

Dans la même collection

Pathologies maternelles et grossesse, par A. Benachi, D. Luton, L. Mandelbrot, O. Picone, 2022, 536 pages.

Echocardiographie fœtale, par Maryline Lévy et Nadine David, 2022, 344 pages.

Guide pratique de l'échographie obstétricale et gynécologique, par G. Grangé, 2022, 3^e édition, 432 pages.

Manuel de sexologie, par P. Lopes, F.X. Poudat, 4^e édition, 2021, 384 pages.

Endométriose, par E. Petit, 2020, 256 pages.

Prise en charge de l'IVG : recommandations CNGOF pour la pratique clinique, par le CNGOF, coordonné par C. Vayssièrre, A. Agostini, 2020, 240 pages.

Analyse pratique du RCF : rythme cardiaque fœtal, par P. Berveiller, C. Garabedian, E. Maisonneuve, 2020, 224 pages.

La ménopause en pratique, par B. Raccah-Tebeka, G. Plu-Bureau, 2019, 352 pages.

Endocrinologie en gynécologie et obstétrique, par B. Letombe, S. Catteau-Jonard, G. Robin, 2019, 2^e édition, 360 pages.

La colposcopie. Techniques et diagnostics, par J. Marchetta et P. Descamps, 2018, 3^e édition, 200 pages.

Post-partum : recommandations CNGOF pour la pratique clinique, par le CNGOF, coordonné par L. Marpeau, M.-V. Senat et L. Sentilhes, 2018, 384 pages.

Incontinence urinaire féminine. Diagnostic et prise en charge, par X. Deffieux, 2017, 312 pages.

Cancer du sein. Dépistage et prise en charge, par J.-M. Classe, 2016, 248 pages.

La contraception en pratique, par B. Raccah-Tebeka et G. Plu-Bureau, 2013, 272 pages.

Autres ouvrages

Échographie endovaginale Doppler - 3D, par N. Perrot, I. Frey, 7^e édition, 2022, 352 pages.

Obstétrique pour le praticien, par L. Sentilhes, T. Schmitz, J. Lansac, 7^e édition, 2022, 644 pages.

Échographie en pratique obstétricale, par Ph. Bourgeot, B. Guérin du Masgenêt, V. Houfflin-Debauge, 6^e édition, 2021, 944 pages.

120 questions en gynécologie-obstétrique, par H. Marret, coll. « Abrégés de médecine », 2020, 616 pages.

110 fiches pour le suivi post-natal mère-enfant, par A. Battut, T. Harvey, A. Lapillonne, 2^e édition, 2020, 432 pages.

Gynécologie pour le praticien, 9^e édition, par J. Lansac et H. Marret, 2017, 656 pages.

Guide d'échographie, 5^e édition, de P. Legmann et P. Bonnin-Fayet, 2017, 488 pages.

Échographie et imagerie pelvienne en pratique gynécologique, 6^e édition, de Y. Ardaens, J.-M. Levaillant, P. Coquel et T. Haag, 2017, 720 pages.

Pratique en gynécologie-obstétrique
Sous l'égide du Collège national des gynécologues et obstétriciens français



Conseillers éditoriaux
Philippe Descamps, François Goffinet, Brigitte Raccah-Tebeka

Urgences en gynécologie

Antoine Bourret

Praticien hospitalier, responsable des urgences gynécologiques, service de chirurgie gynécologique, AP-HP, hôpital Cochin Port-Royal, Paris

ELSEVIER

Elsevier Masson SAS, 65, rue Camille-Desmoulins, 92442 Issy-les-Moulineaux cedex, France

Urgences en gynécologie de Antoine Bourret. © 2022 Elsevier Masson SAS

ISBN : 978-2-294-76784-5

e-ISBN : 978-2-294-76877-4

Tous droits réservés.

Les praticiens et chercheurs doivent toujours se baser sur leur propre expérience et connaissances pour évaluer et utiliser toute information, méthodes, composés ou expériences décrits ici. Du fait de l'avancement rapide des sciences médicales, en particulier, une vérification indépendante des diagnostics et dosages des médicaments doit être effectuée. Dans toute la mesure permise par la loi, Elsevier, les auteurs, collaborateurs ou autres contributeurs déclinent toute responsabilité pour ce qui concerne la traduction ou pour tout préjudice et/ou dommages aux personnes ou aux biens, que cela résulte de la responsabilité du fait des produits, d'une négligence ou autre, ou de l'utilisation ou de l'application de toutes les méthodes, les produits, les instructions ou les idées contenus dans la présente publication.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés, réservés pour tous pays. Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective et, d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photo-copillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée. Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. 01 44 07 47 70.

Liste des collaborateurs

Corinne Bordonné, praticien hospitalier, radiologue, Institut de la femme et de l'endométriose (IFEEN), Paris.

Antoine Bourret, praticien hospitalier, responsable des urgences gynécologiques, service de chirurgie gynécologique, AP-HP, hôpital Cochin Port-Royal, Paris.

Laetitia Campin, praticien hospitalier, service de chirurgie gynécologique, AP-HP, hôpital Cochin Port-Royal, Paris.

Emmanuelle Cohen, praticien hospitalier responsable des urgences obstétricales, service de gynécologie et obstétrique, AP-HP, hôpital Cochin Port-Royal, Paris.

Céline Deguet, praticien hospitalier, unité médico-judiciaire, AP-HP, hôpital Hôtel-Dieu, Paris.

Charlotte Gorgiard, praticien hospitalier, chef de service de l'unité médico-judiciaire, AP-HP, hôpital Hôtel-Dieu, Paris.

Emmanuelle Lhomme, praticien hospitalier, responsable du centre d'orthogénie, unité d'orthogénie, AP-HP, hôpital Cochin Port-Royal, Paris.

Paul Marzouk, praticien hospitalier, service de chirurgie gynécologique, AP-HP, hôpital Cochin Port-Royal, Paris.

Anne-Elodie Millischer-Bellaïche, praticien hospitalier, radiologue, Institut de la femme et de l'endométriose (IFEEN), Paris.

Marion Ouazana, chef de clinique assistant, unité d'assistance médicale à la procréation, AP-HP, hôpital Cochin Port-Royal, Paris.

Adrien Pérez, chef de clinique assistant, département d'anesthésie réanimation, AP-HP, hôpital Cochin Port-Royal, Paris.

Sandrine Pérol, praticien hospitalier, unité de gynécologie médicale AP-HP, hôpital Cochin Port-Royal, Paris.

Florie Pirot, chef de clinique assistant, service de chirurgie gynécologique, AP-HP, hôpital Cochin Port-Royal, Paris.

Préface

Si l'objectif de ce livre était de combler un manque, force est de constater que celui-ci est brillamment atteint. Cet ouvrage est, à ma connaissance, le seul consacré spécifiquement à toutes les facettes des urgences gynécologiques que l'on peut être amené à prendre en charge soit aux urgences d'un service de gynécologie, d'une maternité, ou d'un hôpital, mais aussi en cabinet de ville lorsque qu'on exerce son activité comme médecin généraliste, sage-femme ou gynécologue. Faire la synthèse de ce sujet, avec une approche globale de la spécialité, était une nécessité.

Cet ouvrage, très pédagogique, exhaustif et original dans sa conception est construit en deux parties : la première, aborde les motifs de consultation (« je consulte pour... ») et la seconde se présente sous forme de logigrammes. Cette présentation permet d'avoir une approche complète de la problématique, de présenter au lecteur la sémiologie et les différentes modalités diagnostiques mais aussi de proposer les stratégies thérapeutiques. Richement illustré, avec notamment des schémas originaux, ce livre aborde également des sujets rarement traités dans ce contexte comme la contraception d'urgence, les agressions sexuelles et les problèmes médico-judiciaires, les urgences dans un parcours de procréation médicalement assistées ..., autant de situations auxquelles les praticiens sont confrontés quotidiennement.

Cette préface est aussi l'occasion pour moi de remercier le docteur Antoine Bourret qui, depuis dix ans, assure, entre autres, dans notre service de gynécologie à la Clinique Universitaire Port-Royal à Cochin, la responsabilité de la prise en charges des urgences gynécologiques. La qualité scientifique et didactique de cet « ouvrage référence » dans le domaine tiennent à l'importante expérience clinique accumulée durant toutes ces années, aux collaborations qu'il a su développer et coordonner, ainsi qu'à son enthousiasme, son dynamisme et son esprit de synthèse, qualités essentielles pour enseigner les jeunes praticiens (externes et internes) en formation dans notre équipe.

A une période où la prise en charge des urgences s'avère, pour différentes raisons, particulièrement compliquée dans notre pays, ce livre original arrive à point nommé. Guide très complet, la lecture et l'utilisation en pratique quotidienne de cet ouvrage sont à recommander à tous les acteurs amenés à traiter des urgences gynécologiques : étudiants en médecine, sage-femmes, médecins généralistes, urgentistes, gynécologues-obstétriciens.

Professeur Charles Chapron

Chef du service de Gynécologie et Médecine
de la Reproduction, CHU Cochin, Paris.

Abréviations

AC	activité cardiaque
ACOG	<i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
AINS	anti-inflammatoire non stéroïdien
ALAT	alanine aminotransférase
AMP	assistance médicale à la procréation
ASAT	aspartate aminotransférase
ATO	abcès tubo-ovarien
CeGIDD	Centre Gratuit d'information, de Dépistage et de Diagnostic
CNGOF	Collège national des gynécologues et obstétriciens français
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPK	créatine phosphokinase
CRP	<i>C-reactive protein</i>
DIU	dispositif intra-utérin
ECBU	examen cyto bactériologique urinaire
ECG	électrocardiogramme
ETV	échographie transvaginale
EVA	échelle visuelle analogique
FIV	fécondation <i>in vitro</i>
FSH	<i>follicle stimulating hormone</i>
GEU	grossesse extra-utérine
GnRH	<i>gonadotropin releasing hormone</i>
hCG	<i>human chorionic gonadotropin</i>
hMG	<i>human menopausal gonadotropin</i>
HSO	hyperstimulation ovarienne
HSV	<i>Herpes simplex virus</i>
ICSI	<i>intracytoplasmic sperm injection</i>
IGH	infection génitale haute
IIU	insémination intra-utérine
IM	voie intramusculaire
IMC	indice de masse corporelle
IRM	imagerie par résonance magnétique
IST	infection sexuellement transmissible
IV	voie intraveineuse
LCC	longueur cranio-caudale
LH	<i>luteinizing hormone</i>
MICI	maladie inflammatoire chronique intestinale

MSF	mutilation sexuelle féminine
NFS	numération-formule sanguine
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAS	pression artérielle systolique
PCR	<i>polymerase chain reaction</i>
PID	<i>pelvic inflammatory disease</i>
PO	<i>per os</i>
RAI	recherche d'agglutinines irrégulières
SA	semaine d'aménorrhée
SG	sac gestationnel
SHSO	syndrome d'hyperstimulation ovarienne
SOMPK	syndrome des ovaires micropolykystiques
T4	thyroxine
TAAN	technique d'amplification des acides nucléiques
TCA	temps de céphaline activée
TDM	tomodensitométrie
TP	taux de prothrombine
TSH	<i>thyroid stimulating hormone</i>
TSS _t -1	<i>toxic shock syndrome toxin-1</i>
UMJ	unité médico-judiciaire
VHB	virus de l'hépatite B
VHC	virus de l'hépatite C
VIH	virus de l'immunodéficience humaine
VO	vésicule ombilicale

Conduite pratique de l'examen gynécologique aux urgences gynécologiques

Rappels généraux sur l'asepsie

Dans l'urgence, on peut avoir tendance à vouloir gagner du temps, mais il est évident que l'asepsie ne doit pas être sacrifiée. Au risque d'enfoncer des portes grandes ouvertes, il nous a paru nécessaire de rédiger ces quelques paragraphes.

Le lavage des mains avant d'examiner la patiente, tout comme le port de gants pour les examens abdominal, mammaire et pelvien, sont évidemment indispensables.

Ne pas hésiter à ce que le lavage des mains soit visible par la patiente : les patientes sont légitimement très sensibles à l'hygiène du consultant.

Ce qui est moins évident en pratique réelle, c'est l'asepsie des sondes d'échographie. En particulier dans les services d'urgences gynécologiques, il n'est pas rare de retrouver la sonde abdominale encore couverte du gel utilisé pour la patiente précédente ou, heureusement plus rare, la protection souillée de la sonde vaginale encore en place... Ce genre de détail échappe rarement à la patiente et cela n'est bien sûr pas admissible. Il est important de prendre le réflexe de nettoyer deux fois les sondes au cours d'une même échographie : en début et en fin d'examen. Il faut porter des gants au cours de ces étapes et durant l'échographie. Ne pas hésiter à ce que ce nettoyage précautionneux soit visible par la patiente : là aussi, cela participera à la mettre en confiance.

Les protocoles de nettoyage et de désinfection des sondes d'échographie (types de produits, temps d'application, etc.) diffèrent selon les centres et nous ne les détaillerons pas ici.

Au-delà de ces considérations évidentes sur les règles d'hygiène les plus basiques, il faut noter également que le gel d'échographie séchant sur la sonde d'échographie risque de la détériorer. On peut la nettoyer immédiatement après la réalisation de l'échographie, pendant que la patiente se rhabille par exemple. Enfin, il n'est pas rare que la console (le clavier) soit exposée à des souillures, à du gel d'échographie. Elle peut être nettoyée rapidement à l'aide d'une lingette en fin de chaque échographie.

L'examen gynécologique en pratique

Voir aussi compte rendu dans l'annexe 1.

Il sera guidé par le motif de consultation bien évidemment, en veillant toujours à respecter au mieux l'intimité de la patiente, ainsi que les règles basiques d'asepsie rappelées ci-dessus.

En cas de plainte concernant une éventuelle pathologie mammaire, on demande à la patiente d'ôter les vêtements qu'elle porte en haut, dont son soutien-gorge. Il n'est bien sûr pas utile de demander à la patiente de se déshabiller intégralement. L'examen des seins se pratique avec des gants, il est bilatéral et comparatif. Il doit comporter également un examen ganglionnaire (axillaire et sus-claviculaire).

En cas de plainte pelvienne (douleurs, saignements), l'examen (avec des gants) débute par une palpation abdominopelvienne à la recherche d'une douleur, d'une masse, d'une défense ou d'une contracture.

Si la patiente a déjà eu des rapports et une fois que l'on s'est assuré de son accord, on peut effectuer l'examen gynécologique. Selon le motif de consultation et l'interrogatoire, il peut comprendre un examen de la vulve, l'examen du vagin et du col au spéculum (toujours choisir la plus petite taille possible en fonction du morphotype de la patiente) et le toucher vaginal (Figure 1.1). En gynécologie, la plupart du temps, le toucher vaginal ne se pratique qu'avec un seul doigt vaginal et la main sus-pubienne.

Dans certaines structures sont présents des étudiants (étudiants en médecine, étudiants sages-femmes, etc.). Il est possible de faire examiner les patientes par les étudiants, mais il faut garder à l'esprit de ne pas rentrer dans la caricature de la patiente qui sera examinée par l'externe, puis par l'interne, puis par le chef de garde. Il faut limiter le nombre d'examens cliniques : ne pas laisser l'étudiant examiner seul la patiente, mais le faire avec lui par exemple. Quand la patiente est très douloureuse (par exemple en cas de suspicion de torsion d'annexe), il faut limiter les examens cliniques et se poser la question de la pertinence de faire réaliser l'examen clinique par un étudiant qui sera nécessairement contrôlé par le senior avant de poser l'indication opératoire.

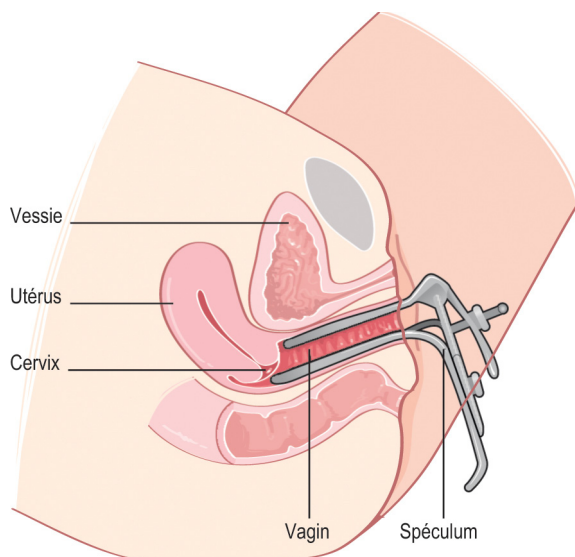


Figure 1.1. Pelvis féminin, coupe sagittale, examen au spéculum en cours.

Source : illustration Carole Fumat.

Bases de l'échographie gynécologique aux urgences

Voir aussi compte rendu dans l'annexe 2.

L'échographie pelvienne est très souvent nécessaire dans le cadre de l'urgence gynécologique. Elle est le prolongement de l'examen clinique.

Voies d'examen

Plus précise, la voie vaginale ([Figure 1.2](#)) est, à tort, souvent la seule voie pratiquée, alors que les deux voies (sus-pubienne et vaginale) doivent être utilisées. Elles sont en effet complémentaires l'une de l'autre.

L'échographie sus-pubienne a deux principaux intérêts :

- compléter un toucher vaginal ou une palpation abdominale qui auraient retrouvé un organe pelvien anormalement augmenté de taille (kyste ovarien ? utérus myomateux ? utérus gravide à un terme plus avancé qu'attendu ?). Trop limitée en profondeur, la voie vaginale ne permettra souvent pas de recueillir l'ensemble des informations ;
- quantifier un éventuel épanchement abdominopelvien, en examinant en particulier l'espace de Morrison. En cas d'évaluation quantitative d'un hémopéritoine, cette information est indispensable.

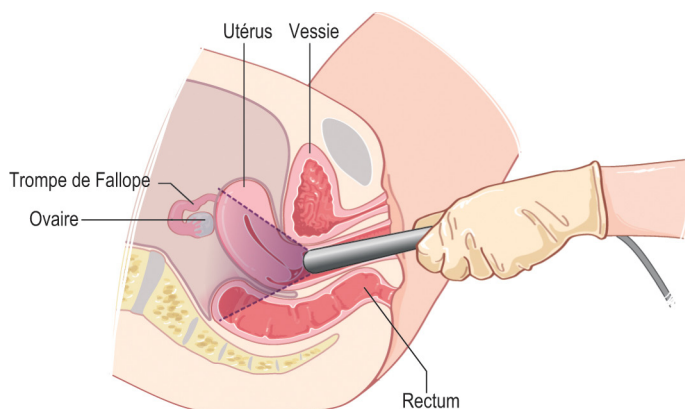


Figure 1.2. Pelvis féminin, coupe sagittale, échographie transvaginale en cours.

Source : illustration Carole Fumat.

L'échographie par voie endovaginale a deux principales contre-indications :

- patiente n'ayant jamais eu de rapport sexuel ;
- patiente refusant l'examen.

L'échographie par voie vaginale est loin d'être un examen anodin. Il est indispensable, y compris dans le contexte de l'urgence, de prendre quelques instants pour expliquer les modalités de l'examen, expliquer ce que l'on en attend (pourquoi elle est nécessaire) et s'assurer de l'accord de la patiente. Les réclamations écrites adressées par les patientes aux hôpitaux concernent souvent ce sujet.

Son avantage est sa plus grande précision par rapport à la voie sus-pubienne. En particulier, elle détecte plus tôt que l'échographie sus-pubienne : l'activité cardiaque fœtale, le sac gestationnel (SG), la vésicule vitelline et le pôle embryonnaire.

Technique échographique, clichés à réaliser

Cinq clichés minimum doivent être réalisés lors d'une échographie dans le cadre de l'urgence gynécologique : quatre par voie vaginale, une par voie abdominale. Des critères de qualité pour chaque cliché ont été définis.

Par voie vaginale, les clichés nécessaires sont :

- une coupe sagittale de l'utérus (figure 1.3a) :
 - l'utérus occupe les 2/3 de la surface du cliché,
 - le col et le fond utérins doivent être visibles sur le même cliché,
 - la ligne de vacuité doit être vue,
 - l'endocol doit être vu ;
- une coupe transversale de l'utérus (figure 1.3b) :
 - l'utérus occupe les 2/3 de la surface du cliché,
 - la ligne de vacuité fait moins de 20° avec l'horizontale,

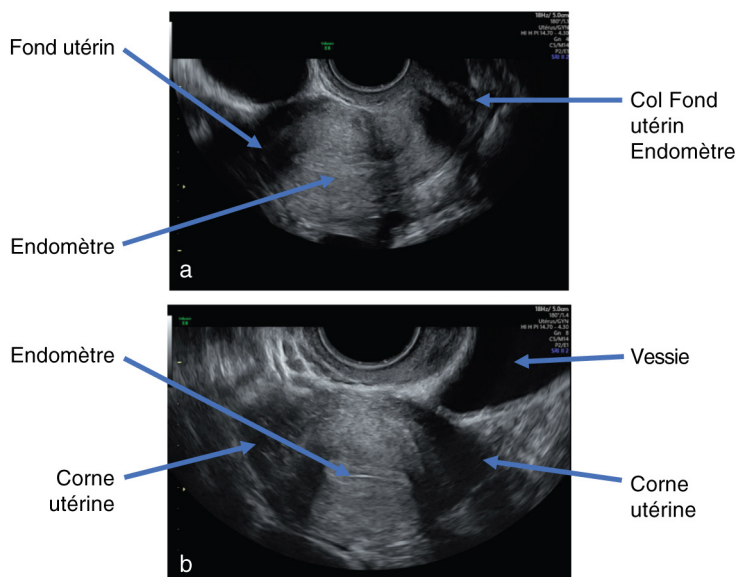


Figure 1.3. Échographie par voie vaginale : utérus en coupe sagittale (a) et en coupe transversale (b).

Source : Dr Corinne Bordonné.

- le départ des arcades tubaires droite et gauche doit être vu,
- l'espace rétro-utérin doit être visible ;
- une coupe de chaque ovaire (figure 1.4) :
 - le côté droit ou gauche doit être précisé,
 - l'ovaire doit occuper plus de la moitié de la surface du cliché,
 - les follicules doivent être vus,

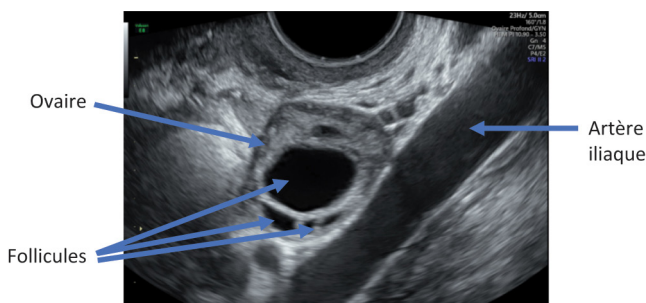


Figure 1.4. Échographie par voie vaginale : coupe transversale de l'ovaire.

Source : Dr Corinne Bordonné.

- la veine iliaque doit être vue,
- l'axe de l'ovaire ne doit pas faire plus de 30° avec l'horizontale.

Un cliché par voie abdominale est nécessaire :

- une coupe parasagittale droite (espace de Morrison) (figure 1.5) :
 - le foie et le rein doivent être visibles sur la coupe,
 - le rein est ovoïde,
 - les deux extrémités du rein sont vues.

Concernant les modalités de mesure du contenu utérin en cas de grossesse débutante, des recommandations existent également. Elles ont été émises en 2014 par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français :

- mesurer le sac gestationnel dans les trois axes et effectuer la moyenne des trois mesures ;
- les *callipers* doivent être placés sur le bord interne du sac ;
- l'embryon doit être mesuré en coupe sagittale pour évaluer la longueur cranio-caudale (LCC) ;
- la présence d'une vésicule vitelline au sein d'un sac gestationnel signe une grossesse intra-utérine même sans embryon visible.

Signes échographiques évolutifs

- **4 semaines d'aménorrhée (SA) : sac gestationnel (SG) visible (2 mm)** par voie vaginale.
 - **4,5 SA : SG (3–4 mm), couronne hyperéchogène (trophoblaste).**
 - **5 SA : SG (7–10 mm) avec vésicule ombilicale (VO).**
 - **5 SA 2–3 jours :**
 - SG (15 mm), embryon visible (échographie transvaginale ou ETV) si ≥ 2 mm,
 - Activité cardiaque (AC) présente dès la visibilité de l'embryon.
- AC + correspond à une datation ≥ 5 SA 3 jours.

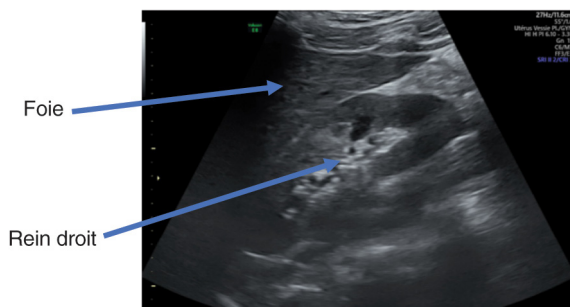


Figure 1.5. Échographie par voie abdominale : coupe de l'espace de Morrison.

Source : Dr Corinne Bordonné.

Respect de l'intimité de la patiente, savoir-être

Concernant le respect de l'intimité de la patiente, des attitudes simples comme proposer à la patiente de quoi se couvrir pendant l'examen, se détourner au moment où la patiente se déshabille (ou mieux disposer d'un déshabilleur) sont très vivement conseillées.

