance ou ttt médical

GEU, traitements

Médical

- Méthotrexate
- Contre-indications
 - GEU rompue, instabilité hémodynamique
 - GEU ACF +
 - HCG élevées > 5000
 - Impossibilité de suivi
- Surveillance HCG
 - J4, J7 puis 1/semaine jusqu'à négativation

Chirurgical

- Coelioscopie : salpingectomie, salpingotomie
- Info sur le risque de salpingectomie, laparoconversion, transfusion

GIU

Définition échographique :

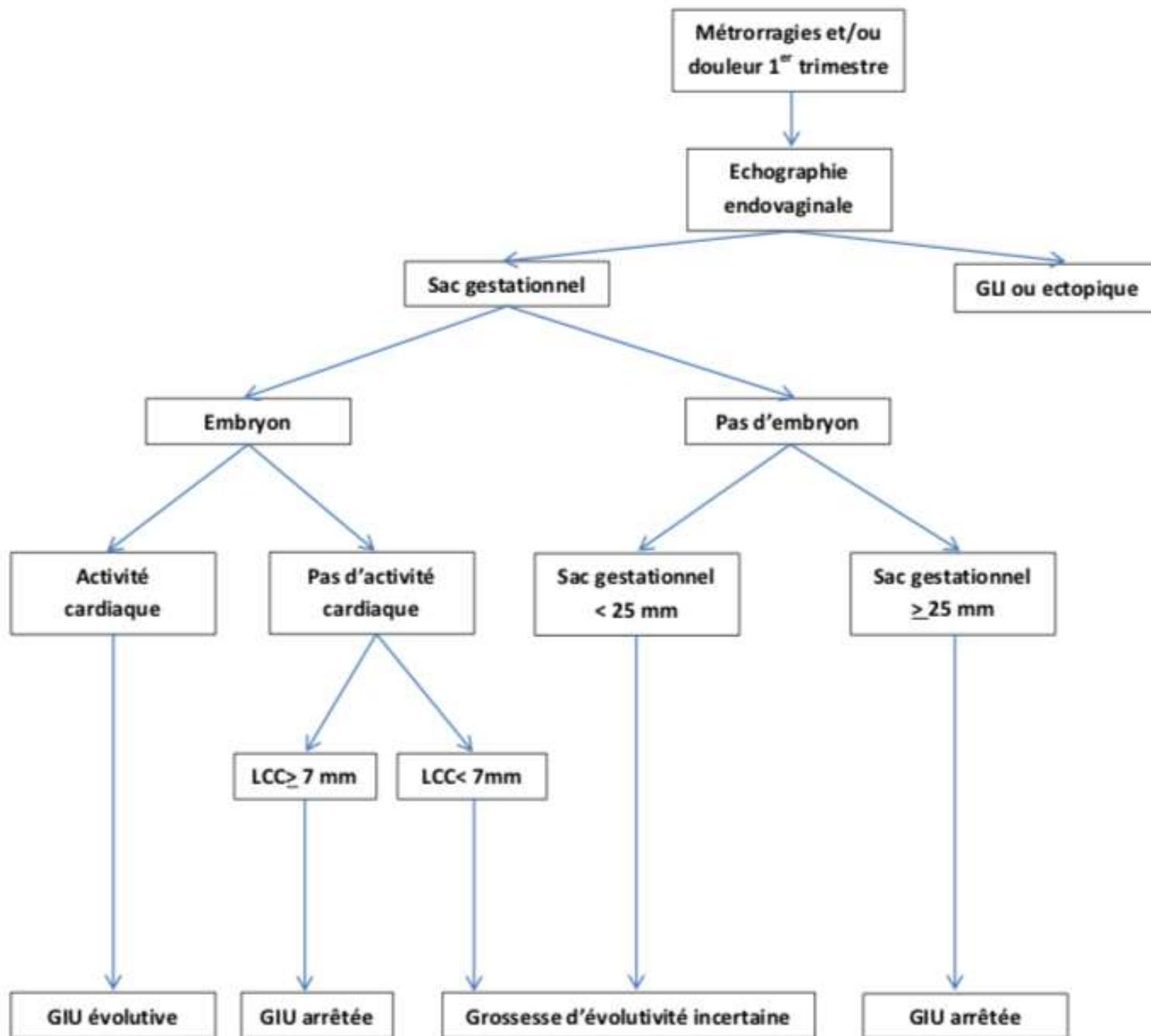
- SGIU + VV
- SGIU + embryon
- SGIU + embryon ACF +