Le consentement est indispensable : cela ne prend qu'un instant de demander l'accord verbal de la patiente avant la pose d'un spéculum et avant le toucher vaginal. En cas de refus, expliquer le but de l'examen permet souvent de convaincre la patiente. Si cela ne suffit pas, ne pas insister et bien noter cet élément dans le dossier. Le recueil écrit du consentement de la patiente pour l'examen gynécologique et échographique est proposé par certains.

En complément des notions d'asepsie rappelées précédemment, il faut aussi penser aseptie verbale : la patiente consultant en urgence pour un souci gynécologique est souvent inquiète, dans une situation de stress et de faiblesse, donc très sensible à chacun des termes qui seront dits. Cela est vrai pour toute consultation, mais peut-être encore un peu plus dans le contexte de l'urgence gynécologique. Il faut peser le poids de ses mots.

Le cas de Figure type est la fausse couche. Cette situation est extrêmement fréquente et on pourrait vite la qualifier de banale au sein d'une journée aux urgences gynécologiques. En revanche, pour la patiente, cela est un événement de vie, qui la marquera plus ou moins fortement, parfois avec des retentissements psychologiques tout à fait comparables à ceux d'un deuil. Dans ce contexte, on ne saura que trop conseiller empathie et bienveillance : les patientes sont autant marquées dans le mauvais sens par des prises en charge expéditives et froides que dans le bon sens par une prise en charge humaine et chaleureuse. Les réclamations écrites relatives aux droits des patientes des urgences gynécologiques concernent autant le comportement et l'attitude de l'équipe médicale que la prise en charge médicale pure.

Pour en Savoir plus

- Delabaere A, Huchon C, Lavoue V, Lejeune V, Iraola E, Nedellec S, et al. Definition of pregnancy losses : Standardization of terminology from the French National College of Obstetricians and Gynecologists (CNGOF). *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2014;43(10):756-63.
- Doubilet PM, Benson CB, Bourne T, Blaivas M. Society of Radiologists in Ultrasound Multispecialty Panel on Early First Trimester Diagnosis of Miscarriage and Exclusion of a Viable Intrauterine Pregnancy, Barnhart KT, et al. Diagnostic criteria for nonviable pregnancy early in the first trimester. *N Engl J Med* 2013;369(15):1443-51.
- Huchon C, Deffieux X, Beucher G, Capmas P, Carcopino X, Costedoat-Chalumeau N, Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. et al. Pregnancy loss : French clinical practice guidelines. *Eur J Obstet Gynecol Biol Reprod* 2016;201:18-26.
- Popowski T, Huchon C, Fathallah K, Bouhanna P, Bernard JP, Fauconnier A. Standardization of the gynecological emergency ultrasound examination. *Gynecol Obstet Fertil* 2012;40(3):182-8.

Je consulte en urgence car... j'ai des douleurs

Conduite à tenir devant des douleurs pelviennes aiguës

Les douleurs pelviennes aiguës représentent un des motifs de consultation aux urgences gynécologiques les plus fréquents. Les deux causes à éliminer absolument sont la grossesse extra-utérine (GEU) ([figure 2.1](#)) rompue et la torsion

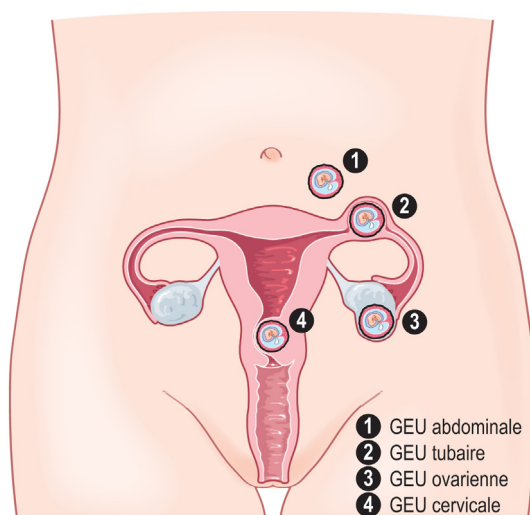


Figure 2.1. Localisations des grossesses ectopiques.

Source : illustration Carole Fumat.

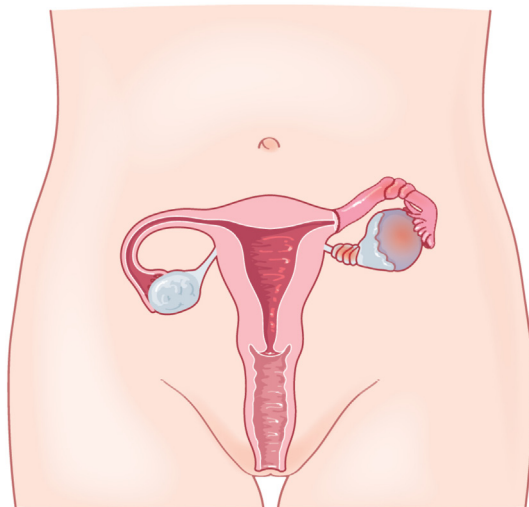


Figure 2.2. Torsion annexielle gauche.

Source : illustration Carole Fumat.

d'annexe (figure 2.2). La GEU rompue met en jeu le pronostic vital de la patiente, alors que la torsion met en jeu le pronostic vital de l'annexe.

Les autres causes gynécologiques de douleurs pelviennes aiguës à diagnostiquer sont une infection génitale haute (IGH), une complication de kyste ovarien (rupture, hémorragie intrakystique), une complication de myome utérin (nécrobiose, torsion). Chez une femme en début de grossesse, une fausse couche peut occasionner des douleurs.

Les causes non gynécologiques à évoquer sont une appendicite aiguë, une origine urinaire (pyélonéphrite, colique néphrétique). Les origines autres (rhumatologiques par exemple) sont plus rares.

Ce chapitre a pour but de présenter les éléments clés de l'interrogatoire et de l'examen clinique. Les traitements seront détaillés dans les chapitres suivants en fonction de l'étiologie douloureuse.



Définition

Quand parler de douleurs pelviennes aiguës ? Classiquement, les douleurs pelviennes aiguës correspondent à des douleurs évoluant depuis moins de 1 mois, localisées au niveau de l'hypogastre et/ou de la fosse iliaque droite et/ou de la fosse iliaque gauche. Au-delà de ce délai, on parlera de douleurs pelviennes chroniques.

Interrogatoire

Caractériser la douleur

Il faut caractériser les douleurs, cela permettra d'orienter le diagnostic. Voici une liste des questions à poser au cours de la consultation.

Quand a débuté la douleur ?

Cet élément est essentiel : c'est ce qui permet de déterminer le caractère aigu ou chronique de la douleur. Par exemple, des douleurs pelviennes chroniques à recrudescence menstruelle orienteront vers une endométriose. L'heure de début des douleurs en cas de torsion d'annexe est un élément pronostic important.

Comment a débuté la douleur ? Que faisiez-vous au moment de la douleur ?

Une douleur de début brutal doit faire craindre une torsion d'annexe, alors qu'un début progressif oriente plus vers une IGH ou une appendicite aiguë.

Quelle note donnez-vous à votre douleur, entre 0, pas de douleur, et 10 pour la douleur la plus intense que vous puissiez imaginer ?

Les échelles numériques verbales (de 0 à 10) ou les échelles visuelles analogiques (EVA) sont fréquemment utilisées. La mesure de l'intensité de la douleur peut permettre un tri des urgences vitales : ainsi, la douleur est habituellement très intense en cas de torsion d'annexe, alors qu'elle sera modérée dans une IGH.

Où avez-vous mal ?

La topographie de la douleur peut orienter sur sa cause. Par exemple, le caractère unilatéral est plutôt en faveur d'une pathologie annexielle, alors qu'une douleur diffuse à l'ensemble du pelvis est classique en cas d'IGH. La douleur en fosse iliaque droite doit faire penser à une appendicite aiguë. Les patientes montrent souvent l'ensemble du pelvis avec la main ouverte, demander de montrer avec un seul doigt peut améliorer la précision.

Signes associés à la douleur

Les douleurs sont rarement isolées, il faut rechercher des signes associés qui auront une bonne valeur d'orientation également.

Quelle est la date de vos dernières règles ?

Une grossesse en cours change totalement les hypothèses diagnostiques, une aménorrhée est à rechercher systématiquement.

Avez-vous des saignements ?

Des métrorragies chez une femme enceinte orientent en priorité vers une complication de la grossesse (fausse couche, GEU).

Avez-vous eu de la fièvre ou des frissons ?

Un syndrome fébrile doit faire évoquer en premier lieu les causes infectieuses classiques (appendicite aiguë, IGH et pyélonéphrite). Toutefois, son absence ne permet pas d'éliminer ces étiologies.

Avez-vous vomi ou en avez-vous envie ?

Nausées et vomissements sont fréquents en cas de torsion d'annexe (réflexe vagal accompagnant une douleur intense), mais orientent aussi vers une pathologie digestive (appendicite aiguë).

Avez-vous des gaz ? Quand êtes-vous allée pour la dernière fois à la selle ?

Un arrêt du transit est volontiers retrouvé en cas d'origine digestive à la douleur, alors que la présence d'un ténésme rectal en cas d'IGH doit faire rechercher un abcès tubo-ovarien (ATO).

Allez-vous souvent uriner ? Avez-vous des brûlures en urinant ?

Des signes cliniques urinaires sont fréquemment présents en cas d'origine urologique à la douleur, mais peuvent également être présents en cas d'IGH (urétrite associée).

Rechercher des éléments d'orientation étiologique

Enfin, certains facteurs peuvent favoriser une pathologie et vous pouvez interroger les patientes à leur recherche si vous avez déjà une idée derrière la tête. Voici quelques exemples :

Avez-vous déjà eu une infection génitale ? Avez-vous eu des rapports non protégés récemment ?

Un antécédent d'infection sexuellement transmissible (IST), des premiers rapports sexuels précoces et un grand nombre de partenaires sexuels sont souvent retrouvés en cas d'IGH.

Avez-vous été opérée récemment ? Avez-vous effectué des examens médicaux récemment ?

Des manœuvres endo-utérines récentes (aspiration, hystéroscopie, pose de dispositif intra-utérin ou DIU, hystérosalpingographie...) peuvent orienter vers une IGH iatrogène.

Fumez-vous ? Avez-vous déjà fait une GEU ? Quel est votre moyen de contraception ?

Les facteurs favorisant une GEU sont un antécédent de GEU, d'IGH et le tabac. L'utilisation d'un DIU peut également orienter vers une GEU, de même que les microprogestatifs.

Avez-vous déjà été opérée ?

Si votre patiente a déjà eu une appendicectomie, vous pourrez évoquer un autre diagnostic qu'une appendicite aiguë ! Un bon interrogatoire reprenant l'ensemble des antécédents médicaux et chirurgicaux est essentiel.

L'encadré 2.1 liste relèvent les principales étiologies des douleurs pelviennes aiguës de la femme.

Encadré 2.1**Principales affections responsables de douleurs pelviennes aiguës chez la femme****Étiologies secondaires à une grossesse**

- Grossesse extra-utérine
- Fausse couche spontanée
- Rétention post-fausse couche
- Endométrite du post-partum ou du post-abortum
- Complication de corps jaune gestationnel (corps jaune hémorragique, kyste du corps jaune et ses complications)

Étiologies infectieuses

- Infection génitale haute (salpingite, endométrite, pelvipéritonite, ATO)
- Appendicite
- Pyélonéphrite aiguë, infection urinaire basse

Étiologies annexielles

- Torsion d'annexe
- Complications des kystes ovariens (hémorragie intrakystique, rupture de kyste, torsion d'annexe)
- Dysovulation
- Étiologies secondaires à la présence d'un fibrome
- Nécrobiose aiguë
- Torsion d'un myome sous-séreux pédiculé
- Accouchement d'un myome sous-muqueux par le col utérin

Étiologies urologiques

- Colique néphrétique
- Pyélonéphrite aiguë, infection urinaire basse

Causes rares

- Sacro-iléite bactérienne
- Ostéite
- Anévrisme de l'artère iliaque
- Infection d'un kyste de l'ouraque

Source : Huchon C, *et al.* Algies pelviennes aiguës de la femme : orientation diagnostique et conduite à tenir. *Encycl Méd Chir* (Elsevier, Paris). Gynécologie, 162-A15, 2010.

Examen clinique

Rechercher de signes de gravité

■ Évaluer les constantes (pression artérielle, fréquence cardiaque) : y a-t-il des signes de choc ?

■ Palper l'abdomen : y a-t-il une défense ? une contracture ?

Avant de réaliser l'examen gynécologique et de rechercher la cause de la douleur, il est important de rechercher des signes de gravité : la douleur peut révéler une pathologie mettant en jeu le pronostic vital de la patiente, par exemple une GEU rompue.

Examen au spéculum

■ Y a-t-il des métrorragies ? des leucorrhées anormales ?

■ Le col a-t-il un aspect normal ?

La présence de leucorrhées anormales, une cervicite peuvent orienter vers une IGH ; la présence de métrorragies en début de grossesse doit faire rechercher une GEU.

Toucher vaginal

■ Le toucher est-il douloureux ? Y a-t-il une douleur à la mobilisation utérine ? à la palpation d'une seule annexe ? des deux annexes ?

■ Quelle est la taille de l'utérus ? Quelle est sa forme ?

■ Une masse est-elle palpable ? Est-elle médiane ou latéro-utérine ?

En cas de torsion d'annexe, la douleur est unilatérale, une masse peut être palpée. En cas de complication de fibromes, la douleur est plutôt médiane, déclenchée à la palpation d'un utérus bosselé, augmenté de taille. Dans les IGH, on retrouve souvent une douleur provoquée à la palpation et/ou à la mobilisation utérine. On retrouve également fréquemment une douleur à la palpation annexielle, le plus souvent bilatérale.

Palpation de l'abdomen et du pelvis

On recherche une masse (gros ovaire ? utérus myomateux ?), on examine le point de Mac Burney, les orifices herniaires.

Rechercher une hyperthermie

Elle est fréquente en cas d'IGH, mais attention, son absence ne permet pas d'éliminer ce diagnostic.

Quels examens prescrire ?

Dès le début de la prise en charge : hCG urinaires et bandelette urinaire

La réalisation d'hCG (*human chorionic gonadotropin*) urinaires pour toute patiente en période d'activité génitale consultant aux urgences gynécologiques permet d'éviter de ne diagnostiquer une GEU rompue qu'après de longues heures en salle d'attente.

La bandelette urinaire pourra orienter vers une pathologie urinaire infectieuse ou vers une colique néphrétique en cas d'hématurie.

Biologie

hCG

Un dosage négatif d'hCG est le meilleur moyen pour éliminer une GEU !

L'analyse quantitative des hCG plasmatiques est importante dans un contexte de grossesse de localisation indéterminée (le seuil de visibilité échographique d'une grossesse intra-utérine classiquement retenu est de 1500 IU/mL). Ce sera aussi le point de départ pour suivre l'évolution à 48 h de la cinétique des hCG pour distinguer une grossesse intra-utérine évolutive d'une grossesse intra-utérine arrêtée ou d'une GEU.

Numération-formule sanguine

Y a-t-il une anémie ?

Une anémie importante doit faire craindre un hémopéritoine. Quelle que soit l'origine de l'anémie, une transfusion pourra éventuellement être nécessaire pour la corriger.

Y a-t-il une hyperleucocytose ?

Très fréquente en cas d'appendicite aiguë, l'absence d'hyperleucocytose ne doit pas faire éliminer une IGH (si elle est présente, l'hyperleucocytose en cas d'IGH doit faire rechercher une forme compliquée d'ATO).

Protéine C réactive

Elle est fréquemment augmentée en cas de pathologie infectieuse : IGH ou appendicite aiguë. Néanmoins, sa normalité n'élimine ni l'un ni l'autre de ces diagnostics.

Faire des prélèvements bactériologiques

Les réaliser en cas de suspicion d'IGH : prélèvements vaginaux et endocervicaux, avec mise en culture et techniques d'amplification des acides nucléiques pour recherche de gonocoque, *Chlamydia trachomatis* et *Mycoplasma genitalium*.

Faire une échographie pelvienne et abdominale

Rechercher un hémopéritoine en priorité en cas de signes de gravité

L'hémopéritoine est visible par voie endovaginale mais aussi par voie abdominale : en particulier en examinant l'espace de Morrison.

Rechercher des signes directs et indirects de GEU si les hCG sont positifs

La présence d'une grossesse intra-utérine (signée par la présence d'une vésicule vitelline ou d'un embryon dans un sac gestationnel intra-utérin) permet d'éliminer une GEU. En cas d'absence de grossesse intra-utérine, avec un taux d'hCG plasmatiques supérieur à 1500 UI/mL, il faut rechercher une GEU (signes directs : présence d'un sac extra-utérin avec éventuellement un embryon ; signes indirects : présence d'une masse latéro-utérine témoignant d'un hématosalpinx, d'un hémopéritoine et d'un utérus vide).

Rechercher une pathologie annexielle

Les torsions sur annexe saine sont rares : il existe souvent un ovaire augmenté de taille, un kyste ovarien, un kyste paratubaire ou un hydrosalpinx. En cas de suspicion de torsion d'annexe, un arrêt des flux signe une torsion. Cependant, la persistance d'un flux n'élimine pas le diagnostic de torsion.

On recherche des signes échographiques d'hémorragie intrakystique ou de rupture de kyste ovarien.

Rechercher des signes d'IGH en cas d'hyperthermie, de douleurs à la mobilisation utérine ou à la palpation annexielle

Rechercher des signes positifs (épaississement de la paroi tubaire, épanchement intratubaire, etc.) et rechercher une forme compliquée (ATO) dont la taille pourra faire poser l'indication d'un drainage.

Examen de l'appendice et des voies urinaires

L'analyse de l'appendice n'est pas nécessairement à la portée de l'interne de gynécologie : on demandera au radiologue en cas de suspicion. En revanche, il est souvent possible de mesurer les voies urinaires à la recherche d'une dilatation en cas de suspicion de colique néphrétique.

Quels examens réaliser en seconde intention ?

Histologie : biopsie d'endomètre

Utile en cas de doute diagnostique entre une grossesse arrêtée et une GEU ; la présence de villosités chorales peut éliminer une GEU.

Des signes histologiques d'endométrite ont été définis et leur présence peut orienter en cas de doute diagnostique d'IGH.

TDM abdomino-pelvienne

Utile en cas de doute entre une IGH et une appendicite aiguë. Utile également dans le cas d'un doute sur un ATO compliquant une IGH.

IRM pelvienne

Performante mais rarement accessible en urgence, l'IRM peut être utile dans les doutes diagnostiques, par exemple dans certains cas non évidents d'IGH.

Coelioscopie

Elle constitue bien sûr avant tout un traitement de la cause de douleurs pelviennes aiguës, mais elle peut néanmoins être utile en cas de doute diagnostique (torsion d'annexe, IGH, appendicite aiguë). Sa réalisation est également possible en cas de mauvaise évolution en cours de traitement médical d'une IGH.

Pour en Savoir plus

CNGOF. Gynécologie obstétrique. Réussir ses ECNi. Coll. Les référentiels des collèges. 4^e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2018.

Fauconnier A, Provot J, Le Creff I, Boukdedid R, Vendittelli F, Doret-Dion M, et al. Framework Proposal for Quality and Safety Measurement in Gynecologic Emergency Care. *Obstet Gynecol* 2020;136(5):912-21.

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 (Elsevier, Paris). Gynécologie* 2017;32(4):1-13.

Je consulte en urgence car... je saigne

Conduite à tenir devant des ménorragies-métrorragies

Le motif de consultation « saignement gynécologique » est un des plus fréquents. Le premier réflexe dès le début de la prise en charge est l'évaluation de la tolérance afin de ne pas perdre de temps en cas de choc hémorragique.

Le second réflexe est de distinguer deux grands cadres selon le statut génital de la patiente : chez une femme en âge de procréer, une GEU est le diagnostic à éliminer, alors que devant des métrorragies post-ménopausiques, le leitmotiv est le cancer de l'endomètre.

Schématiquement, une patiente consultant en urgence pour de saignements gynécologiques doit avoir une prise de pression artérielle, de pouls, et un dosage des hCG !



À retenir

Réflexe à avoir en cas de saignement d'origine utérine chez la femme non ménopausée : éliminer une grossesse → hCG urinaires ou plasmatiques.

En dehors des deux situations caricaturales précédentes, les origines sont très diverses. Il faudra distinguer les saignements d'origine endo-utérine des saignements cervicaux ou vaginaux.

Évaluation de la tolérance des saignements

■ L'urgence est le choc hémorragique : il faut débiter la prise en charge par l'évaluation du retentissement des saignements (Figure 3.1).

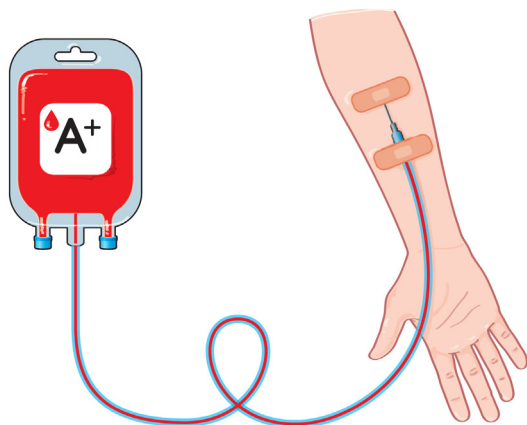


Figure 3.1. Transfusion.

Source : illustration Carole Fumat.

- Évaluation clinique :
 - malaise, pâleur cutanée... ;
 - tachycardie (> 120 battements/min) ;
 - pression artérielle basse : pression artérielle systolique (PAS) < 80 mm Hg.
- Mesures d'urgence :
 - aux urgences :
 - pose d'une voie veineuse périphérique pour remplissage vasculaire,
 - réalisation d'un bilan préopératoire et prétransfusionnel,
 - appel de l'équipe d'anesthésie-réanimation ;
 - au cabinet : appeler le SAMU !

Interrogatoire

L'interrogatoire a deux buts principaux : évaluer l'abondance des saignements et orienter le diagnostic.

Avez-vous beaucoup saigné ?

Cet élément est essentiel pour déterminer le caractère urgent ou non de la prise en charge. En pratique, on demande à la patiente le nombre et le type de garnitures utilisées, la présence ou non de caillots, si ses vêtements ont été tachés par les saignements, etc. Dans le cadre de ménorragies, on peut s'aider du score d'Higham (Figure 3.2).

Si la réponse est oui, il est indispensable de *rechercher à l'interrogatoire des signes d'anémie* (asthénie, malaises, tachycardie).

Quand ont débuté les saignements ?




		Jour de règles								
Tampon ou bande		J1	J2	J3	J4	J5	J6	J7	J8	Points
 1 point/ tampon ou bande										
 5 points/ tampon ou bande										
 20 points/ tampon ou bande										
Petit caillot	1 point									
Grand caillot	5 points									



Figure 3.2. Score d'Higham.

Source : CNGOF. *Gynécologie obstétrique. Réussir ses ECNi*. Coll. Les référentiels des collèges. 4^e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2018.

Un saignement chronique, même de faible abondance, peut créer une anémie profonde, souvent bien tolérée. Les étiologies sont différentes selon que les saignements sont aigus ou chroniques (Tableau 3.1).

Êtes-vous toujours réglée ? Si oui, quelle est la date de vos dernières règles et quel est le lien entre vos cycles et les saignements ?

Tableau 3.1. PALM COEIN, classification FIGO des causes de saignements anormaux d'origine utérine chez les patientes non enceintes, en âge de procréer.

<p>Polype Adénomyose Léiomyome : sous-muqueux et autre Malignité et hyperplasie</p> 	<p>Coagulopathie Ovulatoire (dysfonction) Endométriale (cause) Iatrogénie Non autrement précisée</p> 
---	--

Source : Munro MG, et al. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. *Int J Gynecol Obstet* 2011 ; 113(1) : 3-13, © Elsevier 2011.

La prise en charge est différente chez une femme en période d'activité génitale chez qui on élimine en priorité une GEU. Chez une patiente ménopausée, c'est au cancer de l'endomètre qu'il faut penser en priorité ([Tableau 3.2](#)).

Le lien des saignements avec les cycles peut quant à lui orienter vers des étiologies différentes : par exemple, l'adénomyose est plutôt responsable de ménorragies, alors qu'une néoplasie cervicale provoque des saignements sans lien avec le cycle.



Définitions

- **Métrorragies** : saignements anormaux d'origine utérine en dehors des périodes des règles.
- **Ménorragies** : règles de durée anormalement longue (plus de 7 jours, en général) et d'abondance anormalement excessive.
- **Ménométrorragies** : association de métrorragies et de ménorragies.

Avez-vous une contraception ? Si oui, quel en est le type ?

Il faudra surtout distinguer contraceptions hormonales et dispositifs intra-utérins au cuivre. En effet, certaines contraceptions hormonales peuvent provoquer des troubles du cycle et, dans ce cas, c'est la contraception elle-même qui est la cause des saignements. Par exemple, les microprogestatifs (oraux ou locaux) peuvent parfois donner de faibles saignements noirâtres : des *spottings*.

Autre mode de contraception intéressant à interroger : le stérilet au cuivre. Considéré à tort comme pourvoyeur de GEU, par définition intra-utérin, le stérilet ne peut empêcher l'implantation ectopique d'une grossesse.

Enfin, les autres modes de contraception (retrait, préservatifs, etc.) étant moins fiables, cela pourra orienter le diagnostic.

Existe-t-il un facteur déclenchant ?

Les rapports sexuels sont un facteur déclenchant classique de métrorragies : on parle de métrorragies de contact. Cela est évocateur d'une lésion bénigne ou d'une néoplasie cervicale.

Par ailleurs, il peut exister une plaie vaginale secondaire à un rapport sexuel. Cela peut arriver en dehors de tout contexte de violence lors d'un rapport consenti. Toutefois, une plaie vaginale doit impérativement faire évoquer et rechercher un contexte de violences.

Quels sont vos antécédents médicaux, chirurgicaux et obstétricaux ?

En premier lieu, ce sont ici les antécédents gynécologiques et obstétricaux qui sont intéressants. Sur le plan gynécologique, un antécédent de polype ou de myome peut orienter le diagnostic. Sur le plan obstétrical, plusieurs antécédents de grossesses arrêtées doivent faire penser (et traiter comme tel) à des fausses couches à répétition. Un antécédent de grossesse récente peut orienter vers une rétention du post-partum en cas d'accouchement récent ou bien vers une rétention trophoblastique secondaire à une fausse couche incomplète ou à une interruption volontaire incomplète. Enfin, l'apparition de métrorragies dans les

Tableau 3.2. Étiologie des ménométrorragies, classées selon différentes modalités.

Grossesse
<ul style="list-style-type: none"> – 1^{er} trimestre : grossesse intra-utérine évolutive, grossesse extra-utérine, grossesse de localisation indéterminée, fausse couche spontanée, grossesse intra-utérine arrêtée, lyse d'un jumeau, môle hydatiforme – 2^e trimestre : hématome placentaire, décollement marginal, placenta bas inséré, causes indéterminées – 3^e trimestre : hématome rétroplacentaire, hématome décidual marginal, placenta praevia, hémorragie de Benkiser, rupture utérine (exceptionnel en dehors du travail), cause cervicale – Hémorragie de la délivrance (post-partum) – Causes non spécifiques à la grossesse
Causes organiques utérines et annexielles
<ul style="list-style-type: none"> – Adénomyose – Myome utérin (principalement les sous-muqueux) – Polype endométrial – Hyperplasie endométriale – Cancer de l'endomètre – Infection génitale haute – Tumeurs sécrétantes de l'ovaire – Malformations artérioveineuses
Causes cervicales
<ul style="list-style-type: none"> – Ectropion – Cancer du col de l'utérus – Cervicite
Coagulopathie
Maladie de Willebrand
Causes iatrogènes
<ul style="list-style-type: none"> – Contraception entraînant une carence œstrogénique – Anticoagulant – Dispositif intra-utérin
Maladies systémiques
<ul style="list-style-type: none"> – Hypothyroïdie – Lupus érythémateux disséminé aigu – Insuffisance rénale chronique – Insuffisance hépatique
Causes fonctionnelles
<p>Une fois toutes les étiologies organiques éliminées :</p> <ul style="list-style-type: none"> – métrorragies intermenstruelles au 14^e jour du cycle (ovulation) – métrorragies prémenstruelles par insuffisance lutéale – métrorragies post-menstruelles par insuffisance œstrogénique en début de cycle

Source : CNGOF. *Gynécologie obstétrique. Réussir ses ECNi*. Coll. Les référentiels des collèges. 4^e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2018.

suites d'un geste endo-utérin (chirurgical ou diagnostique ; pose de stérilet) peut orienter vers une complication infectieuse.

Dans les antécédents médicaux, ce sont surtout la prise d'anticoagulants et un antécédent de coagulopathie qui sont à rechercher.

Enfin, selon le contexte, on peut rechercher des facteurs de risque de cancer de l'endomètre (surpoids, diabète de type II, hypertension artérielle, etc.) ou de cancer du col (de quand date votre dernier frottis ? Avez-vous déjà été suivie ou traitée pour une dysplasie cervicale ?).

Quel est votre groupe sanguin ?

Bien évidemment, cette information est primordiale si une transfusion s'avère nécessaire ; toutefois, quoi qu'il arrive, le groupe sanguin est vérifié avant transfusion.

En revanche, cette question est capitale en pratique quotidienne afin de connaître le rhésus de la patiente. En cas de métrorragies du 1^{er} trimestre chez une patiente de rhésus négatif, une prévention de l'allo-immunisation anti-D peut être nécessaire.

Examen clinique

Ses buts principaux sont d'une part d'évaluer l'origine et l'abondance des saignements, d'autre part de rechercher un éventuel retentissement de ces saignements.

Examen au spéculum

Il permet d'établir l'origine des saignements : endo-utérins issus de l'endocol, cervicaux sur une lésion cervicale ou vaginaux sur une plaie vaginale.

L'examen au spéculum permet également d'évaluer si le saignement est toujours actif ou non, et d'évaluer son abondance. En cas de suspicion de cancer de l'endomètre d'emblée, on peut profiter de l'examen clinique initial pour réaliser une biopsie d'endomètre à l'aide d'une pipelle de Cornier.

Parfois, aucune trace de saignement n'est retrouvée à l'examen vaginal au spéculum. Ne pas hésiter à se poser la question d'une hématurie macroscopique ou de rectorragies qui auraient été prises par erreur par la patiente pour des saignements gynécologiques. Dans le premier cas, un sondage urinaire évacuateur peut apporter la réponse. Dans le second, c'est un toucher rectal qui peut rectifier l'origine des saignements.

Toucher vaginal

Il recherche une masse du col, une induration, voire une infiltration des paramètres en cas de suspicion de néoplasie cervicale. Ne pas s'acharner toutefois : dans un contexte de cancer du col, l'examen clinique est douloureux. Si besoin, il sera au mieux complété sous anesthésie générale avec réalisation de biopsies, d'une cystoscopie, etc.

Le toucher recherche aussi un utérus myomateux augmenté de taille, bosselé et induré. Il recherche aussi un kyste ovarien. Enfin, les infections génitales hautes pouvant provoquer des métrorragies, la recherche d'une douleur à la mobilisation utérine et/ou à la palpation des annexes peut être utile selon le contexte.

Palpation abdominale

En cas de douleur associée et/ou d'hCG positifs, on recherche une défense, une contracture, avec en arrière-pensée une GEU rompue.

Recherche de signes d'anémie

Elle constitue un élément clé dans ce contexte de saignements gynécologiques. Il faut rechercher une pâleur cutanéomuqueuse. On n'oublie pas de vérifier le pouls, à la recherche d'une tachycardie, et la pression artérielle. Il faut également s'inquiéter d'une difficulté à parler avec une accélération de la fréquence respiratoire témoignant d'un essoufflement.

Examens complémentaires

Le tout premier examen à réaliser chez une patiente en période d'activité génitale qui consulte pour des saignements est un test de grossesse. Selon son résultat, les étiologies et toute la prise en charge seront différentes. Si le test est positif, on reste dans le cadre de métrorragies du 1^{er} trimestre (voir chapitre 12), s'il est négatif, on entre dans le cadre des ménométrorragies (voir chapitre 17).

hCG

Inutiles bien évidemment chez une femme ménopausée, ils sont indispensables dans toutes les autres situations. Ils peuvent être urinaires, voire sanguins. En effet, plasmatiques quantitatifs, ils permettront de suspecter une GEU d'emblée s'ils sont élevés (> 1500 UI) et que l'échographie ne retrouve aucune image de grossesse intra-utérine. En cas de grossesse de localisation indéterminée, cela permet aussi d'avoir un point de départ pour le suivi.

Numération-formule sanguine et bilan martial

En premier lieu devant des saignements, c'est une anémie séquellaire qui est recherchée. Si elle est présente, microcytaire, un bilan martial peut être demandé afin de guider les modalités de la supplémentation ultérieure.

On recherche également une thrombopénie pouvant expliquer la cause des saignements, ou bien une hyperleucocytose si le contexte est celui de métrorragies sur infection génitale haute.

Bilan de coagulation

Dans le contexte de l'urgence, il est rarement demandé. Il est plutôt effectué en seconde intention dans le cadre de saignements chroniques. On peut retrouver un abaissement du taux de prothrombine (TP) et du temps de céphaline activée (TCA), une coagulopathie, etc.

Bilan prétransfusionnel

Si l'anémie est importante, mal tolérée, une transfusion sanguine peut être nécessaire. Le bilan prétransfusionnel comprend deux déterminations de groupe sanguin et la recherche d'agglutinines irrégulières.

Prélèvements à visée histologique

Selon le contexte, la réalisation d'emblée de prélèvements à visée histologique peut faire gagner un temps précieux sur la suite de la prise en charge.

En cas de col suspect, au minimum un frottis cervico-utérin avec recherche de papilloma virus oncogènes est réalisé. Dans l'idéal, une biopsie sera plus contributive. En cas de suspicion de cancer de l'endomètre, une biopsie d'endomètre à l'aide d'une pipelle de Cornier peut être réalisée en urgence. L'autre contexte dans lequel la réalisation d'une biopsie d'endomètre d'emblée peut permettre de gagner du temps est celui d'une grossesse arrêtée avec suspicion de grossesse molaire.

Échographie pelvienne

Comme bien souvent en gynécologie, l'échographie pelvienne est l'examen complémentaire essentiel.

La réalisation des hCG avant celle de l'échographie est primordiale. En effet, tout comme pour l'interrogatoire, l'examen clinique et la prise en charge ultérieure, l'analyse de l'échographiste est totalement différente en fonction du résultat des hCG. Par exemple, un utérus vide en échographie avec des hCG > 1500 UI est très évocateur d'une GEU, alors qu'un utérus vide en échographie avec des hCG négatifs sera évocateur de pas grand-chose !

Si les hCG sont positifs, l'échographie cherche des signes évocateurs d'une grossesse intra-utérine évolutive, d'une grossesse arrêtée ou bien d'une GEU (voir chapitre 12).

Si les hCG sont négatifs, il faut analyser l'épaisseur de l'endomètre : une atrophie muqueuse peut provoquer des métrorragies, tout comme un endomètre épaissi. Dans ce contexte, il faut penser au cancer de l'endomètre bien évidemment. L'échographie recherche un obstacle intracavitaire (polype endométrial, myome à composante sous-muqueuse, stérilet mal positionné), un kyste ovarien, etc.

Les traitements des ménométrorragies étant spécifiques aux étiologies si nombreuses qu'elles balaient tout le domaine de la gynécologie –, ils ne seront pas abordés ici. Néanmoins, ce qu'il y a de commun à la prise en charge des diverses pathologies pouvant donner des métrorragies, c'est le point de départ (les hCG) chez une femme en période d'activité génitale et l'évaluation du retentissement des saignements.

Pour en Savoir plus

CNGOF. Gynécologie obstétrique. Réussir ses ECNi. Coll. Les référentiels des collèges. 4^e éd. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson ; 2018.

Munro MG, Critchley HOD, Broder MS, Fraser IS. FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. *Int J Gynecol Obstet* 2011;113(1):3-13.

Je consulte en urgence car... ça gratte, ça pique, ça brûle

Conduite à tenir devant une vulvovaginite

Les douleurs, prurits et autres brûlures vulvaires et vaginales constituent un des motifs de consultation les plus fréquents aux urgences gynécologiques.

Derrière ce groupe de symptômes existent des étiologies très différentes, pas uniquement infectieuses et/ou sexuellement transmissibles.

Interrogatoire

Il doit préciser :

- **l'âge de la patiente, ses antécédents gynécologiques et obstétricaux, le statut ménopausé ou non** : la mycose est plus fréquente chez les jeunes femmes, alors qu'un prurit chez une femme ménopausée peut faire évoquer un lichen ;
- **la notion de contagement sexuel par le(s) partenaire(s)** : certaines pathologies vulvaires sont sexuellement transmissibles (herpès par exemple) et l'existence de signes chez le partenaire peut orienter dans cette direction ;
- **la notion d'antibiothérapie récente** : certaines antibiothérapies générales peuvent favoriser chez certaines patientes le développement d'une atteinte mycosique génitale basse ;
- **le type de contraception (contraceptifs oraux ou DIU)** : certaines patientes peuvent avoir des infections mycosiques génitales basses favorisées par le port d'un DIU ;

- **la date des dernières règles afin de placer l'épisode au sein du cycle menstruel et de mettre en évidence une éventuelle périodicité** : modifiant le pH vaginal, les règles peuvent également favoriser l'apparition d'une mycose ; en particulier, certaines patientes souffrant de ménorragies peuvent de plus développer des épisodes mycosiques à répétition ;
- **les caractères de cette gêne vulvaire** : date d'apparition, type (brûlure, douleur, prurit) ;
- **les signes d'accompagnement** (leucorrhée, dyspareunie, douleurs pelviennes, dysurie, pollakiurie, brûlures mictionnelles, fièvre, métrorragies) **et la chronologie de leur apparition par rapport à la pathologie vulvaire.**

Examen clinique

Il se déroule en trois temps :

- inspection vulvaire et examen au spéculum : l'examen au spéculum peut être particulièrement douloureux, la plus grande douceur est nécessaire ; dans certains cas extrêmes, il ne sera même pas réalisable ;
- toucher vaginal :
 - recherche d'une douleur à la mobilisation utérine et/ou à la palpation annexielle (IGH associée ?),
 - s'il n'y a aucune douleur pelvienne et qu'il existe une vulvovaginite importante, la réalisation du toucher vaginal n'est pas indispensable ;
- recherche de signes associés : fièvre, signes urinaires. Un examen cytot bactériologique urinaire (ECBU) peut être demandé en cas de suspicion d'infection urinaire basse (association ou diagnostic différentiel).

On recherche également des signes d'infection locorégionale (adénopathies inguino-crurales dans le cadre d'un herpès par exemple) et une éventuelle hyperthermie.

Pathologies infectieuses

Candidoses vulvovaginales

Il s'agit de la classique mycose, la plupart du temps liée à *Candida albicans*, levure d'origine digestive. Ce n'est donc pas une infection sexuellement transmissible. Des altérations du pH vaginal peuvent favoriser leur apparition.

La patiente rapporte un prurit, des leucorrhées et des brûlures vaginales et/ou vulvaires. Certains facteurs de risque peuvent être mis en évidence à l'interrogatoire : prise d'antibiotiques, diabète non équilibré...

Tout traitement antibiotique par voie générale met en déséquilibre l'écosystème vaginal et peut favoriser une infection mycosique. Cela est vrai également en cas d'immunodépression ou d'intervention chirurgicale gynécologique récente.

L'examen clinique retrouve une vulve et/ou un vagin inflammatoires (rouges, oedématisés) avec d'éventuelles fissures. Les leucorrhées sont classiquement blanches

et épaisses (aspect de lait caillé). Un traitement antifongique local est indiqué, sous forme de crème pour la vulve et/ou d'ovule en cas d'atteinte vaginale. Une solution à base de glycolle permet également habituellement une amélioration des signes locaux.

Les formes récidivantes ne sont pas rares et un traitement antifongique prolongé peut être nécessaire comme l'administration locale de bacilles de Doderlein. Dans cette situation, un prélèvement vaginal peut être intéressant pour rechercher un germe atypique et pour évaluer la flore vaginale (voir chapitre 14).

Herpès génital

Le virus responsable de l'herpès génital est *Herpes simplex virus* de type 2 (HSV-2) dans 60 à 80 % des cas. Les cas d'herpès génital à HSV-1 sont plus rares.

Clinique

Primo-infection herpétique

Le virus se transmet par contact direct cutanéomuqueux ou muqueux avec un sujet excréteur du virus (primo-infection, récurrence ou excrétion asymptomatique). La primo-infection survient 2 à 20 jours après le contact infectant (6 à 7 jours en général) et est parfois asymptomatique (50 à 90 % des cas selon les études). Symptomatique, la patiente présente une vulvite extrêmement douloureuse, parfois accompagnée de fièvre et d'une altération de l'état général. L'éruption vésiculaire vulvaire est éphémère, avec des lésions arrondies, parfois aphtoïdes, s'étendant vers l'anus (Figure 4.1). Des lésions herpétiques peuvent coexister sur

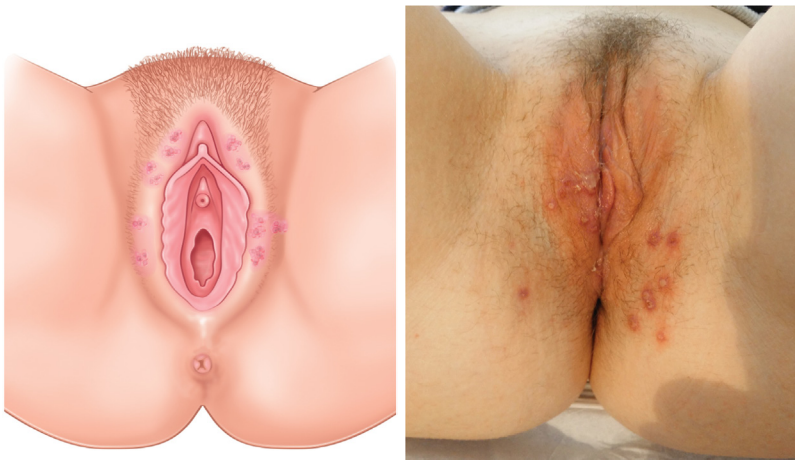


Figure 4.1. Herpès génital.

Source : en a, illustration Carole Fumat ; en b, photo du Dr Paul Marzouk.

les parois vaginales et le col. Des adénopathies inguinales sensibles sont fréquentes et une rétention d'urine est possible (radiculomyélite compliquant l'infection). La cicatrisation spontanée est obtenue en 2 à 3 semaines.

Récurrence

Pendant la période de latence, le virus migre dans les ganglions sensitifs spinaux sacrés où il reste latent, à vie. À la faveur de circonstances favorables (fatigue, stress, etc.), le virus peut recoloniser par voie axonale le territoire cutanéomuqueux où s'était produite la primo-infection.

L'éruption est souvent précédée d'une sensation de brûlure, de picotements, de prurit. Les vésicules sont groupées en bouquets sur une base érythémateuse et évoluent sous une forme érosive, pour une durée moyenne de 7 jours.

Le siège des récurrences est fixe pour une patiente donnée. La guérison spontanée se fait en 3 à 14 jours. La fréquence des récurrences est très variable selon les patientes. Elles peuvent altérer fortement la qualité de vie et la vie sexuelle.

Diagnostic

Le diagnostic est clinique, mais il est préférable de documenter l'infection herpétique une fois, et donc de réaliser un prélèvement pour analyse, en particulier chez la femme en âge de procréer.

Dans certaines formes sévères, en cas de doute diagnostique ou dans des cas particuliers (3^e trimestre de la grossesse), le recours aux examens de laboratoire est également nécessaire.

Diagnostic direct : culture, recherche d'antigènes et PCR

Le prélèvement est effectué au niveau du plancher d'une vésicule ou d'une ulcération à l'aide d'un écouvillon. La *polymerase chain reaction* (PCR) est la méthode la plus sensible mais son coût est plus élevé que la culture virale ou la recherche antigénique.

Diagnostic indirect : sérologies

Une séroconversion permet de poser le diagnostic de primo-infection. Cependant, le diagnostic est tardif (deux prélèvements à 10 jours d'intervalle) ce qui réduit son intérêt.

À l'heure actuelle, la place des sérologies reste à évaluer.

Traitement

Le traitement de la primo-infection repose sur l'aciclovir par voie orale et le valaciclovir qui ont fait la preuve de leur efficacité, ce qui n'est pas le cas des traitements locaux. Un traitement antalgique doit bien évidemment y être associé.

Le traitement curatif des récurrences a un intérêt limité. Il n'est indiqué qu'en cas de gêne ou de contagion (aciclovir ou valaciclovir). Le traitement préventif des récurrences est indiqué chez les patientes présentant plus de cinq récurrences par an.

Dermatoses inflammatoires

Lichens vulvaires

Les lichens (scléreux vulvaires et plans vulvaires) sont des dermatoses chroniques, pouvant être responsable de douleurs, brûlures et prurits vulvaires. Bien que chroniques, il n'est pas rare d'avoir à prendre en charge ce type de pathologie en urgence lors d'un épisode aigu.

Le lichen scléreux vulvaire est une maladie auto-immune inflammatoire touchant préférentiellement la femme ménopausée (mais peut aussi affecter la femme plus jeune). Elle intéresse la région non pileuse de la vulve, associant pâleur (nacrée, brillante), aspect scléreux et synéchies (pertes de relief des petites lèvres, encapuchonnement du clitoris, etc. ; [Figure 4.2](#)). Le traitement repose sur la corticothérapie locale prolongée. En cas d'échec du traitement, un carcinome épidermoïde vulvaire doit être recherché.

Le lichen plan vulvaire est également une maladie auto-immune inflammatoire. L'aspect est soit blanchâtre en réseau (« en feuille de fougère »), soit érosif, soit atrophique. Il intéresse principalement le vestibule et peut donner des synéchies comparables au lichen scléreux. Le traitement repose sur la corticothérapie locale. La transformation en carcinome épidermoïde vulvaire est plus rare que dans le cas du lichen scléreux vulvaire.

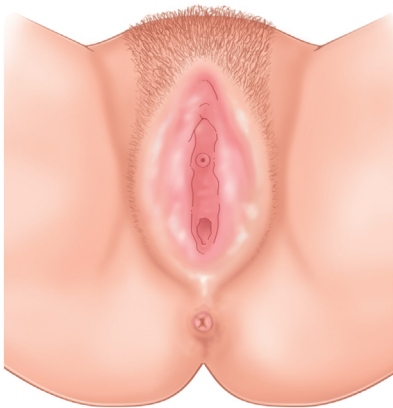


Figure 4.2. Lichen vulvaire.

Source : en a, illustration Carole Fumat ; en b, photo du Dr Paul Marzouk.

Vulvodynies

Il s'agit là aussi d'une maladie chronique, douloureuse, à type de brûlures essentiellement, liée à une anomalie du système de modulation de la douleur. C'est le plus souvent la zone vestibulaire qui est concernée. Il est fréquent d'avoir en

consultation d'urgence ce type de patiente, souvent en pleine errance diagnostique et thérapeutique. L'impact psychologique et sexuel est majeur.

Contrairement aux pathologies précédentes, l'inspection vulvaire ne retrouve pas d'anomalie, c'est un diagnostic d'exclusion des autres pathologies.

Le traitement est plurifactoriel pouvant comprendre de la rééducation périnéale, une prise en charge psychologique, des émollients, des anesthésiques locaux, des antidépresseurs tricycliques à faible dose...

Ces patientes sont souvent en grande souffrance liée à une errance diagnostique avec de nombreux traitements ou investigations inefficaces.

Cette pathologie est fréquente, donc y penser en cas de « mycose récidivante » avec prélèvements négatifs et échec des traitements classiques.

Pour en Savoir plus

Moyal-Barracco M. Diagnostic des pathologies de la vulve. In : Guillevin L, Mouthon L, Lévesque H, editors. Traité de médecine. 5^e éd. Paris : TdM Éditions; 2020. p. 1-4. 2020-S28-P01-C10.

Pérez-López F, Vieira-Baptista P. Lichen sclerosus in women: a review. Climacteric 2017;20:339-47.

Sobel JD. Recurrent vulvovaginal candidiasis. Am J Obstet Gynecol 2016;214:15-21.

Je consulte en urgence car... je suis enceinte et je vomis

Conduite à tenir devant des vomissements gravidiques du 1^{er} trimestre de grossesse

Définition

Les nausées et vomissements sont extrêmement fréquents pendant la grossesse et peuvent toucher jusqu'à 80 % des femmes enceintes. Il s'agit le plus souvent de nausées matinales survenant au cours du 1^{er} trimestre de la grossesse (classiquement débutant vers 6 SA et maximales vers 9 SA) et disparaissant spontanément au-delà de la 13^e ou 15^e SA.

L'hyperemesis gravidarum ou hyperémèse gravidique est une pathologie correspondant à une forme sévère et persistante de vomissements liés à la grossesse et touchant entre 0,5 et 2 % des femmes enceintes. Les patientes qui en sont atteintes présentent des nausées et vomissements incoercibles, responsables d'une perte de poids (supérieure à 5 % du poids initial), d'une déshydratation avec possibles troubles hydro-électrolytiques ou d'une intolérance alimentaire totale, nécessitant le plus souvent une hospitalisation.

La physiopathologie reste actuellement encore mal connue, mais elle est probablement multifactorielle : hypersusceptibilité à l'hCG, taux élevé d'hCG (en cas de grossesse molaire ou de grossesse multiple), facteurs psychosociaux, stress...

Interrogatoire

■ **Antécédents médicochirurgicaux :** notamment pour rechercher les comorbidités qui pourraient être aggravées par les vomissements (diabète, insuffisance rénale, cardiopathie...).

■ **Antécédents gynéco-obstétricaux :**

- gestité et parité ;
- date des dernières règles et/ou date de début de grossesse (si échographie de datation disponible) ;
- grossesse multiple (les vomissements gravidiques sont majorés en cas de grossesse multiple) ;
- vomissements gravidiques lors des précédentes grossesses (augmentation du risque de récurrence de vomissements gravidiques si antécédent de vomissements lors des précédentes grossesses).

■ **Caractérisation des vomissements :**

- quand ont-ils commencé ?
- quelles sont leur quantité et leur fréquence quotidienne ?
- existe-t-il des facteurs d'aggravation ou d'amélioration ?
- existe-t-il une intolérance alimentaire totale ? aux solides ? aux liquides ?
- hypersialorrhée associée, ptyalisme (impossibilité d'avaler la salive et crachats) ?