GIU évolutive : Embryon ACF +

Tant que GIU évolutive

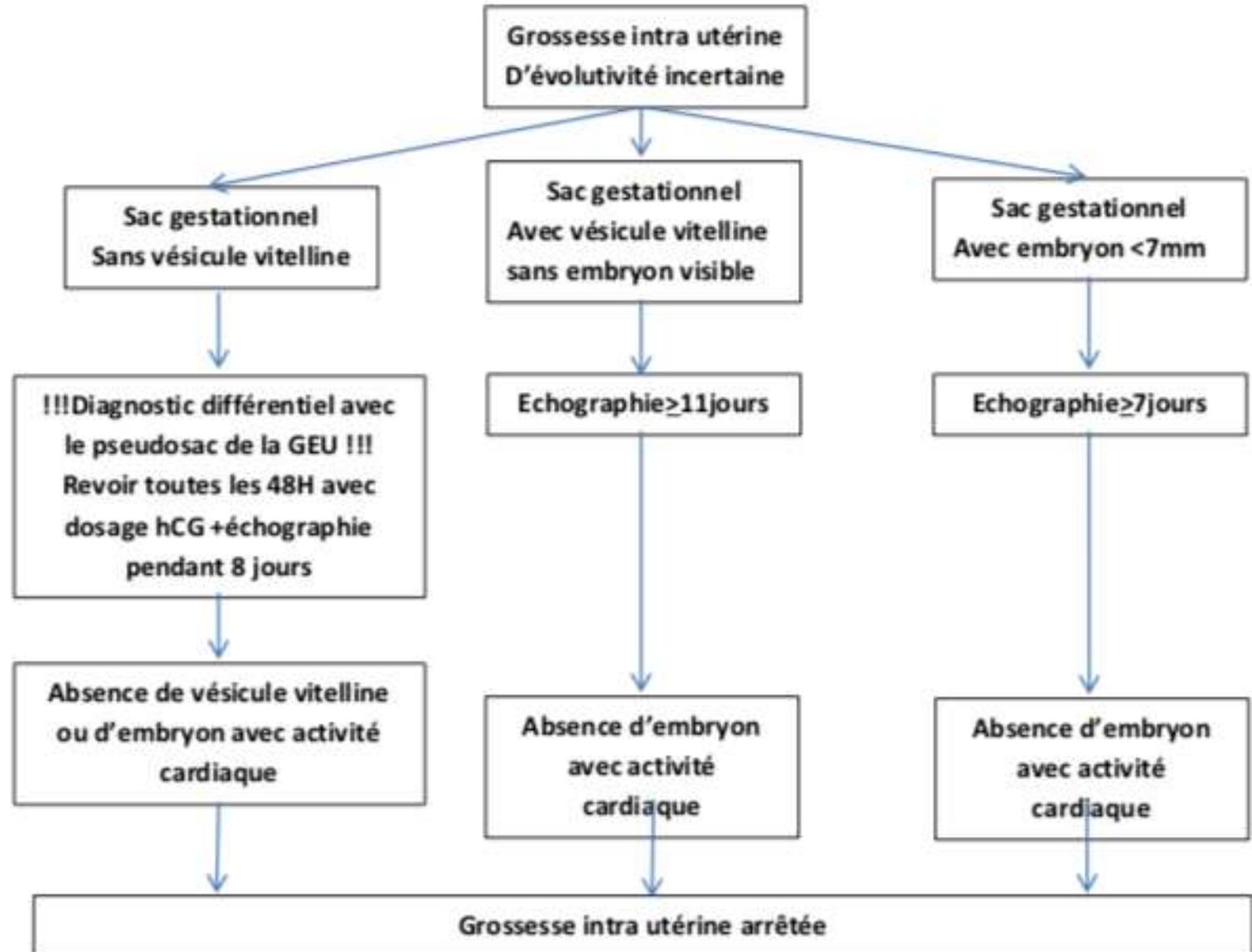
- Pas grave si MTR (décollement trophoblastique)
- Contrôle échographique à 1 semaine pour réassurance
 - Pas aux urgences gynécologiques!
- Pas de contrôle des HCG