■ **Autres symptômes associés :**

- pour rechercher les signes de gravité : déshydratation, perte de poids, malaise ;
- pour éliminer les diagnostics différentiels :
 - douleurs abdominales,
 - arrêt des matières et des gaz,
 - diarrhée,
 - hématemèse,
 - céphalées,
 - photo-phonophobie,
 - vertiges.

Examen clinique

L'examen clinique a pour principaux objectifs de rechercher les signes cliniques de gravité et d'éliminer les diagnostics différentiels :

■ prise des constantes (pouls, pression artérielle, température, saturation) et évaluation de l'état général ;

■ poids à l'entrée et calcul de la perte de poids ;

■ diurèse ;

- recherche de signes cliniques de déshydratation : perte de poids, soif intense, peau et muqueuses sèches, persistance du pli cutané, yeux cernés, hypotonie des globes oculaires, hyperthermie, troubles de la conscience et de la vigilance, oligurie, hypotension, tachycardie, tachypnée ;
- bandelette urinaire : recherche d'une cétonurie ;
- recherche de signes d'hypokaliémie, d'hyper- ou d'hypocalcémie, de thyrotoxicose ;
- recherche de diagnostics différentiels : examen neurologique, digestif (palpation abdominale en particulier point de Mac Burney et hypocondre droit) et endocrinien.

Diagnostics différentiels

- Gastro-intestinaux : le diagnostic d'appendicite aiguë est plus difficile à poser en cours de grossesse et les pathologies hépatobiliaires (hépatite, cholécystite, pancréatite) ne sont pas rares. Elles peuvent constituer un véritable piège diagnostique. On élimine aussi gastrite, ulcère gastroduodéal, hernie hiatale, occlusion...
- Neurologiques : migraines, méningite...
- ORL : toute pathologie ORL responsable de vertiges.
- Endocriniens : hypercalcémie, maladie d'Addison, thyrotoxicose...
- Prise médicamenteuse.
- Psychiatriques : troubles du comportement alimentaire.
- Pathologie gravidique sous-jacente : grossesse molaire (les signes sympathiques de grossesse sont exacerbés).

Bien que très fréquent, le diagnostic de vomissements gravidiques doit être considéré comme un diagnostic d'élimination des pathologies précédentes.

Examens complémentaires

- Échographie obstétricale : vérifier l'évolutivité de la grossesse, recherche d'une grossesse multiple ou d'une grossesse molaire.
- Bilan biologique à faire d'emblée aux urgences ou en ville en l'absence de signe clinique de gravité :
 - numération-formule sanguine (NFS), plaquettes ;
 - ionogramme sanguin, urémie, créatininémie, ionogramme urinaire ;
 - bilan hépatique complet, lipasémie ;
 - calcémie, phosphorémie, magnésémie (classiquement abaissée, aggravant nausées et vomissements) ;
 - *thyroid stimulating hormone* (TSH), thyroxine (T4) ;
 - glycémie.

- Signes biologiques possibles de déshydratation : hypokaliémie, hypochlorémie, hypernatrémie (facteur de gravité), élévation de l'hématocrite, hyperprotidémie, élévation de l'urée sanguine, natriurie basse, inversion du rapport sodium/potassium urinaire, cétonurie, alcalose hypochlorémique due aux vomissements, puis acidose métabolique due à la dénutrition.
- Autres anomalies biologiques possibles : élévation des transaminases, hypoglycémie.
- Électrocardiogramme (ECG) en cas de troubles hydro-électrolytiques. En particulier, l'hypokaliémie peut provoquer un aplatissement des ondes T, une onde U, un allongement du QT, une tachycardie ventriculaire, des torsades de pointes...

Traitement (figure 5.1)

Prise en charge à domicile

En l'absence de signe de gravité et de comorbidité, une prise en charge en ambulatoire est possible.

Outre les traitements médicamenteux, certaines règles hygiéno-diététiques permettront de diminuer les vomissements gravidiques et d'en éviter les complications. Ainsi, le fractionnement des repas, l'éviction de certains aliments (trop gras, trop épicés ou au goût trop prononcé) et un apport hydrique suffisant feront partie intégrante de la prise en charge thérapeutique.

Certaines méthodes non médicamenteuses pourront également être conseillées telles que la prise de gingembre, de jus de citron ou la pratique de l'acupuncture. Si les méthodes non médicamenteuses sont insuffisantes, certains traitements pourront être prescrits : la doxylamine seule (Donormyl®, Lidène®) ou en association à la vitamine B6 (Cariban®) ou le métoproclamide (Anausin®, Pimpéran®, Prokinyl®).

En première intention, on pourra proposer le métoproclamide (Pimpéran®) à la dose de 10 mg 3 fois/jour *per os*, en sublingual ou en suppositoire. La doxylamine (Donormyl®) peut également être proposée à la dose de 15 mg le soir.

En seconde intention, il peut être prescrit la doxylamine + vitamine B6 (Cariban®) : 2 gélules de 10 mg le soir au coucher à J1. Si ce traitement est efficace sur les nausées du matin mais qu'il persiste des symptômes dans la journée, on pourra ajouter 1 gélule de 10 mg le matin + 1 gélule l'après-midi (dose maximale de 4 gélules par jour).

En cas d'échec, la prescription d'ondansétron (Zophren®, Sétofilm®) est envisageable, à la dose de 4 mg 3 fois/jour, si possible après 10 SA, en raison de certaines données récentes de la littérature faisant état d'une augmentation minime des fentes labiales ou palatines (prévalence de 0,11 % *versus* 0,08 % en population générale, sans que cette association ne soit univoque et nécessite confirmation).

Dans tous les cas, une prise en charge psychologique peut être proposée.

Enfin, il est important d'informer la patiente sur les signes devant la faire consulter.

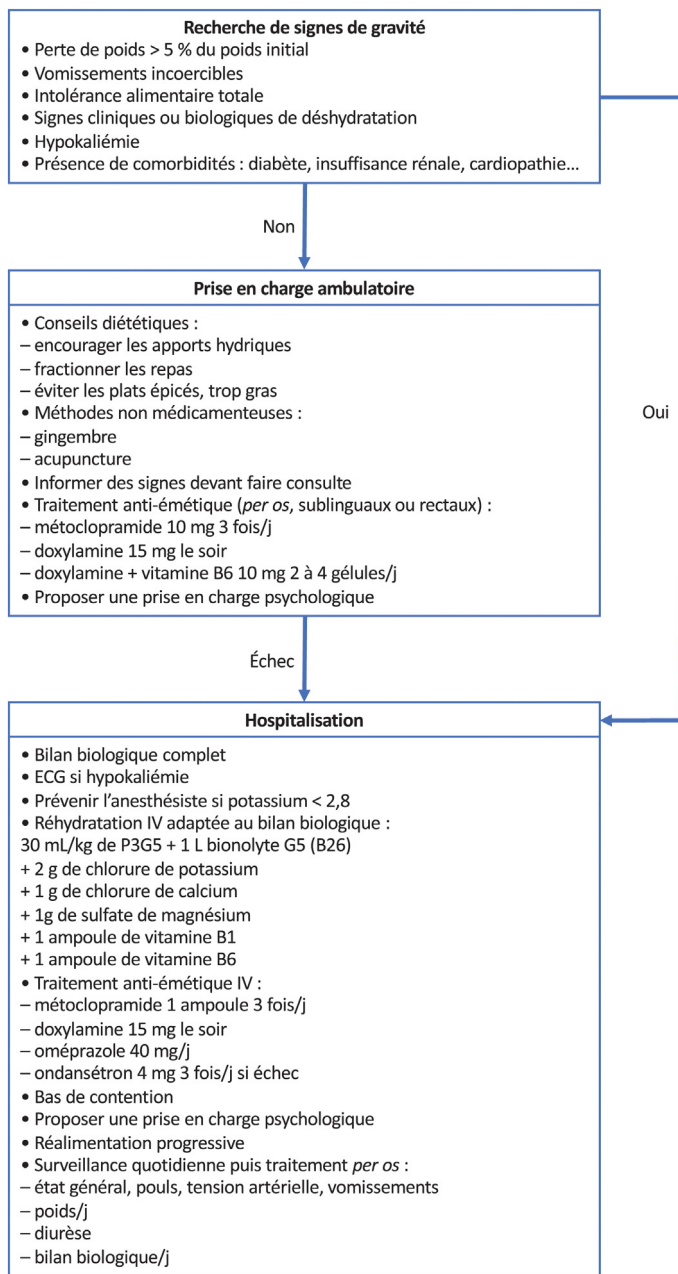


Figure 5.1. Conduite à tenir devant une femme enceinte présentant des vomissements gravidiques au 1^{er} trimestre de la grossesse (après avoir écarté les diagnostics différentiels).

Prise en charge hospitalière

En cas de signe de gravité, de présence de comorbidités (diabète, cardiopathie, insuffisance rénale...) ou d'échec du traitement à domicile, une hospitalisation est nécessaire.

Les signes de gravité nécessitant une hospitalisation d'emblée sont la présence de vomissements incoercibles, la perte de poids ($> 5\%$ du poids initial), une intolérance alimentaire totale, les signes cliniques ou biologiques de déshydratation ou une hypokaliémie.

Pendant l'hospitalisation, la prise en charge se fera dans un premier temps par voie intraveineuse (IV) avec la pose d'une perfusion pour réhydratation, à adapter aux résultats du bilan biologique, et la mise en place des anti-émétiques. En cas d'hypokaliémie $< 2,8$ mmol/L, il faut prévenir l'anesthésiste pour assurer la recharge potassique en salle de réveil, avec scope.

Il faut également mettre en place des bas de contention.

La surveillance est quotidienne : état général, vomissements, constantes, poids/jour, diurèse/jour, bilan biologique journalier.

Avec l'amélioration des symptômes, la reprise de l'alimentation se fera progressivement et le passage des anti-émétiques par voie *per os* pourra être envisagé.

Durant l'hospitalisation, une prise en charge psychologique peut être débutée. Celle-ci pourra être poursuivie après le retour à domicile de la patiente.

La fatigue aggravant les nausées et vomissements, il est important de favoriser le repos de ces patientes. Il est conseillé de limiter les visites sans pour autant les interdire. De même, il n'est pas nécessaire d'isoler ces patientes dans le noir absolu comme cela a pu se faire à une époque lointaine.

Pour en Savoir plus

Dean CR, Shemar M, Ostrowski GAU, Painter RC. Management of severe pregnancy sickness and hyperemesis gravidarum. *BMJ* 2018;363:k5000.

London V, Grube S, Sherer DM, Abulafia O. Hyperemesis gravidarum: a review of recent literature. *Pharmacology* 2017;100(3–4):161-71.

Je consulte en urgence car... j'ai une boule en bas

Conduite à tenir devant une tuméfaction vulvovaginale

Motif de consultation relativement général, il peut à la fois correspondre à une pathologie kystique (de la glande de Bartholin ou de la glande de Skène) plus ou moins associée à une infection (bartholinite et skénite respectivement) ; il peut correspondre à un prolapsus génital, à une pathologie condylomateuse, ou encore à l'extériorisation d'une pathologie plus haut située (utérine) : par exemple, un polype, un myome accouché par le col... Dans ce contexte d'hétérogénéité clinique, l'interrogatoire est capital, les deux éléments principaux étant la localisation de la tuméfaction et la présence ou non de douleurs.

Interrogatoire

Caractériser la « boule »

En premier lieu, il faut caractériser la « boule ».

Où se situe le problème ?

S'agit-il d'un problème cutané (folliculite, condylome) au niveau des grandes lèvres (glandes de Bartholin), proche du clitoris (abcès clitoridien, skénite, polype urétral) (Figure 6.1) ou dans le vagin (prolapsus génital, tumeur de Gartner...) ?

Depuis quand avez-vous remarqué sa présence ?

La réponse permet de distinguer le caractère aigu ou chronique. Par exemple, l'histoire naturelle d'une infection de glande peut débiter par l'apparition il y a plusieurs semaines, mois, voire années, d'un kyste indolore ayant augmenté de

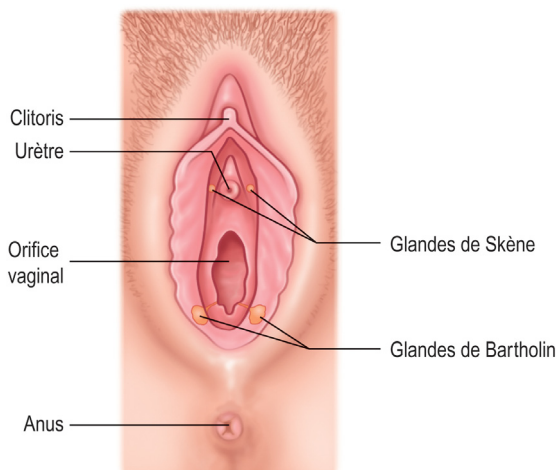


Figure 6.1. Localisation anatomique des glandes vestibulaires.

Source : illustration Carole Fumat.

volume récemment. Au contraire, l'abcès peut être apparu très rapidement sur une glande initialement saine.

Est-ce que cela fait mal ?

Cette question sous-entend également d'interroger la patiente sur l'usage ou non d'antalgiques.

Les infections de kystes de la glande de Bartholin sont classiquement très douloureuses. L'évaluation du faciès et de la posture de la patiente durant la consultation permet d'appréhender son inconfort.

Ne pas oublier d'interroger la patiente sur la prise d'anti-inflammatoires, car ces derniers risquent d'aggraver une infection en cours.

Existe-t-il des pertes associées ?

Il faut distinguer les leucorrhées des écoulements issus de la masse qui traduisent un phénomène de fistulisation spontanée. Bien souvent, la survenue d'une fistulisation est suffisante sur le plan thérapeutique et permet de surseoir le geste chirurgical de drainage. Néanmoins, cela ne signifie pas nécessairement une abstention thérapeutique totale : des soins locaux peuvent être nécessaires.

Avez-vous eu des frissons ou de la fièvre ?

Le but de cette question est d'identifier un début de sepsis. En effet, ces critères valident l'indication chirurgicale. Les sepsis sévères sont rares mais existent, c'est pourquoi il faut identifier les situations à risque.

Évaluer le terrain

La suite de l'interrogatoire a pour objectif d'évaluer le terrain.

Prenez-vous des médicaments, avez-vous des maladies ?

Les pathologies de glandes génitales peuvent rapidement s'aggraver sur les « terrains fragiles ». L'interrogatoire permet d'identifier les risques d'immunosuppression ou de cicatrisation pathologique (traitements immunosuppresseurs, tabagisme, diabète déséquilibré, séropositivité pour le VIH...).

Un traitement a-t-il déjà été débuté ?

Le plus souvent, les patientes consultent après avoir essayé plusieurs thérapeutiques, parfois en automédication. Il peut s'agir d'antibiotiques (dans ce cas, l'antibiotique est-il adapté aux bactéries à tropisme cutané ?), d'une tentative de ponction (existe-t-il des analyses bactériologiques ou cytologiques par conséquent ?) ou autres. Ce qui a déjà été effectué va guider la suite de la prise en charge. Est-ce le premier épisode ?

Les modalités du geste chirurgical dépendent de l'histoire clinique de la patiente. Par exemple, un contexte de récurrence homolatérale conduira à proposer d'emblée une prise en charge thérapeutique immédiate visant à éviter de nouvelles récurrences : marsupialisation ou cathéter de Word dans le cas des abcès de kystes de la glande de Bartholin.

Examen clinique

Où est la tuméfaction ? Inspection

Il faut en premier lieu éliminer une collection cutanée (folliculite). Concernant les collections vulvaires ou vaginales, la localisation donne la plupart du temps le diagnostic. Une collection vulvaire latérale et postérieure est le plus souvent liée à une glande de Bartholin (Figure 6.2a), alors qu'une collection latérale et antérieure



Figure 6.2. Kyste de la glande de Bartholin gauche.

Source : en a, illustration Carole Fumat ; en b, photo du Dr Paul Marzouk.

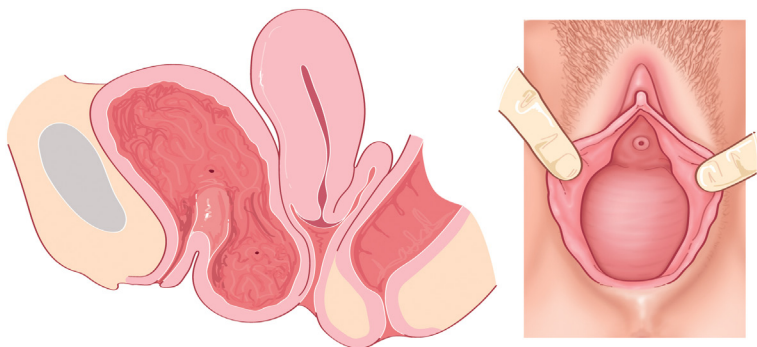


Figure 6.3. Prolapsus génital (cystocèle).

Source : illustration Carole Fumat.

est le plus souvent liée à une glande de Skène. Une tuméfaction intravaginale, médiane, est plus en faveur d'un prolapsus génital (Figure 6.3).

La tuméfaction est-elle collectée ? inflammatoire ?

Avant d'être collecté, un abcès de la glande de Bartholin passe souvent par un stade inflammatoire (œdémateux, douloureux, chaud), mais sans zone rénitente. À ce stade, un drainage chirurgical n'est pas possible, le traitement est alors médical (antalgiques ± antibiotiques jusqu'à résolution... ou collection).

En revanche, toute collection n'est pas un abcès. Les kystes de la glande de Bartholin ne sont pas douloureux, ils sont non inflammatoires et ne sont pas à prendre en charge en urgence (la réalisation d'une chirurgie d'exérèse, d'une marsupialisation, de la pose d'un cathéter de Word, etc. sera à organiser à froid).

Y a-t-il une fistulisation ? une évacuation de pus par un orifice de drainage de la glande ?

Cette évacuation spontanée peut être suffisante pour permettre un drainage complet de la collection et éviter d'avoir à réaliser un drainage chirurgical. En cas de doute, un passage au bloc opératoire est tout de même préférable, il permet d'élargir l'orifice de drainage et d'effectuer un lavage. Il permet également de bien effondrer l'ensemble des éventuelles logettes de l'abcès qui peuvent être la source d'une récurrence.

Faire un toucher rectal au moindre doute

Parfois très postérieurs, certains abcès de la glande de Bartholin peuvent être confondus avec un abcès de la marge anale. Méfiance en particulier si la patiente est porteuse d'une maladie inflammatoire chronique intestinale (MICI).

Rechercher une hyperthermie

Rare en cas d'abcès ; présente, elle traduit un sepsis et encourage à un traitement chirurgical urgent.

Quels examens complémentaires ?

Aucun ! Peuvent se discuter un bilan préopératoire en cas d'antécédents particuliers et une glycémie à jeun en cas d'abcès récidivants, mais le diagnostic est clinique et aucun examen complémentaire n'est nécessaire dans la plupart des cas.

Traitement

La conduite à tenir devant une tuméfaction vulvovaginale ayant pour origine une glande de Skène ou une glande de Bartholin sera différente en fonction de l'état infecté ou non.

En cas d'infection

Phase inflammatoire, pas de collection

À la phase inflammatoire, la priorité est le soulagement de la patiente : des antalgiques doivent être prescrits. L'administration d'antibiotiques *per os* (amoxicilline + acide clavulanique 1 g 3 fois/jour pendant 7 jours) est possible. Il faut réévaluer la patiente en fin de traitement pour constater l'amélioration ou bien l'évolution vers un abcès.

Phase collectée

En cas de constatation d'une collection, une évacuation de l'abcès est nécessaire. Une simple ponction à l'aiguille est à éviter : la recollection est trop fréquente. C'est un drainage chirurgical qui est nécessaire. Il comprend une incision, si possible dans le sillon nympho-hyménéal, une évacuation de l'abcès avec un éventuel effondrement de logettes, un lavage et la pose d'une mèche ou d'une lame. Des soins infirmiers locaux à domicile sont nécessaires jusqu'à cicatrisation. L'ajout d'antibiotiques en plus d'un drainage chirurgical n'est pas utile. La prescription d'antalgiques est là aussi bien évidemment indispensable.

Dans le cas d'un abcès de la glande de Bartholin, un geste visant à limiter les risques de récurrence est parfois possible à la phase aiguë (marsupialisation : voir plus loin). Il est préférable de revoir les patientes en consultation à 1 mois, en particulier en cas d'épisodes récidivants. Cela peut permettre de proposer un traitement chirurgical préventif de récurrence (voir plus loin).

En l'absence d'infection

Les kystes de la glande de Bartholin (Figure 6.2b), lorsqu'ils ne sont pas infectés (bartholinite) peuvent être gênants (en position assise, lors de la pratique du sport, de la pratique du vélo, lors des rapports sexuels, etc.) et peuvent dès lors nécessiter un traitement chirurgical. Le traitement chirurgical a pour but de soulager ces symptômes, mais aussi de prévenir un éventuel épisode infectieux (en particulier quand il y en a déjà eu plusieurs).

Une ablation chirurgicale du kyste et de la glande est possible, mais en raison des risques de douleurs et d'hématome postopératoires, d'autres techniques peuvent être proposées.

La marsupialisation (Figure 6.4) consiste à inciser le kyste dans le sillon nympho-hyménéal pour l'évacuer. Cette incision doit être assez large pour permettre par la suite une évacuation constante du liquide kystique et éviter la recollection. La paroi du kyste est suturée à la muqueuse de la petite lèvre par plusieurs points de fil résorbable. Cela permet à distance d'obtenir un drainage continu de la glande et d'éviter la formation d'un nouveau kyste.

L'alternative est la pose d'un cathéter de Word (Figure 6.5) : après incision du kyste, ce cathéter est mis en place dans la cavité kystique. Le ballonnet que l'on gonfle permet le maintien du cathéter dans le kyste. Le cathéter sera enlevé, en consultation, à 1 mois de la pose. Le but est le même que la marsupialisation : permettre un drainage du kyste permanent grâce à la création d'un orifice de drainage plus large que l'orifice naturel.

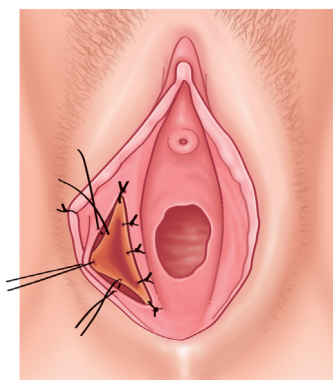


Figure 6.4. Traitement d'un abcès de la glande de Bartholin droite par marsupialisation.

Source : illustration Carole Fumat.

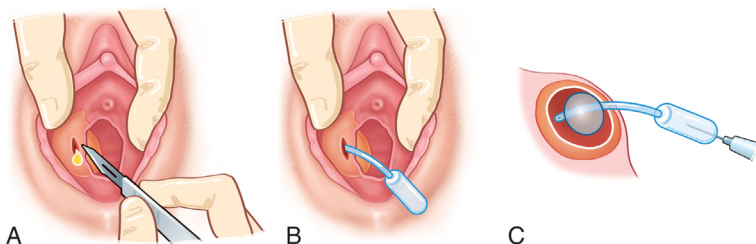


Figure 6.5. Traitement d'un abcès de la glande de Bartholin droite par pose d'un cathéter de Word

a. incision ; b. pose du cathéter ; c. gonflement du ballonnet

Source : illustration Carole Fumat.

Prolapsus génital

Le prolapsus génital est caractérisé par la descente d'un ou plusieurs organes pelviens dans le vagin ou en dehors, suite au relâchement de leurs moyens de fixité. Par conséquent, il peut se manifester sous la forme de bombement vaginal, voire d'extériorisation d'organe, que les patientes décriront comme une « boule vaginale ». La survenue est classiquement chronique mais cela peut parfois arriver de manière soudaine et inquiéter fortement la patiente. Ce type de consultation ne relève pas de l'urgence thérapeutique. En urgence, il faut rassurer la patiente, en particulier quant à l'absence de risque immédiat d'infection, d'aggravation, de dysfonctionnement d'organe, etc. Après avoir été rassurée, lors de la consultation d'urgence, la patiente sera orientée vers un médecin spécialisé dans la prise en charge des troubles de statique pelvienne (chirurgien gynécologue ou urologue en général). Il n'y a pas de place pour la pose d'un pessaire ou pour la réalisation d'une chirurgie en urgence.



Les pièges à éviter

Une « boule dans le vagin » peut révéler d'autres pathologies bien plus graves :

- tumeur cervicale : saignements ou hydorrhées interpellent ;
- éviscération par voie vaginale : en postopératoire d'une hystérectomie totale ;
- abcès profond non gynécologique fistulisant vers le tractus génital : il nécessite un avis spécialisé et des explorations radiologiques (TDM le plus souvent) ; il faut y penser notamment chez les patientes suivies pour une maladie intestinale chronique (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique) ou pour une pathologie oncologique.

Pour en Savoir plus

- Illingworth B, Stocking K, Showell M, Kirk E, Duffy J. Evaluation of treatments for Bartholin's cyst or abscess: a systematic review. *BJOG* 2020;127(6):671-8.
- Lee MY, Dalpiaz A, Schwamb R, Miao Y, Waltzer W, Khan A. Clinical pathology of Bartholin's glands: a review of the literature. *Curr Urol* 2015;8(1):22-5.
- Rotem R, Diamant C, Rottenstreich M, Goldgof M, Barg M, Greenberg N, et al. Surgical treatment of Bartholin's gland abscess: is word catheter superior to marsupialization? *J Minim Invasive Gynecol* 2021;28(6):1211-5.

Je consulte en urgence car... j'ai une boule douloureuse au sein

Conduite à tenir devant un abcès du sein

L'abcès du sein se définit par une collection purulente localisée au niveau de la glande mammaire ou des tissus périglandulaires. On distingue les abcès puerpéraux (complication de l'allaitement) des abcès non puerpéraux :

- les abcès en lien avec l'allaitement sont favorisés par toutes les situations de stase laiteuse, avec comme état précurseur la mastite ;
- les abcès non puerpéraux sont favorisés par une anomalie anatomique (inversion du mamelon, ectasie des canaux galactophores, métaplasie malpighienne des sinus lactifères ou *piercing*) ou par des facteurs généraux (diabète, obésité, immunodépression, tabagisme).

L'abcès du sein est une urgence gynécologique en raison de la douleur intense occasionnée. La prise en charge sera adaptée à la situation clinique. Pour tous les abcès en dehors de l'allaitement, il sera indispensable de réaliser des examens complémentaires (parfois dans un deuxième temps) afin de ne pas méconnaître une pathologie néoplasique sous-jacente. En particulier, en cas de geste chirurgical, on profitera de l'intervention pour réaliser systématiquement des biopsies pour analyse histologique.

Interrogatoire

Dans un premier temps, il convient de préciser le terrain de la patiente.
Y a-t-il un allaitement en cours ?

Si tel est le cas, il conviendra de rechercher :

- des facteurs de risque : difficultés d'allaitement, changement de rythme des tétées, hygiène inadéquate... ;
- des états précurseurs de l'abcès mammaire : engorgement mammaire, mastite (œdème douloureux associé à un érythème cutané).

S'agit-il du premier épisode ?

La répétition des abcès mammaires doit conduire à rechercher une pathologie immunitaire, un portage bactérien, une néoplasie sous-jacente ainsi que des facteurs de risque de récurrences. En particulier, la patiente est-elle immunodéprimée ? obèse ? diabétique ? tabagique ? Existe-t-il une prise d'anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) ? Y a-t-il des antécédents personnels ou familiaux d'abcès ?

Depuis quand la lésion est-elle présente ?

Le but de la question est d'établir la chronologie des événements, de répertorier les traitements initiés jusqu'alors, et d'identifier les situations de chronicisation.

Quels traitements prenez-vous actuellement ?

Certains traitements majorent le phénomène infectieux et devront être interrompus (anti-inflammatoires). Par ailleurs, les traitements antibiotiques initiés peuvent fausser les analyses bactériologiques. Enfin, des traitements au long cours peuvent altérer l'immunité (immuno-suppresseurs, corticoïdes...) mais ne peuvent être interrompus en dehors d'une concertation multidisciplinaire.



Définitions

- **Mastite** : inflammation du sein avec infection ou non. La lymphangite correspond plus à une mastite inflammatoire et la galactophorite à une mastite infectieuse. C'est la présence de pus dans le lait en cas d'allaitement qui signe cette dernière (signe de Budin).
- Cliniquement, la patiente présente un syndrome pseudo-grippal avec une hyperthermie supérieure à 38,8 °C. Le sein est porteur d'une zone inflammatoire, rouge et indurée, avec parfois un nœud lymphatique associé.
- **Abcès** : il s'agit classiquement d'une évolution défavorable d'une mastite, avec un sein rouge, douloureux, chaud et avec un œdème. Ce qui le différencie de la mastite, c'est la perception d'une masse fluctuante avec changement de coloration cutanée (peau rouge violacée). L'hyperthermie est classiquement moins marquée que dans la mastite.

Examen clinique

L'examen sénologique est toujours bilatéral et comparatif. Il doit s'accompagner d'un schéma ou de photographies qui permettront un suivi optimal de la prise en charge.

Le premier temps de l'examen correspond à l'inspection : recherche d'un érythème, d'une zone de fistulisation, d'une rétraction cutanée ou mamelonnaire...

Il est suivi de la palpation de la glande mammaire (en positions assise et allongée) avec étude des aires ganglionnaires (axillaires et sus-claviculaires).

L'examen clinique recherche :

- une collection palpable, mobile, chaude et douloureuse (décrire sa localisation et sa taille) souvent au regard d'un érythème cutané ([Figure 7.2](#)) ;
- une fistulisation cutanée présente ou non, avec écoulement d'un liquide purulent ;
- de possibles adénopathies axillaires homolatérales ;
- des signes de gravité :
 - hyperthermie et frissons, pouvant évoquer un état septique majeur,
 - souffrance cutanée (temps de coloration allongé, aspect cartonné et froid).

Comment faire un examen mammaire ?

- Trois temps : inspection, palpation, ganglions.
- Examen en position assise : patiente face au médecin, bras tendus, dégageant ainsi les aires ganglionnaires axillaires pour examen manuel.
- Examen en position allongée : la patiente a les bras relevés au-dessus de la tête afin de permettre une étude par palpation de la glande, quadrant par quadrant, de chaque sein ([Figure 7.1](#)).
- Il est préférable de débiter par le côté asymptomatique et donc indolore. On peut débiter au choix par l'examen en position allongée ou assise, mais il faut toujours faire les deux.

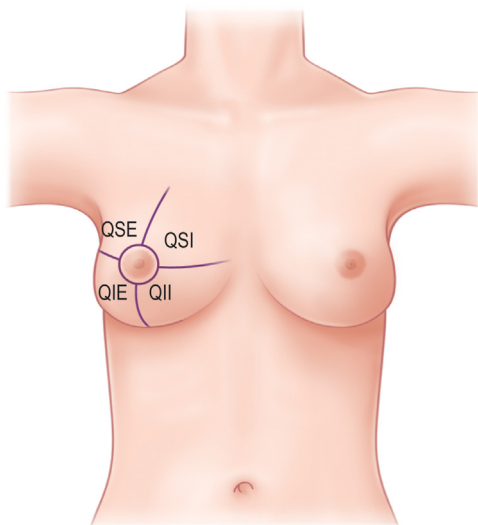


Figure 7.1. Examen mammaire par quadrants.

Source : illustration Carole Fumat.

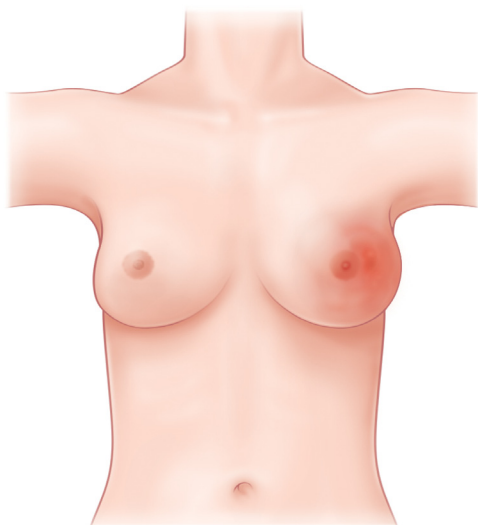


Figure 7.2. Abscès du quadrant supéro-externe du sein gauche.

Source : illustration Carole Fumat.

Quels examens prescrire ?

L'interrogatoire et l'examen clinique sont souvent suffisants pour établir le diagnostic d'abcès du sein. Cependant la réalisation d'examens complémentaires permettra de confirmer le diagnostic, de guider la prise en charge et d'éliminer une cause néoplasique sous-jacente.

■ Imagerie :

- l'échographie est l'examen de première intention à demander. L'abcès mammaire est caractérisé par une image bien limitée hétérogène entourée d'une coque fibreuse plus ou moins épaisse et régulière ;
- la mammographie n'est souvent pas réalisable à la phase aiguë de la prise en charge en raison de la douleur ou d'un écoulement au niveau de la lésion. En cas d'abcès non puerpéral, il sera indispensable de prévoir la réalisation d'un bilan d'imagerie complet à la fin du traitement afin d'éliminer une pathologie néoplasique sous-jacente (chez la femme jeune, une échographie mammaire peut être suffisante).

■ Analyse bactériologique :

- dès que possible, des prélèvements bactériologiques (avec culture prolongée) doivent être réalisés (lors de l'examen clinique ou en peropératoire, ponction). Ils permettront de réadapter l'antibiothérapie en cas d'échec de prise en charge ;

- *Staphylococcus aureus* est le germe le plus souvent impliqué ;
 - en cas d'abcès récidivant ou résistant au traitement, il peut être discuté de réaliser des prélèvements sur milieu de culture spécifique (recherche de mycobactéries ou de germes anaérobies).
- Prélèvements à visée cyto-histologique :
- en cas de ponction d'un abcès non puerpéral, une analyse cytologique est indiquée ;
 - en cas de prise en charge chirurgicale, en particulier en dehors du contexte d'un abcès du post-partum, il faut réaliser des biopsies peropératoires (notamment dans les formes très ulcérées d'abcès) pour ne pas méconnaître une néoplasie et réorienter la prise en charge de la patiente ;
 - classiquement, on réalise des biopsies du fond de l'abcès et des berges cutanées au niveau de l'incision.
- Recherche d'un terrain à risque en cas d'abcès à répétition : parallèlement aux examens à visée diagnostique et thérapeutique, on peut rechercher, par la réalisation d'un bilan sanguin, un terrain sous-jacent d'immunosuppression, propice à la formation d'abcès (notamment diabète, séropositivité pour le VIH...)

Quelle prise en charge thérapeutique proposer ?

L'attitude thérapeutique est fonction de l'allaitement ou non (Figure 7.3). Dans tous les cas, il sera important d'éliminer les facteurs de risque : sevrage tabagique, prise en charge du diabète, arrêt des AINS...

En cas d'abcès du post-partum

L'incision et le drainage chirurgicaux sont recommandés. Les ponctions à l'aiguille peuvent être une alternative à la chirurgie dans les formes simples. En l'absence d'étude suffisante, l'ajout d'un traitement antibiotique en systématique n'est pas recommandé à l'heure actuelle.

Il conviendra, par ailleurs, de promouvoir la poursuite de l'allaitement afin de limiter les situations à risque de stase laiteuse. Pour le sein affecté, il a longtemps été recommandé d'interrompre l'allaitement et de proposer un drainage manuel ou au tire-lait jusqu'à cicatrisation complète [1]. Des données récentes suggèrent que l'allaitement du côté atteint pourrait être maintenu dans certains cas du fait du faible risque de communication entre l'abcès et les canaux galactophoriques. De nombreuses équipes recommandent désormais de poursuivre l'allaitement sur les deux seins (voir chapitre 15).

Des conseils d'usage pour l'allaitement doivent également être délivrés à la patiente.

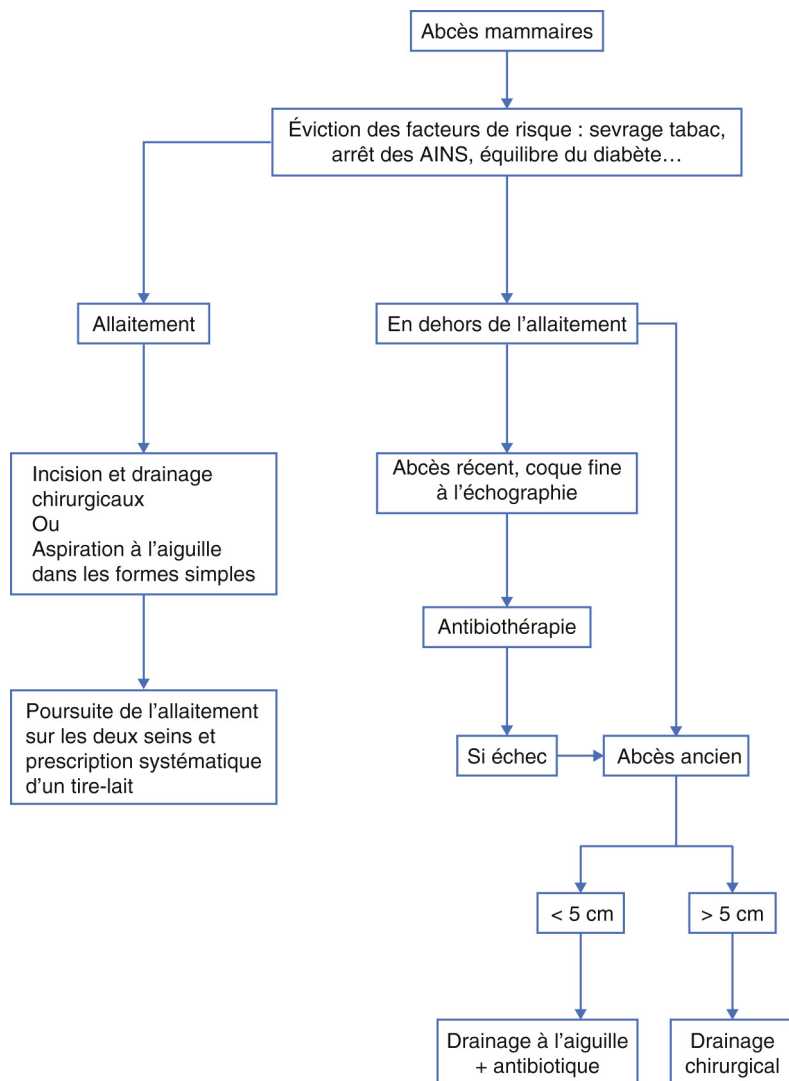


Figure 7.3. Conduite à tenir en cas d'abcès du sein.

En cas d'abcès non puerpéraux

Les recommandations des sociétés savantes reposent sur les résultats d'essais cliniques randomisés. Une des problématiques actuelles est l'absence d'étude à grande échelle permettant de comparer l'efficacité du traitement antibiotique seul avec le drainage.

L'*American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) [2] recommande un traitement antibiotique empirique par amoxicilline + acide clavulanique (ou érythromycine + métronidazole en cas d'allergie à la pénicilline) dès le stade de mastite (définie par un aspect inflammatoire du sein), et une chirurgie en deuxième intention après la réalisation d'une échographie en cas d'échec ou de collection visible à l'imagerie.

Les recommandations françaises actuelles préconisent une prise en charge par drainage des abcès mammaire [3]. Pour les abcès de taille inférieure à 5 cm, l'aspiration-drainage à l'aiguille semble avoir des résultats identiques à la prise en charge chirurgicale et compte tenu du caractère moins invasif, cette technique est recommandée en première intention. Elle doit être associée à une antibiothérapie efficace (type amoxicilline + acide clavulanique ou érythromycine en cas d'allergie à la pénicilline). La durée de cette antibiothérapie n'est pas consensuelle, elle devra durer 7 à 10 jours.

Pour les abcès de plus de 5 cm, les données ne sont pas suffisantes pour recommander une chirurgie première ou une aspiration-drainage à l'aiguille.

En cas de mise à plat chirurgicale, des soins de cicatrisation dirigée sont prescrits. Malgré une prise en charge optimale, il existe des situations d'échec, de mauvaise cicatrisation (du point de ponction ou du site opératoire) ou de récurrence rapide de l'abcès. C'est pourquoi, plusieurs études s'intéressent actuellement à des protocoles de soins par antibiothérapie seule dans la prise en charge des abcès du sein, ce qui pourrait correspondre à une alternative pertinente à la chirurgie mammaire.

Cas particulier : les abcès récidivants

L'abcès mammaire peut s'intégrer à une maladie de système : la maladie de Verneuil.

La maladie de Verneuil est une pathologie caractérisée par la survenue d'abcès à répétition, le sein pouvant faire partie des organes touchés (localisation plus rare cependant). Certaines données suggèrent même qu'une atteinte limitée au sein est possible dans cette pathologie. Il est donc impératif, lors de la prise en charge initiale des patientes, de rechercher des antécédents d'abcès sur toutes les zones du corps chez la patiente et chez ses apparentés. En cas de suspicion ou de maladie de Verneuil avérée, la prise en charge doit être organisée en milieu spécialisé et sera fondée sur une antibiothérapie à large spectre de durée prolongée et non sur la chirurgie en première intention [4].

Conclusion

L'abcès du sein est une pathologie fréquente qui constitue une urgence gynécologique thérapeutique plus ou moins diagnostique. Le traitement en cas d'allaitement repose sur le drainage de l'abcès. En dehors de l'allaitement, il semble pertinent de tenir compte de l'ancienneté de l'abcès, de sa taille et des antécédents de la patiente. Il conviendra systématiquement d'éliminer une néoplasie sous-jacente après la prise en charge d'abcès non puerpéraux par la réalisation d'une imagerie mammaire à distance du traitement.

Pour en Savoir plus

- [1] CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique – Post-partum. 2015.
- [2] CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique – Les tumeurs bénignes du sein. 2015.
- [3] ACOG. Diagnosis and management of benign breast disorders. 2016.
- [4] Zouboulis CC, Desai N, Emtestam L, Hunger RE, Ioannides D, Juhász I, et al. European S1 guideline for the treatment of hidradenitis suppurativa/acne inversa. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 2015;29(4):619-44.

Je consulte en urgence car... j'ai été agressée

Conduite à tenir devant une agression sexuelle

Définition des violences sexuelles

Les violences à caractère sexuel regroupent toutes les situations dans lesquelles une personne impose à autrui des comportements ou propos à caractère/connotation sexuel. Elles peuvent prendre plusieurs formes : des propos sexuels ou sexistes, des invitations trop insistantes, des messages ou images pornographiques, obscènes, des exhibitions, du voyeurisme, des actes avec contacts sexuels physiques. Font également partie des violences à caractère sexuel les mutilations sexuelles féminines (MSF), qui sont reconnues comme un crime (article 222-9 du Code pénal).

Les agressions sexuelles autres que le viol (articles 222-22 et 222-27 à 222-30 du Code pénal) sont des délits. Elles sont définies comme « un acte à caractère sexuel sans pénétration commis sur la personne d'autrui, par violence, contrainte, menace ou surprise ». Il peut s'agir par exemple de contact ou d'attouchement de nature sexuelle. Cela comprend également « le fait de contraindre une personne par la violence, la menace ou la surprise à se livrer à des activités sexuelles avec un tiers » (article 222-22-2 du Code pénal).

Le viol est un crime (articles 222-23 à 222-26 du Code pénal). Il est défini comme « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur la personne d'autrui ou sur la personne de l'auteur par violence, contrainte, menace ou surprise ». Tout acte de pénétration sexuelle est visé : buccale, vaginale, anale, par le sexe, par le doigt, par un objet.



À retenir

Les termes « viol » comme « agression sexuelle » sont des termes juridiques et non médicaux. La qualification de viol ne pouvant être retenue que par un magistrat, ce terme ne doit jamais figurer dans les certificats médicaux.

Agression sexuelle – examen hors réquisition

Entretien

Avant tout examen, il faut préciser :

- le caractère de l'urgence :
 - urgence médicale : jusqu'à 48 heures après les faits (pour éventuelle mise en place d'une trithérapie et d'une contraception d'urgence),
 - urgence judiciaire : jusqu'à 8 jours après les faits ;
- le cadre de l'examen :
 - examen sur ou hors réquisition,
 - patiente souhaitant ou ne souhaitant pas déposer plainte.

L'entretien doit permettre de préciser :

- la date et l'heure de l'agression ;
- le nombre d'agresseurs ;
- le caractère connu ou inconnu de l'agresseur, l'existence de rapport sexuel antérieur avec l'agresseur ;
- les circonstances de l'agression :
 - violences physiques associées ? menaces ?
→ oriente l'examen physique
 - ingestion de substance psychoactives (alcool, stupéfiant, médicaments) ? suspicion de soumission chimique (amnésie des faits, troubles de conscience, flashes) ?
→ oriente d'éventuelles analyses toxicologiques
- la nature de l'agression :
 - attouchement(s) ? pénétration(s) ? localisation(s) ?
 - port de préservatif ? éjaculation ? Si oui, intra- ou extracorporelle ?
→ oriente la prise en charge thérapeutique (médicamenteuse)
→ oriente la localisation d'éventuels prélèvements, l'intérêt ou non de la conservation de vêtements
 - douleurs ? saignements ?
- antécédents gynécologiques :
 - notion de contraception : si oui, prise régulière ou non ?
 - date des dernières règles ?
→ intérêt pour la contraception d'urgence

- notion de traitement en cours :
 - *recherche d'éventuelles interactions médicamenteuses avec le traitement anti-rétro-viral*
- vaccination contre le virus de l'hépatite B (VHB) ? vaccination tétanos ?
- évolution depuis les faits :
 - changements de vêtements ? toilette ou douche corporelle ? défécation ? prise alimentaire ? prise d'alcool ou de substances psychoactives ?
 - rapports sexuels consentis depuis les faits ?
 - *éléments pouvant influencer sur l'examen et d'éventuelles preuves judiciaires*



À retenir

Dans le cas d'agression à caractère sexuel sur un mineur ou d'une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge ou de son incapacité physique ou psychique, il est nécessaire de réaliser un signalement auprès du procureur de la République (tribunal judiciaire) du lieu d'habitation de la victime (voir annexe 4, p. 143). En effet, la levée du secret médical et le signalement sont possibles dans ces cas par dérogation légale. Le signalement est une obligation déontologique.

Conduite à tenir

Faits datant de moins de 8 jours

Il existe une urgence médicale et judiciaire.

Patiente souhaitant déposer plainte

L'objectif est la préservation de la preuve judiciaire. Il faut donc limiter les manipulations de la victime.

Dans le cas où vous exercez :

- dans une structure hospitalière : rechercher s'il existe un protocole de lien direct avec le service de police/gendarmerie de secteur, permettant un dépôt de plainte « rapide » ;
- en libéral : il est recommandé de conseiller à la patiente d'aller déposer plainte au plus tôt auprès du service de police/gendarmerie de son lieu de vie ou du lieu de l'agression.

Les services de police/gendarmerie pourront rapidement organiser un examen auprès d'un service de médecine légale (unité médico-judiciaire ou UMJ) sur réquisition judiciaire.

Dans un contexte d'urgence judiciaire, la conduite à tenir dépend de la présence ou non d'une UMJ ou d'un médecin légiste de référence.

En cas de doute, il est conseillé d'appeler le service de police/gendarmerie de votre secteur pour avoir cette information.

S'il existe une UMJ ou un médecin légiste de référence, les recommandations sont les suivantes :

- ne pas faire d'examen gynécologique/anal, sauf si nécessité de soins ;
- si la patiente n'a pas pris de douche corporelle depuis les faits, éviter de réaliser un examen clinique corporel, ce d'autant que la personne sera examinée en service spécialisé (UMJ) ;
- si la personne nécessite des soins : bien mettre des gants et un masque pour éviter tout risque de contamination des futurs prélèvements à la recherche d'ADN, ou de disparition d'éléments de preuves ;
- si saignement important rapporté au niveau anal et/ou génital, il est conseillé d'adresser aux urgences gynécologiques pour un examen spécialisé ou à un procologue si saignement anal important ;
- si un examen médical est réalisé, rédiger un certificat à remettre à la patiente et avec copie dans le dossier médical :
 - prudence dans la rédaction du certificat : toujours rester objectif ! Voir modèle dans l'annexe 3 (p. 142). Votre certificat pourra être secondairement intégré dans le certificat de l'examen médico-légal réalisé sur réquisition judiciaire,
 - *attention : ne pas donner le certificat aux autorités en dehors de toute réquisition judiciaire.*

S'il n'y a pas structure médico-légale ou spécialisée de référence pour réaliser les examens dans un contexte judiciaire, il vous est recommandé de joindre vous-même les autorités pour organiser l'examen dans le service habituel avec lequel les autorités travaillent (service des urgences gynécologiques le plus souvent).

Si l'examen est demandé par les autorités, suivre le protocole décrit ci-dessous (voir p. 62-66) avec examen clinique complet et prélèvements.

Patiente ne souhaitant pas déposer plainte

S'il s'agit d'une mineure, même si cette dernière et/ou ses représentants légaux ne souhaitent pas déposer plainte, il est nécessaire de rédiger un signalement au procureur de la République.

L'examen d'un mineur dans le cadre d'une suspicion d'agression sexuelle doit être réalisé par une personne expérimentée et spécifiquement formée. Il est préférable d'adresser à un service ou collègue spécialisés.

Examen clinique

Il est conseillé de réaliser un examen clinique complet de la personne et de rédiger ensuite un certificat reprenant les éléments de votre examen clinique.

Examen somatique général complet

- Description des lésions cutanées de façon précise et objective :
 - type de lésions : ecchymose, hématome, érosion, plaie, cicatrice ;
 - pour chaque lésion : taille (longueur \times largeur), couleur (pour les ecchymoses), localisation précise par rapport à des repères anatomiques, latéralité (droit/gauche).
- Certaines zones sont importantes à examiner :
 - les zones de préhension : cou, face interne des bras, poignets ;
 - les zones à connotation sexuelle : face interne des cuisses (manœuvres d'écartement), cavité buccale (voile du palais, frein labial).
- Possibilité de faire des photographies avec repère métrique, à garder dans le dossier médical (avec accord de la patiente).

Examen génital

Si saignement important rapporté au niveau anal et/ou génital, il est conseillé d'adresser aux urgences gynécologiques pour un examen spécialisé ou à un proctologue si saignement anal.



À retenir

Tout examen génital comme anal doit être réalisé avec le consentement de la patiente et doit être expliqué au préalable, ainsi qu'au fur et à mesure.

L'examen débute par une inspection de la face interne des cuisses puis de la région vulvaire : fourchette postérieure, grandes lèvres et petites lèvres vulvaires, méat urinaire et région clitoridienne.

En cas de constatation de lésions, les décrire dans le dossier médical en les localisant sur un cadran horaire.