Grossesse arrêtée

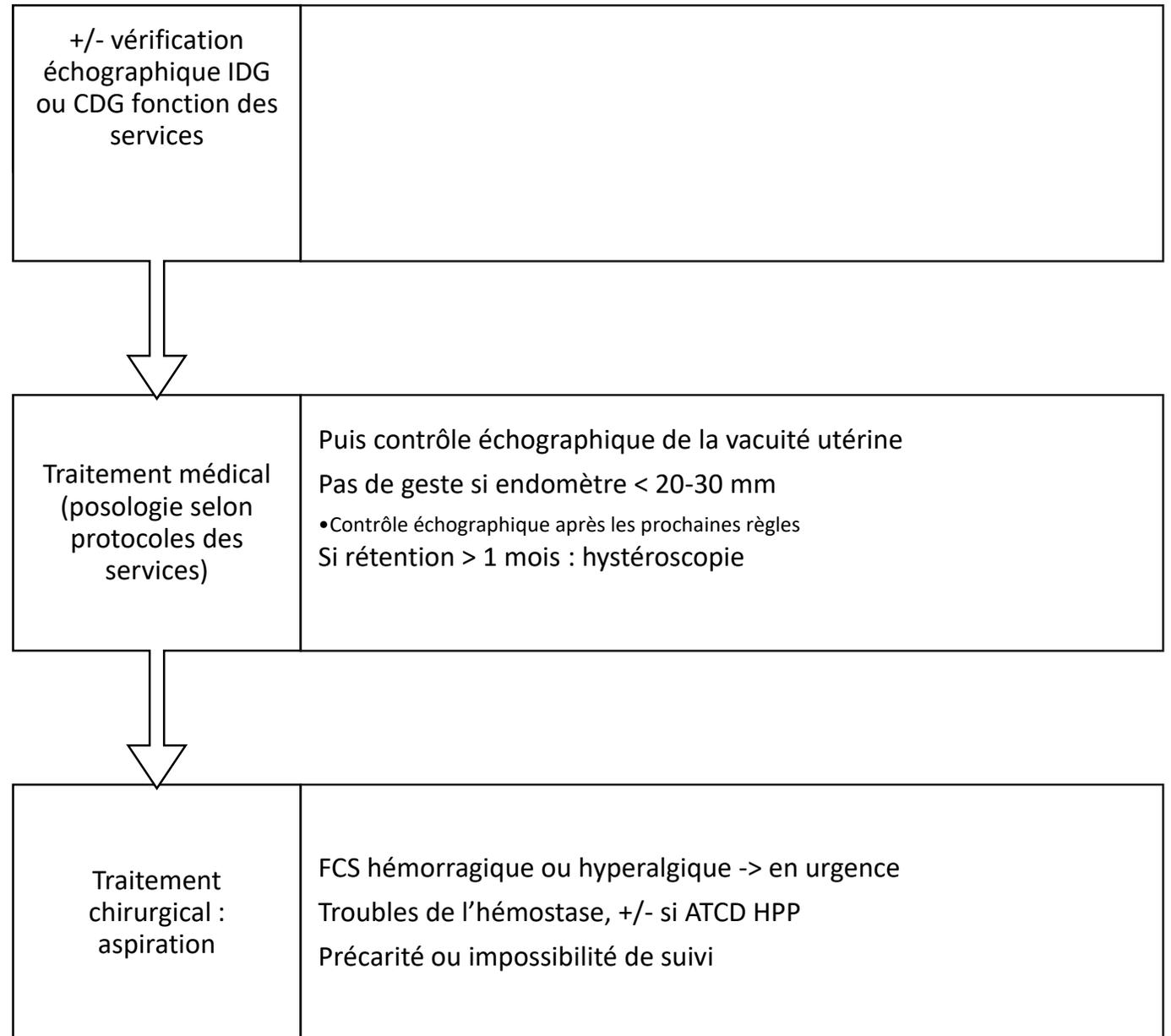


DELAIS NECESSAIRES POUR AFFIRMER UNE GROSSESSE ARRETEE
EN CAS DE GROSSESSE D'EVOLUTIVITE INCERTAINE

Grossesse
arrêtée



Grossesse arrêtée

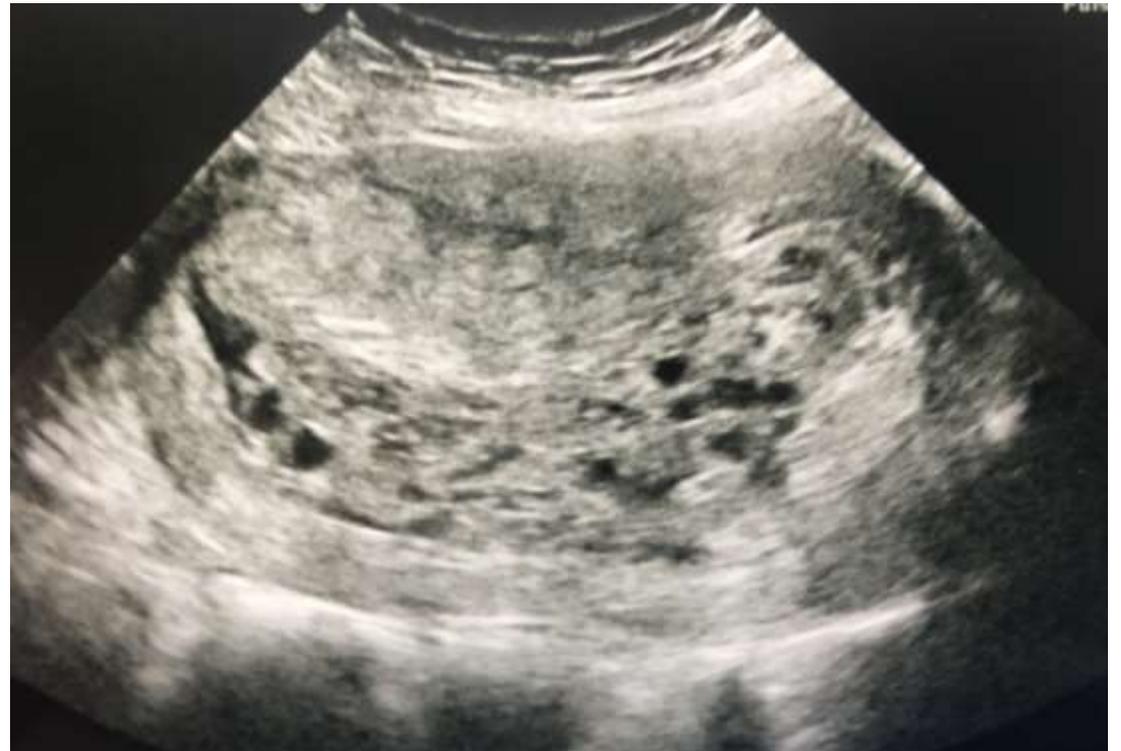


Môle

Urgence diagnostique

- Clinique
 - Exacerbation des signes de grossesse
- Paraclinique
 - HCG anormalement élevés
 - Bilan pré-opératoire
- Echographie
 - Image en « tempête de neige »
 - Môle embryonnée possible
- Traitement
 - Aspiration

Échographie



Après 14 SA ?

- Gestion jusqu'à 24-28 SA en fonction des maternités
- Attention à TA/BU
- Echographie cervicale facile, quasi-systématique
- Avis IDG/CDG facile

Echographie cervicale





En médecine générale ou
aux urgences générales

Pour les urgences générales

Ne pas hésiter à appeler pour demander un avis!

- Pas besoin d'envoyer aux urgences gynécologiques
 - En 1^{ère} intention : saignements de la patiente âgée (vérifier hématurie!)