L'examen se poursuit par un examen du bord de l'hymen, y compris chez les patientes ayant une activité sexuelle. Pour ce faire, il est réalisé une traction douce de la partie inférieure des grandes lèvres vers le bas et vers l'avant. L'examen peut parfois être complété par l'utilisation d'une sonde à ballonnet pour déplisser l'hymen [1] :

- recherche de lésions traumatiques : ecchymoses, déchirure complète ou incomplète ;
- en cas de constatation de lésions, les décrire dans le dossier médical en les localisant sur un cadran horaire ;
- attention ! Ne jamais utiliser le terme de « vierge », « virginité » : un hymen peut être intact chez une patiente ayant une activité sexuelle (hymen dit « souple »). En cas de rupture de l'hymen, il est recommandé d'utiliser le terme « défloration ».

L'examen au spéculum peut ensuite être réalisé pour l'examen des parois vaginales comme du col de l'utérus. Attention ! Celui-ci est réalisé uniquement chez les femmes ayant déjà eu des rapports sexuels.

L'examen se poursuit par un examen du périnée postérieur dont la partie cutanée entre les organes génitaux externes et la marge anale.

Examen anal

L'examen anal se réalise par déplissement doux des plis radiés de la marge anale à la recherche de lésions : ecchymoses, fissures (plaies superficielles), érosions.

Il est également important de noter d'éventuelles lésions médicales : hémorroïdes, fissure en raquette (pouvant être liée à la constipation), condylome, etc.

L'examen anal peut parfois se compléter d'un toucher rectal afin de vérifier le tonus sphinctérien (à la recherche d'une rupture de l'anneau sphinctérien), toujours avec le consentement de la patiente et avec explication de l'intérêt de l'examen.

Retentissement psychologique

Rechercher des symptômes d'hypervigilance, de trouble du sommeil (endormissement, cauchemars, réveils nocturnes), de trouble de l'appétit, d'évitement (voir *DSM-5 – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*), de comportement (repli sur soi, mutique, agitation, etc.), ainsi que des éléments anxieux et/ou dépressifs, etc.

Ils pourront également être décrits dans le certificat remis à la patiente. Toutefois, ne jamais se prononcer sur un diagnostic psychiatrique sur le certificat.

Rédiger un certificat médical

Le certificat reprend les éléments de votre examen clinique (voir modèle dans l'annexe 3, p. 142) et il est remis en main propre à la victime.



À retenir

Un examen génital comme anal normal ne permet généralement pas d'exclure des faits de pénétration et d'agression à caractère sexuel !

Garder une copie de votre entretien, des symptômes présentés comme de votre examen clinique dans le dossier médical.

En fonction de l'intensité de la symptomatologie sur le plan psychologique, évaluer l'intérêt d'adresser pour une hospitalisation ou un suivi en ambulatoire, évaluer l'intérêt d'une consultation avec psychiatre ou psychologue.

Discuter la prescription d'un arrêt de travail en fonction de l'état de santé physique et psychologique de la personne.

Examens à prescrire

Un bilan initial d'IST est important à réaliser, celui-ci correspondant au statut sérologique de la patiente au moment de l'agression : hCG plasmatiques, VIH, VHB, VHC, syphilis, *Chlamydia*, gonocoque.

Un suivi sérologique est à prévoir. Les modalités de ce suivi dépendront de l'organisation de l'hôpital ou du territoire dans lequel vous exercez (à 6 semaines : hCG, VIH, VHB, VHC, syphilis, *Chlamydia*, gonocoque ; à 3 mois : VHC, VHB).

En cas de suspicion de soumission chimique, lors d'un examen dans le cadre hospitalier (urgences par exemple), il est conseillé de prélever deux tubes de sang (dont un pour l'alcoolémie) et un tube d'urines pour un *screening* toxicologique (stupéfiants, benzodiazépine) par le laboratoire de toxicologie.

Cas particulier : agression datant de moins de 48 heures

Que la victime souhaite ou non déposer plainte, lors de faits de pénétration non protégée, il existe une **urgence médicale** nécessitant de mettre en route une trithérapie avec l'accord de la patiente et de proposer une contraception d'urgence.



À retenir

Ne pas oublier de mentionner les traitements donnés à la victime sur le document et/ou compte rendu de passage transmis à la patiente.

Prophylaxie du VIH

En cas de pénétration sexuelle, il est recommandé de débiter la trithérapie le plus tôt possible, y compris lorsqu'un examen dans une UMI est prévu. Un kit peut être délivré pour 24 à 72 heures en attendant un rendez-vous en service spécialisé (en maladies infectieuses, aux urgences, à l'UMI, etc. en fonction des organisations locales).

Les recommandations concernant la trithérapie sont régulièrement mises à jour. Les dernières datent de 2017 [2] et sont, pour les adultes, les suivantes :

- le choix préférentiel (sauf en cas de grossesse) est :
 - Eviplera® (emtricitabine–rilpivirine–ténofovir disoproxil) compte tenu de sa bonne tolérance et de sa simplicité de prise, soit 1 cp/j ou 2 cp/j,
 - avec l'association de 1 cp de Emtriva® (emtricitabine) et de 1 cp de Edurant® (rilpivirine), du fait du faible risque d'interactions médicamenteuses et de son plus faible coût ;
- les autres choix possibles sont soit :
 - l'association :
 - Truvada® (emtricitabine–ténofovir) et Prezista® (darunavir)–Norvir 800® (ritonavir), préférentiellement sous forme générique compte tenu du moindre prix, soit 3 cp en 1 prise/j,
 - Truvada® (emtricitabine–ténofovir) et Prezista® (darunavir)–Isentress® (raltégravir), soit 3 cp en 2 prises/j ;
 - le Stribild® (elvitégravir–cobicistat–emtricitabine–ténofovir disoproxil) 1 cp/j.



À retenir

Prescrire/réaliser un bilan préthérapeutique : NFS, ionogramme, créatininémie, transaminases.

Il est important de rappeler à la patiente :

- les modalités de prise du traitement : une prise à heure fixe au cours d'une prise alimentaire ;
- la durée du traitement : 28 jours au maximum (le traitement pourra être interrompu en cas de négativité de la sérologie de l'auteur des faits, réalisée après les faits) ;
- les effets indésirables du traitement : asthénie, troubles digestifs variables (nausées, vomissements, spasmes, diarrhées) et rarement une éruption cutanée de type eczématiforme/urticarienne.



À retenir

Les inhibiteurs de la pompe à protons sont contre-indiqués, car ils diminuent l'absorption des antirétroviraux et par conséquent leur efficacité.

Dans le cas d'une mineure, un avis spécialisé sur le choix du traitement est nécessaire.

Prophylaxie de la grossesse

Une contraception d'urgence doit être proposée en cas de risque de grossesse :

- dans un délai de 72 heures après les faits : lévonorgestrel (Norlevo®), 1,5 mg en dose unique ;
- dans un délai jusqu'à 5 jours post-agression : acétate d'ulipristal (Ellaone®), 30 mg en dose unique, ou la pose d'un DIU au cuivre.

Bien informer la patiente des effets indésirables des traitements.

Si souhait de déposer plainte : favoriser la préservation de la preuve

Il est recommandé de conseiller à la patiente d'aller déposer plainte au plus tôt auprès du service de police/gendarmerie de son lieu de vie ou du lieu de l'agression.



Conseils à donner

- Ne pas se laver avant l'examen à l'UMJ.
- Mettre de côté, dans un sac en papier (la macération dans un sac en plastique détruit l'ADN), les sous-vêtements et vêtements portés lors des faits.

Lors de suspicion de soumission chimique, si vous exercez en milieu hospitalier, il est conseillé de prélever deux tubes de sang (tube EDTA et tube sec) et d'urines à conserver (au congélateur) pour mise sous scellés ultérieure par les autorités.

Plus tôt est prélevé le bilan toxicologique, plus l'analyse pourra être contributive par le laboratoire expert mandaté par les autorités.

Attention ! Les tubes prélevés ne pourront être remis aux autorités qu'en échange d'une réquisition.

**À retenir**

Ne pas oublier de mentionner les bilans réalisés sur le document et/ou compte rendu de passage transmis à la patiente.

Faits datant de plus de 8 jours

Délai d'urgence médico-légale dépassé.

Examen clinique***Examen génital et anal***

Aucune indication à faire un examen gynécologique/anal, sauf si nécessité de soins ou dans le cadre d'une réassurance.

Examen clinique corporel

Il peut être réalisé à la recherche de lésions cutanées. Des faits de violences physiques sont souvent associés et peuvent être encore présents et visibles à l'examen. Votre certificat pouvant être secondairement intégré dans le certificat médico-légal réalisé sur réquisition judiciaire, il apportera des preuves supplémentaires.

Retentissement psychologique

Rechercher des symptômes d'hypervigilance, de trouble du sommeil (endormissement, cauchemars, réveils nocturnes), de trouble de l'appétit, d'évitement (voir *DSM-5 – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*), de comportement (repli sur soi, mutique, agitation, etc.), ainsi que des éléments anxieux et/ou dépressifs, etc.

Ils pourront également être décrits dans le certificat remis à la patiente. Toutefois, ne jamais se prononcer sur un diagnostic psychiatrique sur le certificat.

Rédiger un certificat médical

Celui-ci reprend les éléments de l'entretien et de l'examen clinique. Soyez prudent dans la rédaction du certificat, restez objectif (voir modèle dans l'annexe 3, p. 142).

Il peut être remis à la victime.

Garder une copie du certificat médical dans le dossier de la patiente.

Quels examens et/ou prescriptions complémentaires ?***Suivi sérologique des IST et risque de grossesse***

Lors de faits de pénétration (dont la fellation forcée) sans préservatif (avec ou sans éjaculation), il est important d'organiser le suivi sérologique à la recherche d'une séroconversion d'IST.

De même, il est important de proposer un dosage à la recherche de grossesse suite aux faits.

Il est recommandé de :

- faire un bilan initial : hCG plasmatiques, VIH, VHB, VHC, syphilis, *Chlamydia*, gonocoque ;
- prévoir un contrôle des hCG à la 6^e semaine ;
- effectuer un suivi sérologique :
 - à 6 semaines : VIH, VHB, VHC, syphilis, *Chlamydia*, gonocoque,
 - à 3 mois : VHC, VHB.

Sur le plan psychologique

En fonction de l'intensité de la symptomatologie sur le plan psychologique, évaluer l'intérêt d'adresser pour une hospitalisation ou un suivi en ambulatoire, évaluer l'intérêt d'une consultation avec psychiatre ou psychologue.

Discuter la prescription d'un arrêt de travail en fonction de l'état de santé physique et psychologique de la personne.

Dans tous les cas

Prévention du tétanos

- En cas de plaie, il est important de réévaluer le statut vaccinal vis-à-vis du tétanos.
- En cas de retard de vaccination, vous pouvez proposer : soit un rappel antitétanique, soit une injection d'immunoglobulines tétaniques (se reporter au schéma vaccinal en vigueur).

Proposer une vaccination VHB

En cas de patiente non vaccinée pour le VHB, et avec son accord, vous pouvez débiter le schéma vaccinal.

Conseils au dépôt de plainte, lien avec les associations

L'important est l'écoute et l'orientation de la personne :

- conseil de dépôt de plainte dans le commissariat de son quartier/lieu d'habitation qui prendra le rendez-vous à l'UMJ de référence à l'issue de l'audition ;
- conseils à donner :
 - ne pas se laver après l'agression (si possible) jusqu'à la consultation dans le service spécialisé (UMJ),
 - possibilité de lui remettre :
 - une enveloppe kraft pour qu'elle mette de côté les sous-vêtements portés lors des faits (ne pas les mettre dans un sac plastique, ne pas les laver),
 - un pot à urines pour garder le plus précocement possible des urines lors de doute sur une soumission chimique ;
 - ne pas rester seule pour les démarches, se faire accompagner par un proche ;
- lui remettre votre certificat descriptif (toujours en garder une copie dans le dossier médical) ;

- proposer une prise en charge adaptée si nécessaire :
 - sociale, psychologique,
 - remettre à la victime les coordonnées des associations d'aide aux victimes, de soutien psychologique, etc. présents dans la région.

Examen dans le cadre d'une réquisition judiciaire

Dans le cadre d'un examen sur réquisition judiciaire, le protocole à suivre est le même que celui dans le cadre d'un examen hors réquisition.

Toutefois, il est important d'expliquer à la victime le contexte de l'examen : examen sur réquisition à la demande des autorités (police/gendarmerie).

Celui-ci ne pourra avoir lieu qu'avec l'accord de la victime.

Examen

Votre examen, tel que décrit Comme décrit précédemment (p. 142), comprend :

- un entretien afin de déterminer les circonstances et les antécédents ;
- un examen clinique corporel complet (avec accord de la victime pages 62-66) ;
- un examen génito-anal (orienté par les faits rapportés par la victime).

Rédaction d'un certificat

Le contenu de votre certificat (voir modèle dans l'annexe 3, p. 142) reprendra :

- les déclarations de la victime « entre guillemets » ou au conditionnel. Attention ! Ne jamais nommer l'auteur présumé de l'agression ;
- les doléances de la victime (douleurs, limitations fonctionnelles) et les symptômes de retentissement psychologique rapportés et/ou constatés ;
- votre examen clinique corporel et génito-anal, avec une description objective des lésions.



À retenir

Le certificat établi sur réquisition judiciaire est à remettre directement à l'autorité requérante (copie possible pour la victime).

Garder une copie dans le dossier médical.

Examens et prélèvements à visée médicale

Il s'agit des examens à réaliser à la recherche de grossesse et d'IST (voir plus haut, p. 68). Ils sont indiqués selon les mêmes critères de délais.

**À retenir**

Les résultats des examens réalisés à visée médicale (contrairement aux prélèvements à visée judiciaire : voir plus loin) ne doivent pas être transmis aux autorités judiciaires ! Ils font partie intégrante du dossier médical et de la prise en charge de la victime, et sont donc soumis au secret professionnel.

Prescriptions

Elles sont identiques à celles effectuées hors réquisition judiciaire. Prescription à adapter en fonction du délai entre les faits et l'examen (voir plus haut, p. 64-66).

Conseils de prise en charge

Ils sont identiques à ceux prodigués hors réquisition judiciaire (voir plus haut, p. 66).

Prélèvements à visée judiciaire

Des prélèvements à visée judiciaire peuvent être réalisés pour compléter votre examen. Il s'agira de prélèvements effectués sur réquisition et remis aux autorités.

Prélèvements à la recherche d'ADN étranger

■ En cas de faits chez une victime n'ayant pas fait de douche corporelle et/ou locale, prélèvements :

- des ongles : soit en coupant les ongles avec un ciseau stérile, soit par écouvillonnage des ongles (un écouvillon sec sous chaque ongle de doigt) ;
- sur les zones du corps touchées, agrippées, embrassées par l'(les) auteur(s) présumé(s) des faits : avec deux écouvillons stériles sur chaque localisation (un écouvillon sec puis un écouvillon humide par zone) ;
- en région génitale vulvaire et vaginale (jusqu'à 5 jours après les faits), en anal (24 à 48 heures après les faits si n'a pas eu de selles), en buccal (< 12 heures après les faits et si n'a ni mangé ni bu) avec deux écouvillons stériles.

■ Penser à étiqueter les prélèvements avec nom, prénom, date de naissance de la patiente et localisation du prélèvement.

■ Ne remettre les prélèvements aux autorités qu'en l'échange d'une réquisition judiciaire spécifiant les écouvillons remis. Leur spécifier que les prélèvements se conservent au congélateur et non au réfrigérateur.

■ Si les prélèvements réalisés ne sont pas remis aux autorités, une conservation au congélateur est nécessaire au sein de votre service. Les vêtements portés lors des faits sont à mettre dans une enveloppe kraft fermée (les manipuler avec des gants !) et à conserver à température ambiante.

Prélèvements à visée toxicologique

- Deux tubes de sang (un tube sec et un tube EDTA) ou les tubes fournis par les autorités.
- Deux tubes d'urines
- Comme pour les prélèvements à la recherche d'ADN étranger, ils sont à remettre contre réquisition.

Agression sexuelle – contexte de violences conjugales

Lors de violences conjugales, les faits de violences sexuelles sont fréquents et sous-estimés.

Il convient de rechercher l'ensemble des violences connexes :

- violences physiques ;
- violences psychologiques et verbales : par exemple, isolement progressif, cris, dépréciation, humiliation, injures, menaces, reproches, critiques, etc. ;
- violences sexuelles : voir plus haut ; le « devoir conjugal » n'existe pas !
- violences sociales : par exemple, contrôle des relations, interdiction de voir des amis, etc. ;
- violences économiques et patrimoniales (pour réduire l'autonomie) : par exemple, interdiction de travailler, contrôle des dépenses, etc. ;
- violences administratives : par exemple, confiscation des documents d'identité, carte vitale, etc.



À retenir

Penser à rechercher également des violences devant les enfants et/ou sur les enfants, qui peuvent faire l'objet d'une information préoccupante ou d'un signalement.

Lors de l'entretien, il est recommandé de rechercher des signes d'emprise (voir leur description dans le document *Secret médical et violences au sein du couple* publié par le ministère de la Justice [3]). Depuis le 30/07/2020 et la modification de l'article 226-14-3 du Code pénal, le secret médical peut être levé et permettre un signalement au procureur de la République [3].

L'examen de la patiente est le même que celui décrit plus haut (voir p. 62-66).

Le certificat descriptif est important à réaliser. Il se peut que la patiente préfère ne pas le récupérer par crainte que le conjoint violent le voie, et avoir la possibilité de venir le chercher ultérieurement.



Quels conseils ?

- Évoquer avec la patiente les faits et mettre des mots sur les violences.
- Donner une information orale et écrite concernant les violences faites aux femmes (rappel des interdits, des signes de gravité, que faire pour se protéger, que faire en cas de danger, coordonnées d'associations de soutien...).
- Expliquer l'intérêt d'un dépôt de plainte ou au minimum d'une main courante.
- L'adresser à des associations d'aide sur le plan psychologique, comme juridique, voire à une assistante sociale (centre d'information sur les droits des femmes et des familles, associations pour les victimes de violences, permanence juridique des mairies, etc.).
- Proposer de revoir la patiente.

Mutilations sexuelles féminines

Définition des mutilations sexuelles

Les MSF sont définies par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) par « l'atteinte, l'ablation partielle ou totale de tout ou d'une partie des organes sexuels externes à des fins autres que thérapeutiques ». L'OMS propose une classification en quatre types (voir ci-dessous). Attention ! Celle-ci est descriptive et ne préjuge pas de la gravité et des conséquences des MSF sur les femmes et les mineures.

Classification des MSF par l'OMS (figures 8.1 et 8.2)

- Type I (clitoridectomie) : ablation partielle ou totale du clitoris (gland clitoridien) et/ou du prépuce.
- Type II (excision) : ablation partielle ou totale du clitoris et des petites lèvres, avec ou sans excision des grandes lèvres.
- Type III (infibulation) : rétrécissement de l'orifice vaginal avec recouvrement par l'ablation et l'accolement des petites lèvres et/ou des grandes lèvres, avec ou sans excision du clitoris.
- Type IV : tout autre geste de mutilation sexuelle féminine pour des raisons non médicales (scarification, percement, étirement des petites lèvres, utilisation de substances caustiques en application vulvaire ou vaginale...).

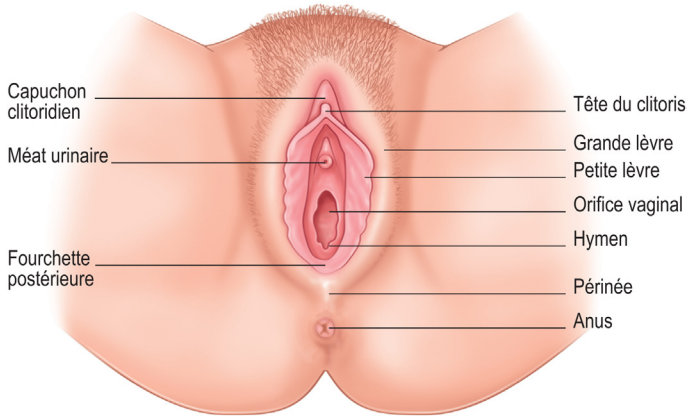


Figure 8.1. Anatomie féminine habituelle.

Source : illustration Carole Fumat.

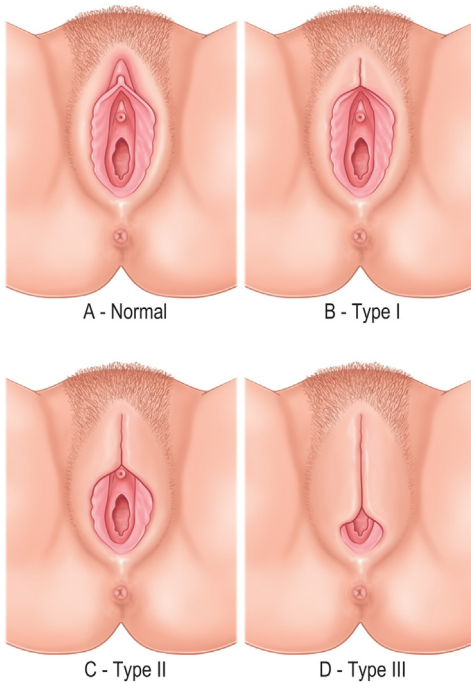


Figure 8.2. Anatomie en cas de mutilation sexuelle féminine.

Source : illustration Carole Fumat.

Recommandations

Lors de la découverte d'une MSF chez une mineure (soit toute personne de moins de 18 ans), il est du devoir du médecin de réaliser un signalement auprès du procureur de la République du tribunal judiciaire du lieu de résidence de la famille (le Code pénal autorise la levée du secret médical) [4].

Il est du ressort des autorités, et non de celui du médecin, de déterminer si les faits de MSF ont eu lieu en France ou dans un autre pays, avec ou sans l'accord des parents.

Lors de la découverte de MSF [4] au cours d'un examen gynécologique d'une femme adulte, il est important de :

- en parler avec elle. Partez du principe que vous êtes sûrement (voire probablement) le premier professionnel à lui en parler (même si elle a déjà accouché et/ou eu un suivi gynécologique). Il ne faut pas craindre d'aborder le sujet. Ne surtout pas faire comme si vous n'aviez rien vu + + + . Toutefois, cette annonce doit se faire avec tact, surtout si la patiente n'était pas au courant ;
- l'écrire dans le dossier médical ;
- évaluer avec elle l'impact de la MSF sur sa santé et rechercher d'éventuelles complications génitales, psychologiques, sexuelles en lien avec la MSF ;
- organiser une prise en charge ou adresser à un centre spécialisé dans la prise en charge des MSF, lors de complications rapportées par la patiente.

Par ailleurs, cette annonce peut permettre une discussion, dans un second temps, sur ce que souhaitent cette patiente et son conjoint pour leurs enfants actuels ou à venir.

Le fait d'en parler, d'expliquer la loi française et les complications éventuelles d'une MSF est un acte de prévention en faveur des enfants.

Il est important d'évaluer les risques de mutilation sexuelle féminine de ses filles et de celles à naître.

Pour en Savoir plus

- [1] Deguet C, Gorgiard C, Rey-Salmon C. Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris). Agression sexuelle - Médecine d'urgence, 25-210-B-10. 2017 ; 12(4) : 1-12.
- [2] Mortlat P (Dir), sous l'égide du CNS et de l'ANRS. Prise en charge médicale des personnes vivant avec le VIH – Prise en charge des accidents d'exposition sexuelle et au sang (AES) chez l'adulte et l'enfant. Septembre 2017. En ligne : https://cns.sante.fr/wp-content/uploads/2017/10/experts-vih_aes.pdf.
- [3] Ministère de la Justice. Secret médical et violences au sein du couple. En ligne : http://www.presse.justice.gouv.fr/art_pix/Vade-mecum%20secret%20m%E9dical%20et%20violences%20au%20sein%20du%20couple.pdf?fbclid=IwAR3jF1YaEYZ6P-bNPEEBcvjQZH4PdbjSDa9LZKDbgHLawC3A9UM0nkbeO60.
- [4] HAS. Prise en charge des mutilations sexuelles féminines par les professionnels de santé de premier recours. Février 2020. En ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-02/reco307__recommandations_mutilations_sexuelles_feminines.pdf.

Je consulte en urgence car... j'ai quelque chose coincé dans mon vagin

Conduite à tenir devant un corps étranger intravaginal

Bien que le corps étranger intravaginal n'apparaisse pas comme une urgence vitale, il nécessite parfois une réelle prise en charge médicale.

Par définition, un corps étranger est un objet qui n'était pas destiné à être placé dans le tractus génital, ou bien qui n'était pas destiné à y rester coincé (pessaire, dispositifs contraceptifs et menstruels par exemple ; [figure 9.1](#)). Il peut avoir été

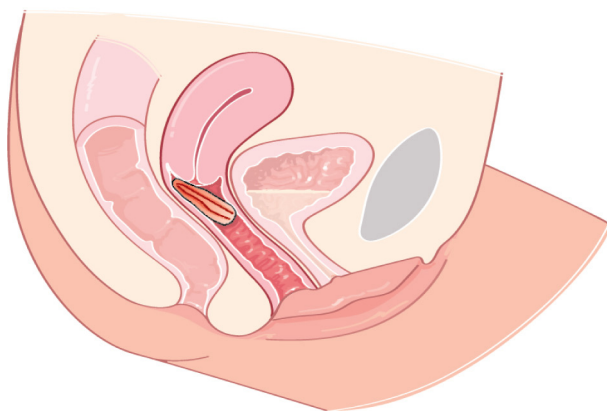


Figure 9.1. Coupe sagittale du pelvis avec tampon périodique coincé dans le cul-de-sac vaginal postérieur.