 - Tout « kyste ovarien » diagnostiqué au scanner (kyste si > 3 cm)
 - Toute douleur abdominale sans étiologie et sans signe de gravité
 - Douleur en FID fébrile et/ou sd infl bio
 - Toute pathologie non gynécologique
 - De la femme enceinte
 - Ex : luxation d'épaule
 - De la femme qui a ses règles
 - Ex : gastro-entérite « qui saigne »
- Avis gynécologique :
 - Facile pour la femme enceinte > 14 SA
 - HCG + et GLI
 - IGH
 - MTR abondantes
 - Suspicion de torsion d'annexe : sans titration morphinique
 - Suspicion de varicelle! Pas aux UG!!!
- Pour les traitements chez les femmes enceintes ou allaitantes : CRAT

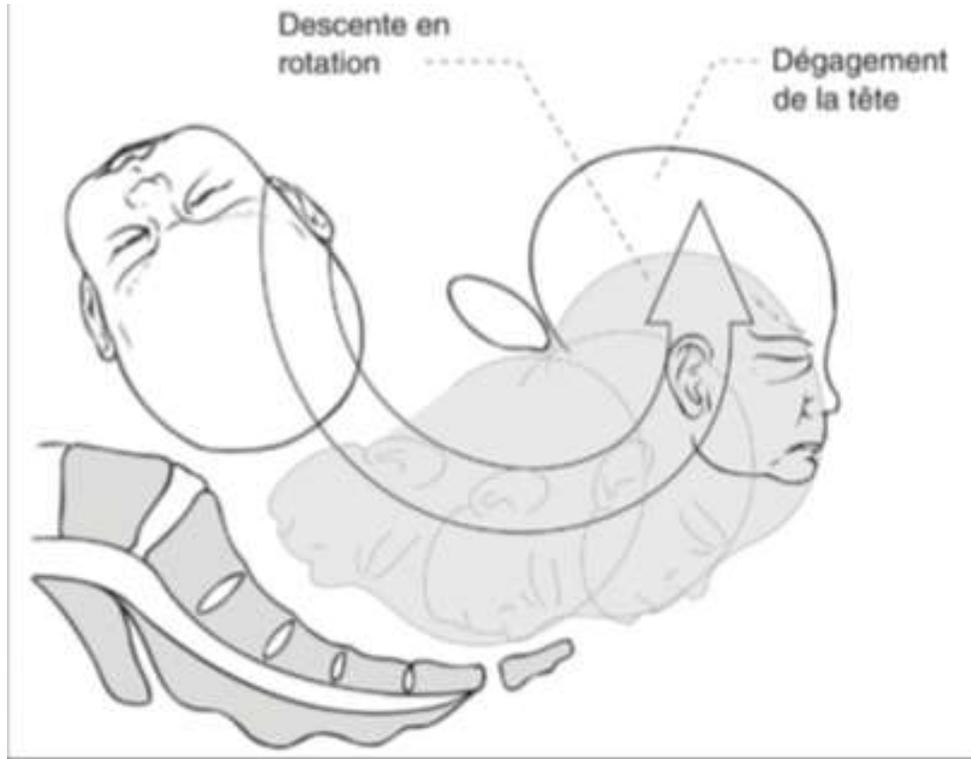
Au-delà de 14 SA

- Avis gynécologique en cas de :
 - Douleurs abdominales
 - Pesanteur pelvienne
 - Métrorragies
 - Perte de liquide
 - Diminution des MAF
 - HTA
 - Céphalée atypique
 - Traumatisme abdomino-pelvien
 - Fièvre
 - Prurit