Source : illustration Carole Fumat.

placé intentionnellement, accidentellement ou par acte de malveillance. L'urgence de sa prise en charge tient en deux points :

- Quelles sont les conséquences du corps étranger ? = Urgence thérapeutique ?
- Dans quel contexte ce corps étranger a-t-il été introduit ? = Urgence sociale ?

Afin de débrouiller rapidement la situation, l'interrogatoire demeure la pierre angulaire de la prise en charge initiale.

Interrogatoire

Caractériser le corps étranger

En premier lieu, il faut caractériser le corps étranger :

De quel type de corps étranger s'agit-il ?

L'imagination des patientes peut parfois surprendre, néanmoins certains objets sont traumatiques. Il faudra donc s'assurer de l'absence de lésion séquellaire au niveau des muqueuses. Ces lésions peuvent avoir été créées par la patiente lors de l'introduction du corps étranger, mais aussi au moment du retrait par le médecin. Selon le type de corps étranger, il faut être particulièrement vigilant pour ne pas blesser plus la patiente (et ne pas se blesser soi-même). Par ailleurs, si le corps étranger s'avère être lié à un trafic de stupéfiants, il faut être très précautionneux pour l'ablation afin d'éviter la rupture du dispositif utilisé.

Depuis quand le corps étranger est-il présent ?

Là encore, les réponses sont variables. La consultation peut survenir après deux ou trois tentatives d'autoretrait infructueuses, ou bien plusieurs jours/semaines après lorsque les symptômes (pertes et odeurs essentiellement) révèlent « l'oubli ».

Évaluer le contexte

Vient ensuite l'évaluation du contexte, à ne jamais négliger :

Quelle était la fonction de ce corps étranger ?

L'objectif est d'identifier un éventuel contexte de pathologie sous-jacente (infection génitale basse, prolapsus...).

Y a-t-il eu violence ?

Cette question est beaucoup plus difficile à amener, mais il est toutefois capital d'arriver à la poser afin d'identifier les contextes de maltraitance. Attention ! Cette question est vraie quel que soit l'âge de la patiente, se méfier en particulier des âges extrêmes.

Conséquences d'un corps étranger

Enfin, l'interrogatoire permet d'appréhender les conséquences du corps étranger :

Y a-t-il des leucorrhées associées et comment se caractérisent-elles ?

Dans le cadre de leucorrhées pathologiques, ne pas hésiter à réaliser un prélèvement bactériologique afin d'adapter la thérapeutique.

Y a-t-il des douleurs abdominopelviennes associées ?

L'arrière-pensée étant l'infection génitale haute qui reste, dans ce contexte, relativement rare avec certains tableaux aussi rares que graves comme les péritonites à *Actinomyces*.

Y a-t-il une hyperthermie associée ?

Il s'agit d'un témoin de complication. Toute fièvre nécessite que l'on s'interroge sur le bénéfice potentiel d'une hospitalisation (pour une éventuelle prise en charge symptomatique, pour la réalisation d'investigations radiologiques, pour une antibiothérapie parentérale, etc.). Ne pas oublier également que les corps étrangers présents de façon chronique peuvent être responsables de fistules.

Y a-t-il des saignements associés ?

Derrière cette question, se dessine en filigrane la nécessité de rechercher attentivement une plaie de la filière génitale afin de discuter une éventuelle suture et d'évaluer le retentissement hémodynamique des saignements.

Examen clinique

Prudent, l'examen au spéculum permet de visualiser le corps étranger, de rechercher des leucorrhées, des saignements, des érosions ou d'éventuelles plaies associées.

Le toucher vaginal permet d'enlever le corps étranger le plus souvent. Lors du toucher vaginal, la recherche de douleurs pelviennes traduisant une infection génitale haute est nécessaire. Un nouvel examen au spéculum une fois le corps étranger enlevé peut être intéressant si la recherche initiale d'érosions ou plaies était gênée par la présence du corps étranger.

Dans de rares cas, le corps étranger pouvant être volumineux ou tranchant, son ablation en consultation est impossible et doit être réalisée au bloc sous anesthésie. Si une plaie est présente, elle pourra être suturée à cette occasion.

En l'absence de signes généraux et/ou de douleurs pelviennes, il n'est pas nécessaire de réaliser d'examens complémentaires. En revanche, en cas de suspicion d'infection génitale haute, de fistule ou de toute autre complication, des examens de biologie et d'imagerie seront à réaliser au cas par cas.



Les pièges à éviter

Bien que la prise en charge des corps étrangers semble aisée, dans certaines situations, il faut avoir quelques réflexes :

- les corps étrangers intravaginaux chez les jeunes filles doivent faire éliminer un contexte de violence ;
- les contextes de corps étranger avec produits stupéfiants ou drogues (mules) doivent s'accompagner de précautions pour le retrait ;
- la fièvre ou les douleurs abdominopelviennes intenses sont des critères de gravité conduisant à la réalisation d'une imagerie exhaustive.

Traitement

Il est simple et évident : il consiste au retrait du corps étranger lors du toucher vaginal. Il faudra être particulièrement précautionneux en cas d'objet tranchant ou bien en cas de trafic de stupéfiants.

En cas d'infection génitale basse caractérisée notamment par la présence de leucorrhées pathologiques, un traitement antibiotique local ou général, secondairement adapté aux résultats des prélèvements bactériologiques, pourra être prescrit. L'intérêt de l'utilisation d'antiseptiques locaux – ovules de polyvidone iodée (Bétadine®) par exemple – est limité et nous n'avons pas l'habitude d'en prescrire.

En cas de suspicion d'infection génitale haute associée (patiente présentant des signes infectieux généraux, des douleurs pelviennes), celle-ci devra être traitée en conséquence. En cas de plaies vaginales, celles-ci devront être suturées au bloc opératoire.

Enfin, en cas de contexte de violences, ou bien de trafic de stupéfiants, tout le volet médico-légal devra être pris en charge.

Syndrome de choc toxique

Il s'agit d'une pathologie infectieuse rare liée à la *toxic shock syndrome toxin-1* (TSST-1), exotoxine produite par *Staphylococcus aureus*. Elle doit être évoquée dans le cadre des *cups* menstruelles ou des tampons laissés en place de façon prolongée.

Le diagnostic est posé en présence de :

- critères majeurs – les trois critères sont indispensables :
 - fièvre supérieure à 38,8 °C,
 - rash maculaire ou érythrodermie + desquamation,
 - hypotension (degré variable selon les auteurs) ;
- critères mineurs – présence d'au moins trois critères :
 - atteinte gastro-intestinale (diarrhée, vomissements),
 - myalgie ou élévation des créatines phosphokinases (CPK),
 - atteinte muqueuse (orale, conjonctivale, vaginale),
 - atteinte rénale (leucocyturie et/ou augmentation de la créatine),
 - atteinte hépatique,
 - thrombopénie,
 - troubles de la conscience, désorientation.

Cette situation rare et gravissime nécessite le plus souvent une prise en charge en réanimation en raison d'une fréquente défaillance multiviscérale qui doit être gérée en complément du traitement antibiotique. Le pronostic vital peut être en jeu.

Pour en Savoir plus

Vaginal foreign body evaluation and treatment. 2022 Apr 30. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing ; 2022 Jan.

Ganguli S, Liu Q, Tsoumpariotis A, Rapaport S, Fakioglu E. Vaginal discharge in a pre-pubertal girl posing a diagnostic challenge. Cureus 2018;10(4):e2424.

Neumann C, Kaiser R, Bauer J. Menstrual cup-associated toxic shock syndrome. Eur J Case Rep Intern Med 2020;7(10):001825.

Je consulte en urgence car... j'ai eu un accident de contraception

Conduite à tenir devant une demande de contraception d'urgence

Une contraception d'urgence peut et doit être utilisée à chaque fois que nécessaire. Cependant elle reste moins efficace qu'une contraception régulière. Sa prescription doit être l'occasion de réexpliquer le bon usage de la contraception précédemment utilisée et/ou de rechercher avec la patiente le moyen contraceptif qui lui conviendra le mieux.

La demande d'une contraception d'urgence est un motif légitime de consultation. Ce motif peut être évoqué dès le début de la consultation ou en toute fin d'une consultation un peu confuse, dont le motif s'éclaire alors. Dans les deux cas, il est important de prendre le temps de bien comprendre la situation de la patiente pour en saisir tous les enjeux qui peuvent parfois aller bien au-delà de ce motif.

Il est nécessaire de :

- comprendre le mode de contraception habituel, les raisons de l'échec de contraception pour adapter au mieux la proposition de contraception d'urgence, mais également proposer une contraception efficace à plus longue échéance ;
- comprendre le contexte afin d'évaluer le risque d'exposition aux IST, proposer un dépistage et un traitement adapté ;
- interroger sur le rapport sexuel consenti ou non, l'existence de violences sexuelles lors de ce rapport ou de tout type de violence précédemment dans la vie de la femme, afin d'accompagner la prise de conscience de ces violences déplorées et leur prise en charge.

Toutes ces informations ne s'énoncent pas forcément facilement et ne s'entendent pas facilement non plus. Il est d'autant plus important de ne pas banaliser la demande de contraception d'urgence.

Définition : qu'est-ce qu'une contraception d'urgence ?

Une contraception d'urgence est un moyen médicamenteux ou mécanique (dispositif intra utérin [figure 10.1](#)) permettant de diminuer le risque de grossesse suite à un rapport sexuel non ou mal protégé. Les moyens actuels permettent une efficacité possible si celle-ci est utilisée dans les 5 jours suivant le rapport à risque. Plus la contraception d'urgence est prise tôt, plus elle est efficace.

Un risque de grossesse existe en cas de rapport mal protégé quel que soit le moment du cycle menstruel :

- absence ou rupture de préservatif que le rapport soit complet ou non ;
- oubli de pilule contraceptive : plus de 12 heures pour les œstroprogestatifs, plus de 3 heures pour certains microprogestatifs ;
- vomissements/diarrhées dans les heures suivant la prise de la pilule ;
- expulsion d'un DIU.

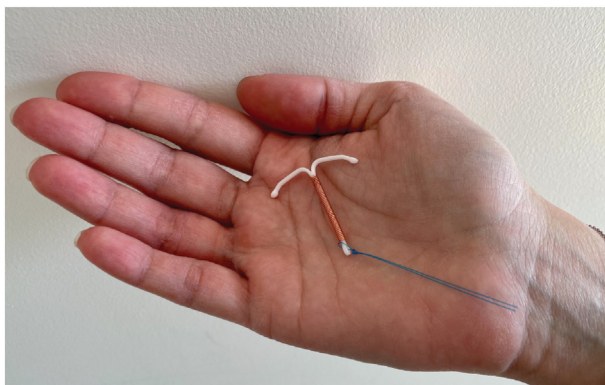


Figure 10.1. Stérilet au cuivre.

Interrogatoire

Caractériser l'urgence

Il faut dans un premier temps préciser le caractère de l'urgence :

De quand date le rapport sexuel non protégé ?

Moins de 3 à 5 jours, délai maximum pour proposer une contraception d'urgence efficace.

Y a-t-il eu plusieurs rapports non protégés dans les semaines précédentes ? Si oui, y a-t-il déjà eu une prise de contraception d'urgence ?

L'existence de plusieurs rapports sexuels non protégés datant de plus de 3 à 5 jours n'empêche pas de prescrire une contraception d'urgence pour le dernier mais change la stratégie de suivi.

La prise antérieure d'une contraception hormonale d'urgence (acétate d'ulipristal) peut diminuer l'efficacité d'une nouvelle prise.

Quelle était la date des dernières règles ? Les cycles sont-ils habituellement réguliers ?

La notion d'une date des dernières règles incertaine, lointaine ou de cycles irréguliers peut faire suspecter une grossesse préexistante à cette situation d'urgence et amener à réaliser un test de grossesse sans attendre.

Évaluer la contraception habituelle

Il faut ensuite évoquer le mode de contraception utilisé habituellement :

Quel type de contraception utilisez-vous habituellement ?

Les conseils seront différents en l'absence de contraception, si une contraception peu fiable est utilisée (compter les jours, retrait...) ou si la patiente utilise les préservatifs ou une contraception hormonale.

L'utilisation concomitante d'une méthode de contraception hormonale (pilule, patch, anneau) peut limiter l'efficacité de la contraception d'urgence (acétate d'ulipristal).

Que s'est-il passé cette fois-là ?

Rechercher : un préservatif non utilisé, oublié, craqué ou resté dans le vagin après le rapport sexuel.

Un oubli de pilule contraceptive, le décollement d'un patch contraceptif, l'expulsion d'un DIU, une impression de risque.

Évaluer le risque d'IST

Enfin le contexte du rapport sexuel devrait pouvoir être abordé afin de vérifier le risque de transmission d'IST :

Avez-vous un partenaire régulier ? Ce rapport sexuel était-il avec ce partenaire régulier ?

Avez-vous déjà fait des dépistages d'IST ? Récemment ? Savez-vous si votre partenaire en a fait récemment ?

Évaluer le risque de violence

Il faut vérifier que le rapport sexuel était bien consenti :

Étiez-vous d'accord pour avoir ce rapport sexuel ou était-ce un rapport sexuel forcé ?

Avez-vous déjà subi des violences physiques, psychologiques ou sexuelles ?

Évaluer le contexte social

Enfin la prise en charge sociale est importante à vérifier :

Avez-vous la sécurité sociale ? une mutuelle ?

Les méthodes de contraception d'urgence sont remboursées à 65 % par la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

Elles peuvent être délivrées gratuitement pour les mineures.

À votre nom ? à celui des parents ? Quel âge avez-vous ?

La confidentialité vis-à-vis des parents ou du conjoint peut jouer sur la poursuite du traitement.

Rechercher des contre-indications à la contraception

La recherche d'antécédents personnels ou familiaux contre-indiquant l'utilisation des méthodes contraceptives classiques est nécessaire : antécédents ou facteurs de risque cardiovasculaires, métaboliques ou gynécologiques.

Concernant la contraception d'urgence, il n'existe aucune contre-indication absolue.

Examen clinique

Un examen clinique ne se justifie pas forcément dans ce contexte, mais il peut être proposé à la patiente pour effectuer des dépistages d'IST, vérifier l'état vulvo-vaginal en cas de rapports sexuels violents et/ou douloureux. Chez une patiente désirant la pose d'un DIU en urgence mais n'ayant jamais eu d'examen gynécologique jusque-là, l'examen clinique permet de vérifier la possibilité de la pose d'un spéculum chez une patiente.

Quels examens prescrire ?

■ hCG urinaires en cas de rapports sexuels non protégés multiples. Ils permettront d'objectiver une grossesse en cours. Dans ce cas, la contraception d'urgence n'est plus d'actualité, il faut alors annoncer la grossesse et chercher à en évaluer le terme.

■ PCR *Chlamydia* et gonocoque sur autoprélèvement vaginal et sérologies VIH, VHB, VHC et syphilis en cas de risque d'IST (partenaire de moins de 1 an, plusieurs partenaires dans l'année, viol, prostitution).

Ces examens peuvent être proposés sur place permettant une meilleure observance ou leur réalisation peut être différée dans un laboratoire de ville si cela est plus pratique pour la patiente ou encore en CeGIDD (centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine, des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles) en cas de besoin de gratuité ou confidentialité.

En cas de suspicion d'exposition au VIH (partenaire séropositif connu ou viol), la réalisation ne doit pas être retardée afin de proposer un traitement post-exposition dans le même temps.

Quelle prescription de contraception d'urgence ?

Contraception d'urgence	DIU au cuivre	Lévonorgestrel	Acétate d'ulipristal
Nom de spécialité	Tout type	Norlevo®	EllaOne®
Dosage et posologie	DIU à 375 ou 380 mm de cuivre	Lévonorgestrel 1,5 mg 1 cp PO	Acétate d'ulipristal 30 mg 1 cp PO
Délai max. d'utilisation	5 jours	3 jours (72 heures)	5 jours (120 heures)
Mode d'action	Spermicide, empêche la nidation	Inhibe l'ovulation	Inhibe et bloque l'ovulation
Risque de grossesse	< 1 %	Entre 10 et 80 % selon le moment de la prise	Entre 10 et 80 % selon le moment de la prise
Contre-indications	Infection pelvienne en cours, saignements génitaux inexpliqués, malformation utérine	Pas de contre-indication absolue	Pas de contre-indication absolue Asthme sévère déséquilibré, insuffisance hépatique sévère
Précautions d'emploi	Évaluer les facteurs de risque d'IST et proposer un dépistage de CT Praticien formé à la pose des DIU	Inducteurs enzymatiques : doubler la dose	Cœstroprogestatifs et progestatifs diminuent l'efficacité : arrêter la contraception hormonale pendant 5 jours 1 seule prise par cycle
En cas d'allaitement	Sans problème	Possible*	Possible*
Effets indésirables	Risque de perforation ou d'expulsion suite à la pose Risque infectieux Modification des règles (augmentation du flux, dysménorrhée)	Troubles des règles (<i>spotting</i> , retard de règles ou règles en avance) Troubles digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales) Céphalées, vertiges Tension mammaire	Troubles des règles (<i>spotting</i> , retard de règles ou règles en avance) Troubles digestifs (nausées, vomissements, douleurs abdominales) Céphalées, vertiges Tension mammaire





Contraception d'urgence	DIU au cuivre	Lévonorgestrel	Acétate d'ulipristal
Délivrance	Sur ordonnance Délivrance anonyme et gratuite possible pour les mineures en officine et dans les CPEF	Avec ou sans ordonnance Délivrance anonyme et gratuite possible pour les mineures en officine et dans les CPEF	Avec ou sans ordonnance Délivrance anonyme et gratuite possible pour les mineures en officine et dans les CPEF
Coût	≈ 30 € + pose ≈ 38 € RSS 60 % sur prescription	≈ 7 € RSS 65 % sur prescription	≈ 19 € RSS 65 % sur prescription

* Passage minime dans le lait, prise possible en cas d'allaitement sans interruption nécessaire selon le Centre de référence sur les agents tératogènes (lecrat.org).

CPEF : centre de planification et d'éducation familiale ; CT : *Chlamydia trachomatis* ; PO : *per os* ; RSS : remboursement de la Sécurité sociale

Quels conseils ensuite ?

- Utiliser une contraception efficace dans les jours suivants.
- Vérifier l'absence de grossesse en cas de retard de 5 à 7 jours des règles suivantes ou au moindre doute.
- Si DIU : contrôle de la position et de la tolérance après les prochaines règles ou à 1 mois.
- Si lévonorgestrel : préservatifs ou continuer ou reprendre la contraception hormonale et utiliser des préservatifs les 7 premiers jours.
- Si acétate d'ulipristal : préservatifs ou continuer ou reprendre la contraception hormonale et utiliser des préservatifs les 14 premiers jours.
- Informer du risque d'échec.
- Informer des effets secondaires possibles : troubles des règles (*spotting*, retard de règles), nausées et vomissements, douleurs abdominales, céphalées, vertiges.
- En cas de diarrhées ou de vomissements importants dans les 3 heures suivant la prise, reprendre le comprimé.
- Éviter de prendre lévonorgestrel à la suite d'acétate d'ulipristal ou l'inverse dans le même cycle.
- En cas de dépistage positif de violences :
 - évaluer le danger immédiat ;
 - donner une information orale et écrite concernant les violences faites aux femmes (rappel des interdits, des signes de gravité, que faire pour se protéger, que faire en cas de danger, coordonnées d'associations de soutien...) ;
 - proposer de revoir la patiente.

Pour en Savoir plus

HAS. Contraception d'urgence. Avril 2013, mise à jour juillet 2019. En ligne : <https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-04/fiche-contraception-urgence.pdf>.

HAS. Repérage des femmes victimes de violences au sein du couple. Comment agir. Juin 2019, mise à jour décembre 2020. En ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/fs_femmes_violence_agir_092019.pdf.

OMS. Recommandations Site internet de l'OMS, mise à jour du 9 novembre 2021. Lien : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/emergency-contraception>.

Liens utiles :

CeGIDD. VIH et IST : se faire dépister en France dans un CeGIDD. En ligne : <https://vih.org/cegidd/>

Centre de référence sur les agents tératogènes. En ligne : www.lecrat.org

OnSEXprime. <http://www.onsexprime.fr>

QuestionSexualité. Choisir sa contraception. <https://questionsexualite.fr/choisir-sa-contraception>

Santé publique France : <http://www.santepubliquefrance.fr>

Je consulte en urgence car... je suis suivie en assistance médicale à la procréation et j'ai mal au ventre

Bien évidemment, toute patiente suivie en assistance médicale à la procréation (AMP) doit être prise en charge en urgence comme toute autre patiente : en cas de métrorragies, une GEU doit être éliminée et en cas de douleurs, une torsion annexielle doit être écartée. En outre, il existe une complication spécifique aux techniques d'AMP : le syndrome d'hyperstimulation ovarienne (SHSO).

Syndrome d'hyperstimulation ovarienne

Le syndrome d'hyperstimulation ovarienne (SHSO) est une complication iatrogène survenant après une stimulation ovarienne le plus souvent en vue d'une fécondation *in vitro* (FIV) par *intracytoplasmic sperm injection* (ICSI).

Mais il est aussi possible après stimulation ovarienne en vue de rapports programmés ou d'une insémination artificielle.

La stimulation ovarienne entraîne une augmentation anormale du volume des ovaires. On observe un mécanisme d'augmentation de la perméabilité capillaire et/ou une vasodilatation artérielle responsable d'une fuite du liquide vers le secteur vasculaire et interstitiel.

En cas de réponse excessive, le SHSO apparaît et peut avoir des formes cliniques différentes.

Il est donc important de déterminer rapidement le degré de gravité qui conditionne la prise en charge. Le SHSO peut être léger, modéré ou sévère.

Il peut apparaître de façon précoce après le déclenchement de l'ovulation ou plus tardivement, aggravé par la grossesse.

Les complications majeures sont la thrombose ou la torsion d'annexe.

Interrogatoire

Certains facteurs du protocole peuvent favoriser la survenue d'un SHSO et sont à rechercher à l'interrogatoire. Quelques exemples sont proposés ci-dessous :

Quel âge avez-vous ? Quels sont votre taille et votre poids ?

Un âge inférieur à 35 ans et un indice de masse corporelle (IMC) bas sont des facteurs favorisant la survenue d'un SHSO.

Avez-vous un syndrome des ovaires polykystiques ?

Les risques de faire un SHSO sont augmentés en cas de syndrome des ovaires micropolykystiques (SOMPK).

Avez-vous eu un transfert d'embryon frais ? Sinon, avez-vous eu une réponse excessive lors de la stimulation ovarienne nécessitant de congeler les embryons et de ne pas faire de transfert d'embryon ?

En cas de transfert d'embryon frais, la patiente peut déjà être enceinte et la grossesse entretient le SHSO. Au contraire, une stimulation initialement excessive ayant contre-indiqué la poursuite de la prise en charge peut orienter vers un SHSO.

Quels étaient les résultats de prise de sang et d'échographie en fin de stimulation ?

Un taux d'estradiol élevé et un nombre important de follicules à l'échographie peuvent favoriser un SHSO.

Êtes-vous enceinte ?

La survenue d'une grossesse entretient et aggrave les symptômes par la sécrétion d'hCG par le trophoblaste.

Il faut rechercher des signes cliniques permettant d'établir le diagnostic et de connaître rapidement le caractère sévère afin d'orienter la prise en charge.

Avez-vous des nausées ou des vomissements ?

Avez-vous l'impression d'avoir le ventre gonflé ? une sensation d'inconfort ?

Avez-vous des difficultés à respirer ?

Allez-vous uriner normalement ?

Avez-vous mal au ventre ? Si oui, avez-vous besoin de prendre des antalgiques ?

Sur une échelle de 1 (pas de douleur) à 10 (douleur très intense), quelle note donnez-vous à votre douleur ?

La mesure de l'intensité de la douleur peut permettre d'éliminer aussi une complication comme la torsion d'annexe dont la prise en charge est urgente.

En cas de torsion d'annexe, la douleur est le plus souvent de début brutal, très intense, unilatérale, alors qu'elle sera le plus souvent modérée et diffuse dans un SHSO non compliqué d'une torsion.

Avez-vous mal aux mollets ?

Il est important de toujours penser à la thrombose veineuse qui peut être une des complications du SHSO.

Avez-vous eu un transfert d'embryon frais ? Si oui, il y a combien de temps ?

Une grossesse en cours est un facteur pouvant aggraver le SHSO.

L'évaluation initiale est clinique et échographique.

Examen clinique

- Recherche de signes de gravité :
 - évaluer les constantes (pression artérielle, fréquence cardiaque) : y a-t-il une tachycardie ? une hypotension ?
 - bilan respiratoire, mesure de la saturation : y a-t-il des difficultés respiratoires, une dyspnée sévère ? Y a-t-il une désaturation ?
 - examen de la diurèse : y a-t-il une oligurie ?
- Recherche de complications thromboemboliques.
- Recherche d'œdèmes :
 - pesée, mesure du périmètre abdominal et palpation de l'abdomen : y a-t-il eu une prise de poids très rapide ? La prise de plus de 2 kg en 2 jours est un signe de sévérité ;
 - L'abdomen est-il distendu ? Y a-t-il la présence d'une ascite évidente ? La mesure du périmètre abdominal est un élément important qui devra être renouvelé pendant tout le suivi.