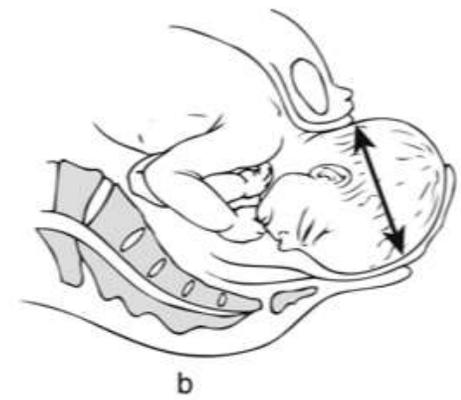
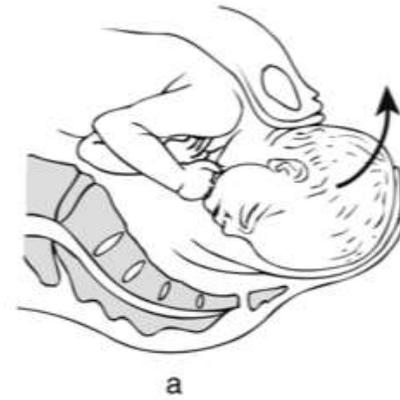
Accouchement inopiné



Pas de panique!



Représentation de l'évolution de la tête foetale au cours de l'accouchement en présentation du sommet, variété en OIGA avec évolution de l'oreille antérieure.



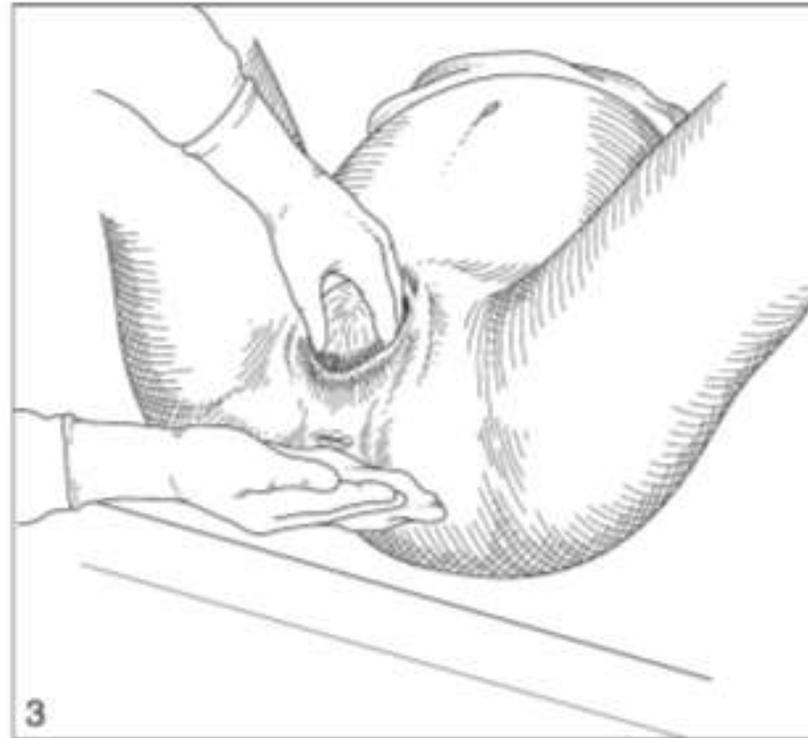
Accouchement normal en présentation du sommet

Pratique de l'accouchement (5^{ème} édition) 2011

J. Lansac, H. Marret

3. La main droite a saisi le menton à travers le périnée et fait remonter la tête. La main gauche exerce une contre-pression de façon à contrôler l'expulsion.

4. La grande circonférence céphalique franchit l'anneau vulvaire. C'est avec la main droite qui tient le menton que l'on fait sortir la tête, la main gauche retient l'occiput pour éviter une expulsion brutale et la déchirure du périnée. La femme ne doit pas pousser pendant cette période.



Accouchement normal en présentation du sommet

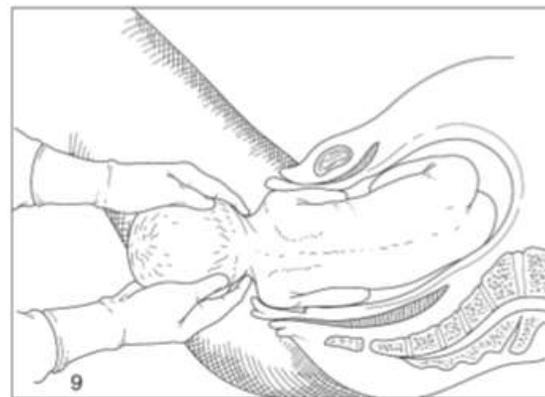
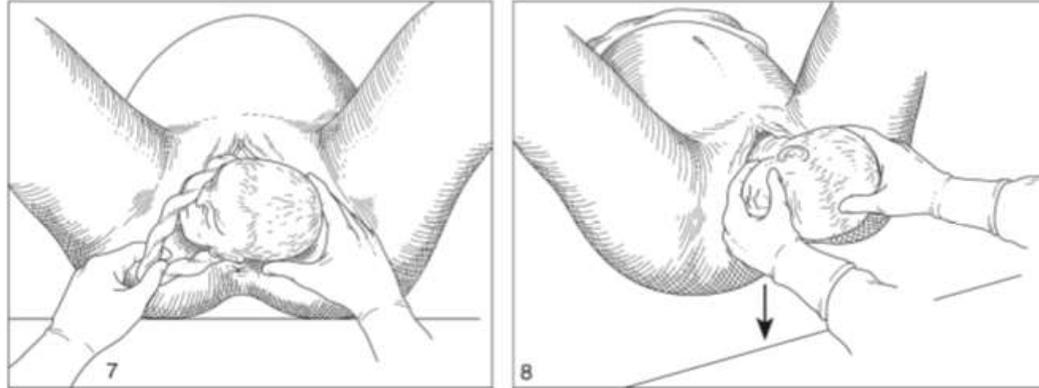
Pratique de l'accouchement (5^{ème} édition) 2011

J. Lansac, H. Marret

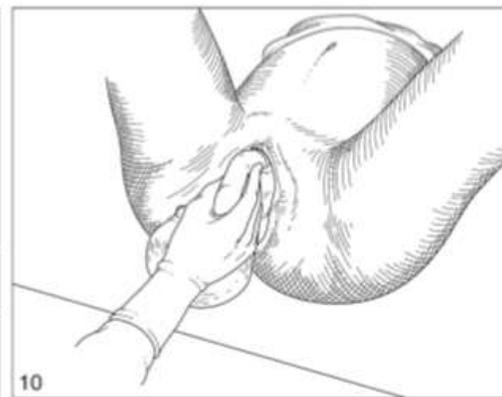
7. Réduction d'un circulaire du cordon après le dégagement de la tête. On fait passer le cordon autour de la tête de l'enfant, le dégagement des épaules va alors pouvoir se faire.



8. Dégagement des épaules: pour dégager l'épaule antérieure, la tête est saisie à deux mains, sous le menton et l'occiput, et abaissée fortement dans le sens de la flèche, sur le plan du lit.



9. Dégagement de l'épaule antérieure (vue de profil): la tête est abaissée vers le plan du lit pour fixer l'épaule antérieure sous la symphyse.



10. Dégagement de l'épaule et du bras antérieur: l'épaule étant abaissée à la vulve, le bras est extrait à son tour.

Accouchement normal en présentation du sommet

Pratique de l'accouchement (5^{ème} édition) 2011

J. Lansac, H. Marret

11. Dégagement de l'épaule postérieure : le bras antérieur étant dégagé, la tête, toujours saisie à deux mains, est ramenée vers le haut. On surveille le périnée pour éviter une déchirure du fait du dégagement trop brutal de l'épaule postérieure.



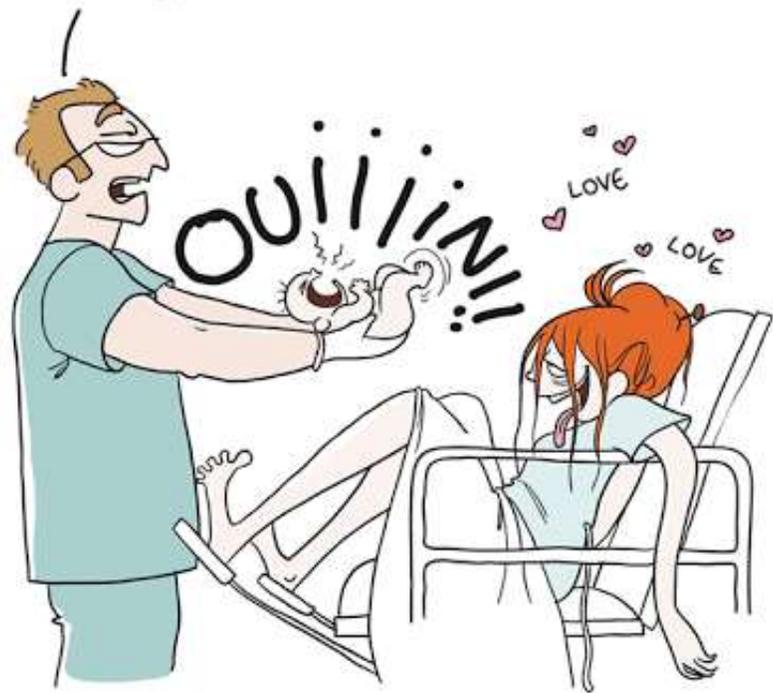
12. Dégagement de l'épaule postérieure vu de profil.



The image features a dark grey background with three overlapping blue circles. A white horizontal band is positioned across the middle of the circles. The text "Et en cabinet ?" is centered within this white band.

Et en cabinet ?

BON BEN VOILÀ,
C'EST UN BÉBÉ.



Grossesse
normale

Suivi de grossesse « simple »



Possible si

Métrorragies du 1^{er} trimestre aspécifiques

Antécédents de fausses couches précoces < 3 de suite

Antécédents maternels « simples »

- Exemples : asthme simple



Eviter si

Antécédents maternels « sévères »

- Exemples : cardiopathies, pathologies neurologiques, MAI, drépanocytose, diabète ...

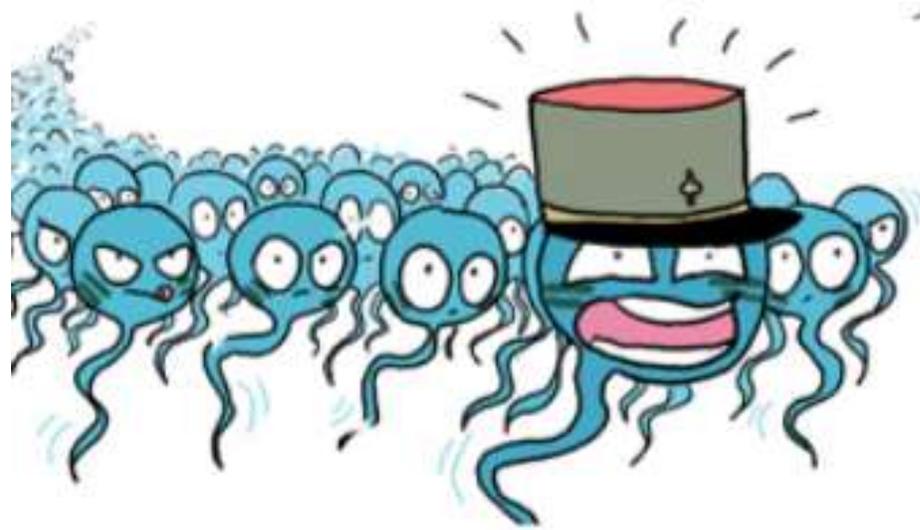
Grossesse multiple

Antécédents de fausses couches tardives ou MFIU

Toute pathologie de grossesse : MAP, placenta praevia, diabète gestationnel ...

Anomalie échographique

Contraception

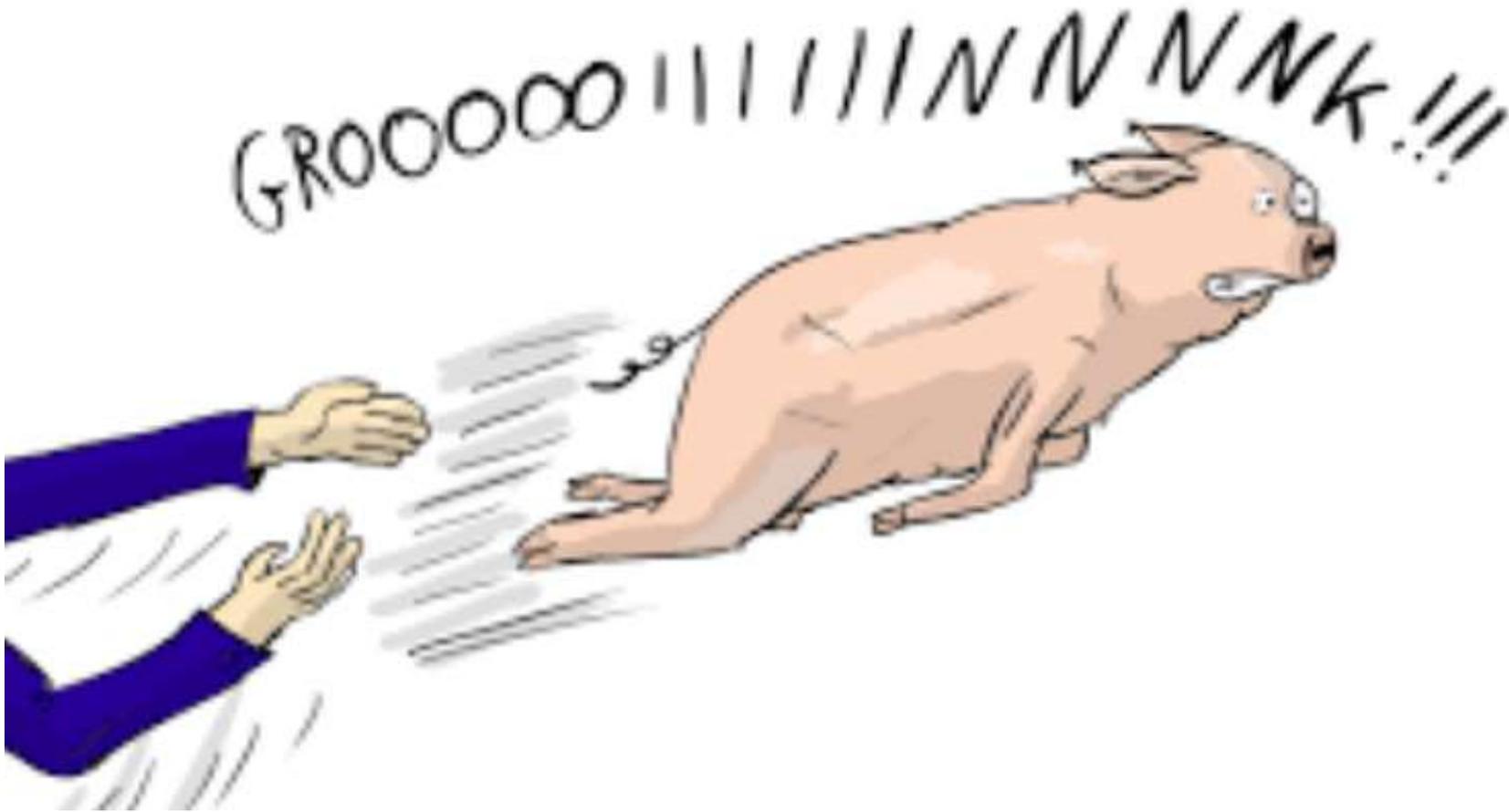


Soyez prêts, les gars,
il y a une brèche,
le sujet a oublié sa pilule,
je répète, le sujet
A OUBLIÉ SA PILULE !!

Contraception d'urgence

- 3 types :
 - Ellaone : ulipristal acétate, jusqu'à 5 jours
 - Norlévo : lévonorgestrel, jusqu'à 3 jours mais efficacité
↳
 - DIU au cuivre jusqu'à 5 jours
- Si contraception hormonale
 - LNG > UPA
 - Si UPA : contraception mécanique supplémentaire 12 jours
- Si patiente obèse : DIU au cuivre ou UPA
- Pas deux fois dans le même cycle pour les méthodes hormonales
- Pas deux en même temps
- Gratuit pour les mineures
- Avoir le test de grossesse facile!

Dépistage des violences



Violences conjugales et/ou sexuelles

Penser à poser la question

- Attention violences souvent invisibles

Violences conjugales

- (Ex-) Conjoint = facteur aggravant = délit

Violences sexuelles

- Viol = crime
- Savoir repérer l'urgence
diagnostique/thérapeutique/judiciaire/psychologique
- Risque MST/grossesse
- Secret professionnel

Certificat médical initial

- Faits allégués
- Faits constatés
- Noms et date

Information médicale, sociale et judiciaire

Liens utiles

Recommandations
pour la pratique
clinique du CNGOF

Avis sur un
traitement en cours
de grossesse ou
d'allaitement : CRAT

HAS

SPILF

FCU : Société
française de
colposcopie

MST : Société
française de
dermatologie

Site e-cancer :
référentiels médecins
généralistes et
spécialistes



DIU IDF

Paris Descartes

- Gynécologie de l'enfance et de l'adolescence
- Ménopause : prise en charge des risques chez les femmes de plus de 50 ans
- Précarité, santé maternelle et périnatale
- Prise en charge des violences faites aux femmes vers la bientraitance
- Régulation des naissances : orthogénie

Sorbonne/Pierre et Marie Curie

- Colposcopie et pathologies cervico-vaginales
- Contraception et orthogénie
- Formation complémentaire en gynécologie et obstétrique pour les MG
- Gynécologie de l'enfance et de l'adolescence

Paris Diderot

- Colposcopie et pathologies cervico-vaginales
- Santé sexuelle et droits humains
- Sexologie et étude de la sexualité humaine

Paris Sud

- Echographie gynécologique et obstétricale
- Médecine fœtale (si titulaire du DIU d'échographie)
- Psychisme et périnatalité

Paris 13

Paris Ouest Versailles