Quels examens prescrire en première intention ?

Bilan biologique

La normalité du bilan n'élimine pas le diagnostic.

- hCG plasmatiques quantitatifs :
 - un dosage d'hCG est à faire si le transfert embryonnaire est de plus de 12 jours ;
 - la grossesse débutante entraîne un risque élevé d'aggravation donc la surveillance doit être rapprochée.
- Numération-formule sanguine (NFS), plaquettes, *C-reactive protein* (CRP) :
 - le bilan biologique peut être normal. Il n'élimine pas un SHSO. Un bilan perturbé est le signe d'un syndrome d'hyperstimulation sévère ;
 - y a-t-il une hémococoncentration ?
 - y a-t-il une hyperleucocytose ?

- Ionogramme sanguin avec créatinine : y a-t-il une hyponatrémie ou hyperkaliémie ? La créatinine est-elle perturbée ?
- Bilan hépatique avec transaminases, protidémie, albuminémie : y a-t-il une cytolysé hépatique ? une hypo-albuminémie ?
- Bilan de coagulation TP, TCA : y a-t-il une élévation du fibrinogène ?

Faire une échographie pelvienne et abdominale

- Mesurer la taille des ovaires et analyser leur aspect : la taille des ovaires est la mesure principale à effectuer afin d'évaluer la sévérité du SHSO.
- Rechercher un épanchement intra-abdominal : la présence d'un épanchement peut être visible par voie endovaginale, mais aussi par voie abdominale en examinant l'espace de Morrison. L'évaluation de l'abondance de l'épanchement est très importante, car elle aide à déterminer le degré de sévérité et est un des éléments de surveillance.
- Localiser une grossesse si les hCG sont positifs : il faut rechercher la présence d'un sac gestationnel intra-utérin avec la présence d'une vésicule vitelline ou d'un embryon.

Quels examens réaliser en seconde intention ?

- Radiographie du thorax et ECG : utile en cas de suspicion d'épanchement pleural ou péricardique.
- D-dimères, gaz du sang, angio-TDM : à effectuer si une complication est évoquée comme une embolie pulmonaire

Prise en charge du SHSO

Informez le centre qui suit la patiente !

La prise en charge dépend du stade de sévérité ([tableau 11.1](#)) et doit démarrer dès le diagnostic.

Ambulatoire pour les HSO légères

La prise en charge en ambulatoire est possible en l'absence de signes de gravité.

Le traitement est alors symptomatique, fondé sur :

- le repos ;
- des antalgiques de palier 1 ou 2, des antispasmodiques ;
- une anticoagulation à dose préventive par énoxaparine (Lovenox®) 0,4 mL/j pendant 3 à 6 semaines ;
- le port de bas de contention ;
- des antiémétiques si cela est nécessaire.

La surveillance est importante pour s'assurer que le SHSO ne se complique pas.

Tableau 11.1. Stades d'hyperstimulation ovarienne

Clinique	Biologie	Échographie
HSO légère		
Gêne abdominale Douleurs abdominales Nausées ± vomissement Troubles digestifs : diarrhées	Normal	Ovaires : taille < 8 cm Épanchement modéré
HSO modérée		
Nausées, vomissements Douleurs abdominales	Hématocrite : 40–55 %	Ovaires : taille 8–12 cm Ascite
HSO sévère		
Ascite clinique Hypotension Atteinte pulmonaire Dyspnée Oligurie Complications : thromboses, SDRA	Hyponatrémie < 135 Hyperkaliémie > 5 Hypoprotidémie Hématocrite > 55 % Insuffisance rénale Cytolyse hépatique	Ovaire : taille > 12 cm

HSO : hyperstimulation ovarienne ; SDRA : syndrome de détresse respiratoire aiguë.

Hospitalisation pour les HSO modérées et sévères

Dès qu'il y a un critère de gravité, l'hospitalisation est nécessaire et la prise en charge est alors multidisciplinaire (avec les anesthésistes réanimateurs en particulier).

Le traitement comporte :

- un apport hydrique par voie IV de type « volumique ». En règle générale, on fournit 1,5 L/j de chlorure de sodium (NaCl) isotonique. Cet apport peut être augmenté à 2,5 L/j chez une femme dont la prise de liquide est diminuée. À noter qu'une restriction hydrique est susceptible d'aggraver un SHSO et peut être dangereuse. Elle ne doit pas être prescrite, tout comme l'usage de diurétiques (qui aggraveraient l'hypovolémie) ;
- une anticoagulation à dose préventive par énoxaparine (Lovenox®) 0,4 mL/j, pendant 3 à 6 semaines. L'anticoagulation doit être menée à dose efficace en cas de complication thromboembolique ;
- la ponction d'ascite : elle a pour objectif de diminuer la pression intra-abdominale et de permettre, en association avec un apport en albumine, de restaurer un compartiment vasculaire correct et donc une fonction rénale satisfaisante. La ponction d'ascite est décidée en cas de baisse de la diurèse et/ou d'inconfort. Elle est effectuée après contrôle échographique.

Surveillance

- Clinique quotidiennement :
 - diurèse ;
 - constantes : pression artérielle, pouls, saturation ;
 - poids et périmètre abdominal ;
 - feuille entrées/sorties.
- Biologique (NFS, bilan de coagulation, bilan hépatique, ionogramme) en fonction de la gravité et des perturbations du bilan.
- Imagerie :
 - échographie pelvienne (ascite et taille des ovaires) ;
 - radiographie du thorax et ECG si nécessaire.

Assistance médicale à la procréation : notions de base pour les urgences

L'assistance médicale à la procréation (AMP) permet de pallier les difficultés rencontrées par certains couples à concevoir un enfant. Le recours à l'AMP étant de plus en plus courant, les questions de patientes en cours de traitement sont fréquentes aux urgences, au cabinet... et pour un professionnel dont l'AMP n'est pas le quotidien, il n'est pas toujours simple de pouvoir répondre afin de rassurer les patientes. En cas de douleurs et/ou de saignements, il est important de raisonner comme pour n'importe quelle patiente et de se référer aux chapitres dédiés.

Les patientes peuvent aussi avoir des questions plus spécifiques sur leur traitement en cours. Nous proposons ainsi quelques notions simples sur les protocoles, traitements en cas de stimulation ovarienne simple avec des rapports programmés à domicile, en cas d'insémination intra-utérine (IIU) ou de fécondation *in vitro* (FIV).

Stimulation simple et insémination intra-utérine

Les différentes étapes sont les suivantes :

1. stimulation des ovaires par des gonadotrophines ou du citrate de clomifène (Clomid®) avec pour objectif d'obtenir un ou deux follicules (mono- ou paucifolliculaire) ;
2. surveillance de la stimulation ovarienne qui se fait par un monitoring de l'ovulation. Elle comprend une prise de sang avec dosage de l'estradiol, de la progestérone et de la *luteinizing hormone* (LH), ainsi qu'une échographie pelvienne (mesure de la taille et du nombre des follicules, aspect et épaisseur de l'endomètre).
3. déclenchement de l'ovulation ;
4. insémination intra-utérine du sperme du conjoint (ou d'un donneur), ou bien rapports sexuels à domicile. L'IIU ou les rapports sexuels programmés ont lieu 36 heures après le déclenchement de l'ovulation.

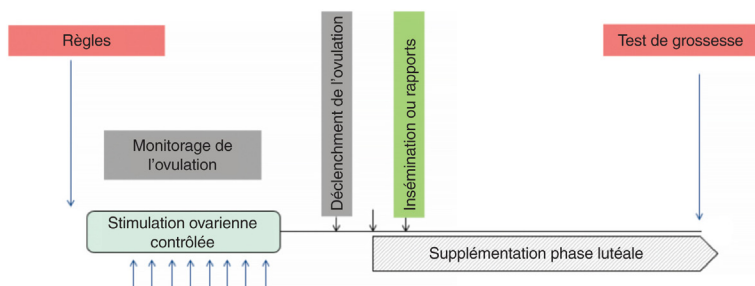


Figure 11.1. Déroulement du cycle de stimulation ovarienne contrôlée.

Le protocole des traitements est le même pour une stimulation simple ou une IUI. La Figure 11.1 résume le déroulement d'un cycle type permettant de comprendre où en est la patiente dans son parcours.

Fécondation *in vitro* par *intracytoplasmic sperm injection*

Les différentes étapes sont les suivantes :

1. stimulation des ovaires par des gonadotrophines avec pour objectif d'obtenir plusieurs follicules (plurifolliculaire) ;
2. surveillance de la stimulation ovarienne qui se fait par un monitoring de l'ovulation. Elle comprend une prise de sang avec dosage de l'estradiol, de la progestérone et de la LH, ainsi qu'une échographie pelvienne (mesure de la taille et du nombre de follicules, aspect et épaisseur de l'endomètre) ;
3. déclenchement de l'ovulation. Il faut respecter l'heure indiquée !
4. ponction d'ovocyte (Figure 11.2) se faisant 36 heures après le déclenchement de l'ovulation. Les ovocytes sont alors mis en présence des spermatozoïdes. La technique de l'*intracytoplasmic sperm injection* (ICSI) peut être utilisée ;
5. transfert d'embryon ayant lieu 2, 3 ou 5 jours après pour un transfert d'embryon frais. En cas de transfert différé, l'ensemble des embryons est congelé et il n'y a pas de transfert immédiat.

La Figure 11.3 résume le déroulement d'un cycle type permettant de comprendre où en est la patiente dans son parcours.

Traitements utilisés

Lorsqu'une patiente vous parlera de ses traitements, il est important de déterminer la molécule utilisée afin de comprendre son rôle.

Ainsi, nous proposons ici un récapitulatif des différentes molécules disponibles. Il est précisé la fréquence habituelle d'utilisation de ces traitements ainsi que les modalités d'administration afin de répondre aux questions que l'on peut vous

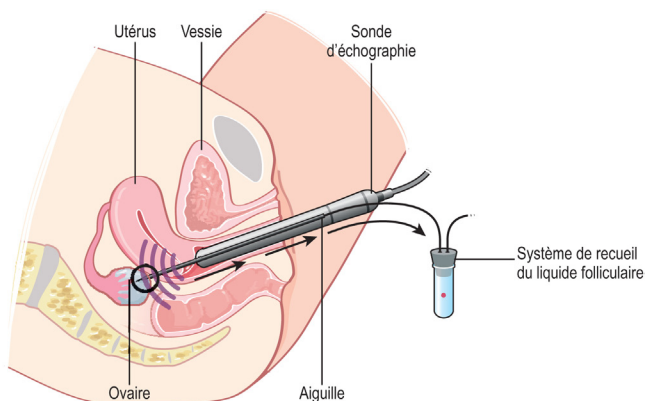


Figure 11.2. Ponction folliculaire par voie vaginale échoguidée, pelvis féminin en coupe sagittale.

Source : illustration Carole Fumat.

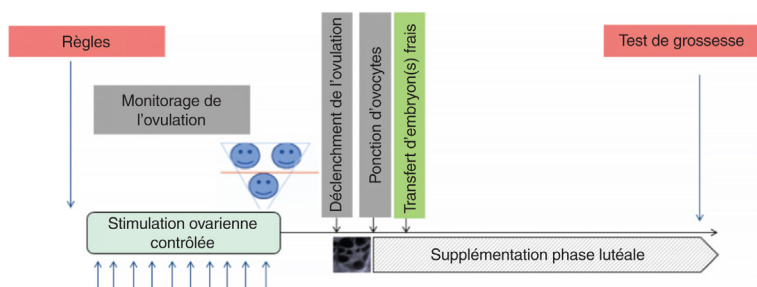


Figure 11.3. Déroulement du cycle de fécondation *in vitro*.

poser (« On m'a prescrit ce traitement, dois-je le faire une fois ou le renouveler ? », « Dois-je attendre les indications du médecin ? », « Quel est le mode d'administration ? »...).

En cas de question sur un traitement, l'idéal est de se référer au protocole écrit donné à la patiente ou de demander à son centre d'AMP.

Pour la stimulation ovarienne

Les différentes gonadotrophines pouvant être utilisées sont les suivantes :

- *human menopausal gonadotropin* (hMG) urinaire : Menopur® (ménotropine) en sous-cutané ;
- *follicle stimulating hormone* (FSH) urinaire : Fostimonkit® (urofollitropine) en sous-cutané ;

■ FSH recombinante : Puregon® (follitropine bêta), Gonal® (follitropine alfa), Bemfol® (follitropine alfa), Elonva® (corifollitropine alpha), Rekovelle® (follitropine delta) en sous-cutané : attention, seul Elonva® est une forme à libération prolongée et donc son administration n'est pas quotidienne ;

■ *luteinizing hormone* (LH) recombinante : Luveris® (lutropine alfa) en sous-cutané ;

■ FSH + LH recombinante : Pergoveris® (follitropine alfa–lutropine alfa), Fertistartkit® (ménotropine) en sous-cutané.

Le dosage est défini à l'avance selon les caractéristiques de la patiente (âge, poids, réserve ovarienne...).

L'administration est quotidienne pendant toute la durée du protocole et démarre vers J2–J3 du cycle. Les injections se font le soir, à heure fixe.

Pour le blocage de l'axe hypothalamo-hypophysaire

Pour effectuer ce blocage (dans le but d'éviter un pic de LH prématuré, déclenché par les taux supraphysiologiques d'estradiol), il existe deux types de molécules : les agonistes de la *gonadotropin releasing hormone* (GnRH) ou les antagonistes de la GnRH.

Agonistes de la GnRH

- Agoniste retard :
 - efficacité 4–6 semaines ;
 - 1 injection suffit ;
 - Décapeptyl® (triptoréline) 3 mg en sous-cutané.
- Agonistes « immédiats » :
 - administration quotidienne toute la durée du protocole ;
 - Décapeptyl® (triptoréline) 0,1 mg en sous-cutané : 1 injection le soir ;
 - Synarel® (nafaréline acétate) 200 µg en intranasal : 2 puffs le matin, 2 puffs le soir.

Antagonistes de la GnRH

Ces produits sont démarrés soit de façon systématique à 6 ou 7 semaines de la stimulation, soit de façon plus flexible lorsqu'à l'échographie le follicule est supérieur à 14 mm et/ou le taux d'estradiol supérieur à 400–600 pg/mL. Cela permet d'éviter une ovulation prématurée.

- Produit à demi-vie courte → injection sous-cutanée quotidienne :
 - Orgalutran® (ganirélix) 0,25 mg (seringue reconstituée prête à l'emploi) ;
 - Cetrotide® (cétrorélix acétate) 0,25 mg.
- Produit à demi-vie plus longue → injection sous-cutanée tous les 3 jours :
 - Cetrotide® (cétrorélix acétate) 3 mg.

Pour le déclenchement de l'ovulation

L'injection se fait en sous-cutané, en une seule fois, à une heure précise et à un moment précis.

- hCG recombinante :
 - Ovitrelle® (choriogonadotrophine alfa) 250 mg.
- Agoniste de la GnRH :
 - Décapeptyl® (triptoréline) 0,1 mg 2 fois.
- Double déclenchement :
 - Décapeptyl® 0,1 mg 2 fois + 5 clics d'Ovitrelle® (1300 UI) ou Décapeptyl® 0,1 mg x 2 fois + tout le stylo d'Ovitrelle®.

Pour en Savoir plus

Nastri CO, Teixeira DM, Moroni RM, Leitão VM, Martins WP. Ovarian hyperstimulation syndrome: pathophysiology, staging, prediction and prevention. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2015;45(4):377-93.

Petrenko AP, Castelo-Branco C, Marshalov DV, Salov IA, Shifman EM. Ovarian hyperstimulation syndrome. A new look at an old problem. *Gynecol Endocrinol* 2019;35(8):651-6.

Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Prevention and treatment of moderate and severe ovarian hyperstimulation syndrome: a guideline. *Fertil Steril* 2016;106(7):1634-47.

Métrorragies et douleurs au 1^{er} trimestre de grossesse

Tout comme les douleurs, les métrorragies en début de grossesse sont un des motifs de consultation les plus fréquents aux urgences gynécologiques. Dans les deux cas, la conduite à tenir est très similaire (Figure 12.1) et consiste en priorité à éliminer une grossesse extra-utérine (GEU).

En cas de métrorragies du 1^{er} trimestre, les principaux diagnostics différentiels sont les GEU, les rares môles hydatiformes et les fréquentes fausses couches. Une fois la GEU éliminée, il peut être utile de prendre son temps avant d'instaurer le traitement d'une grossesse arrêtée : de nombreuses grossesses parfaitement évolutives saignent au 1^{er} trimestre.

En cas de saignement au 1^{er} trimestre de la grossesse, la question du rhésus de la patiente (et éventuellement celui du conjoint) doit être posée. En effet, en cas de saignements chez une patiente enceinte, de rhésus négatif, une prévention de l'allo-immunisation fœtomaternelle anti-D, par une injection intramusculaire ou intraveineuse de Rhophylac® (immunoglobuline humaine anti-D) 200 µg, doit être réalisée. Si le conjoint est de rhésus négatif et la paternité certaine, elle n'est pas obligatoire. Les délais pour affirmer qu'une grossesse est arrêtée sont indiqués dans la Figure 12.2.



Grossesses ectopiques : définitions

Une grossesse ectopique est, par définition, une grossesse qui ne se développe pas dans la cavité utérine.

Cette entité regroupe la classique GEU avec ses localisations tubaires (Figure 12.3 ; les plus fréquentes, 93 % des cas), ovariennes et abdominales (4,5 % des cas). Il existe aussi d'autres localisations de grossesses ectopiques (appelées à tort extra-utérines), que sont les grossesses interstitielles, les

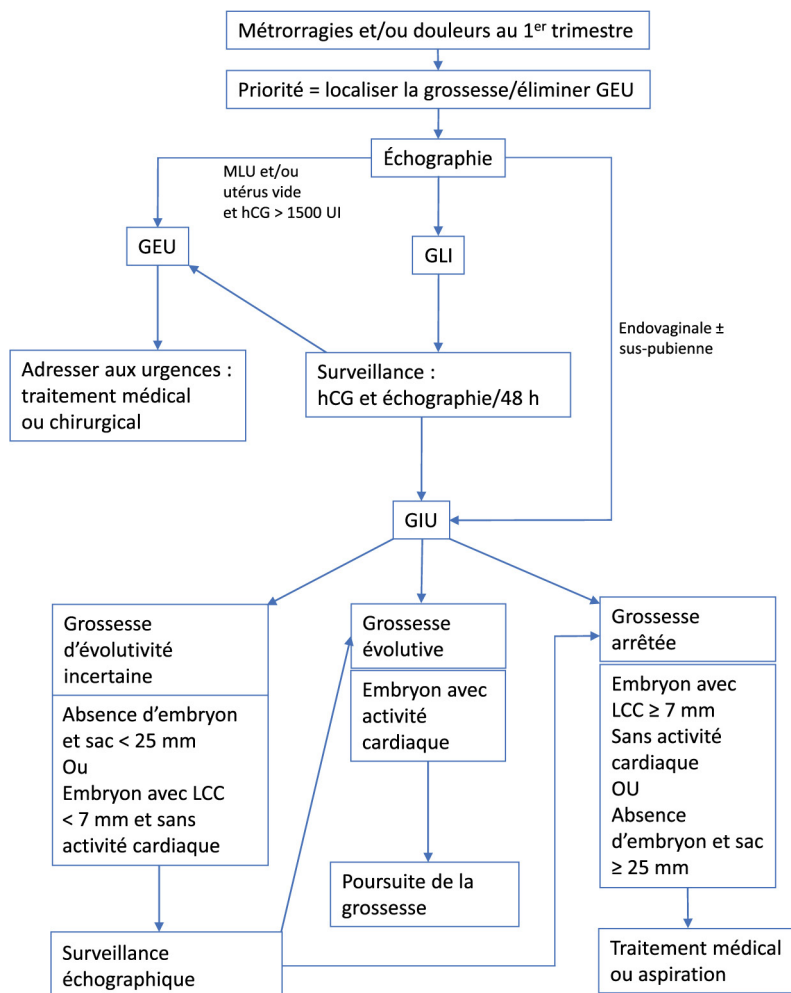


Figure 12.1. Conduite à tenir en cas de métrorragies et/ou douleurs au 1^{er} trimestre.

GEU : grossesse extra-utérine ; GIU : grossesse intra-utérine ; GLI : grossesse de localisation indéterminée ; hCG : *human chorionic gonadotropin* ; LCC : longueur cranio-caudale ; MLU : masse latéro-utérine

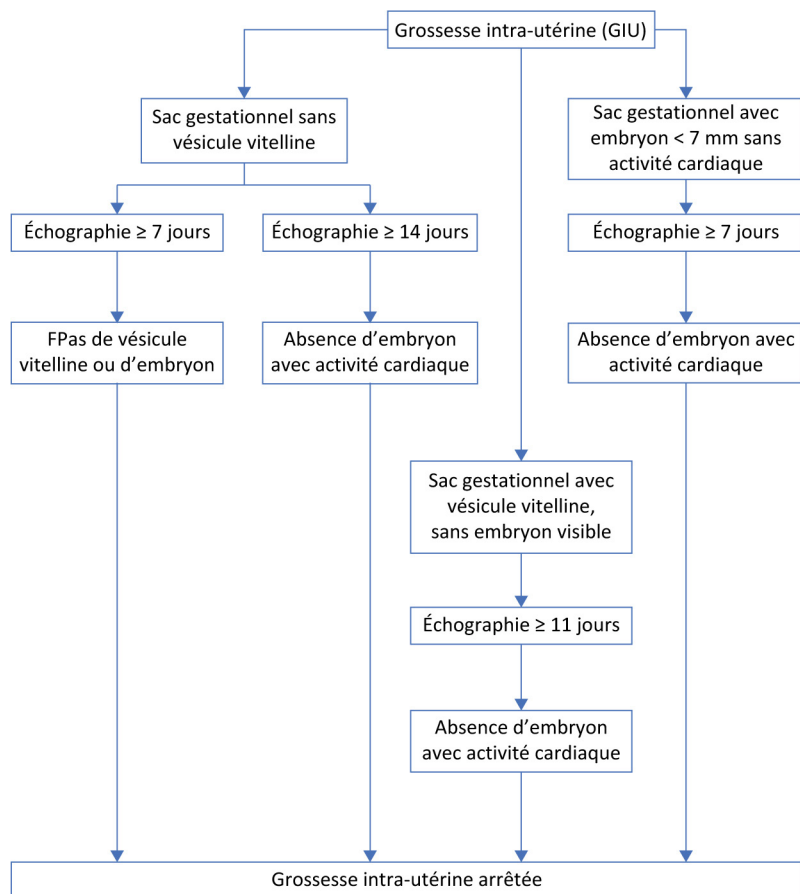


Figure 12.2. Délais nécessaires pour affirmer une grossesse arrêtée en cas de grossesse de localisation indéterminée – recommandations du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)

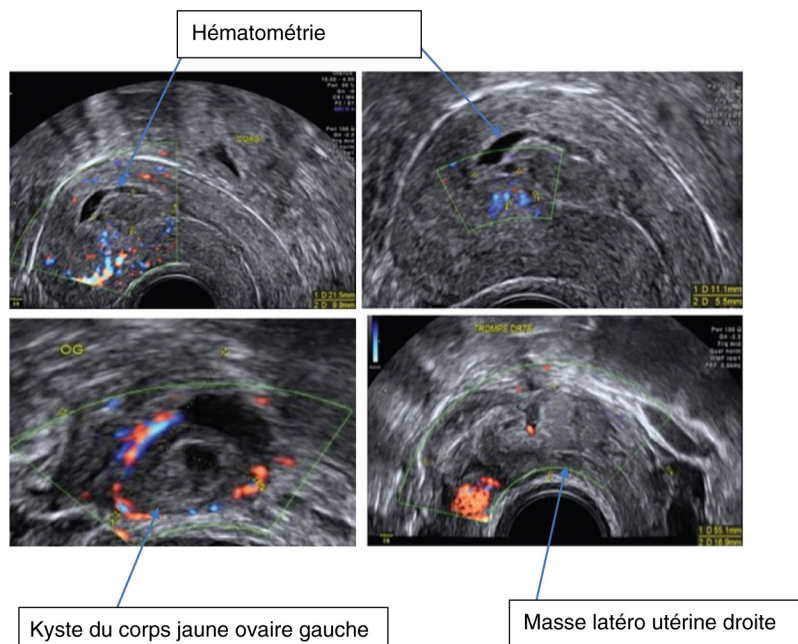


Figure 12.3. Échographie par voie vaginale, grossesse extra-utérine droite.

Source : Dr Anne-Elodie Millischer-Bellaïche

grossesses angulaires, les grossesses cornuales, les grossesses cervicales et les grossesses sur cicatrices de césarienne.

Les grossesses interstitielles se développent dans la portion intramyométriale de la trompe. Il s'agit d'une zone très limitée de la trompe, s'étendant sur 1 à 2 cm de longueur.

Les grossesses angulaires correspondent à une grossesse implantée au niveau de l'ostium tubaire, au fond de la corne utérine (Figure 12.4).

Les grossesses cornuales correspondent théoriquement à des grossesses placées dans une corne d'un utérus malformé. Néanmoins, ce terme est fréquemment utilisé pour parler d'une grossesse développée sur le moignon restant après une salpingectomie.

Concernant les grossesses ectopiques autres que tubaires et ovariennes, les prises en charge sont spécifiques, variables selon les cas et selon les centres. Les diverses possibilités thérapeutiques sont la chirurgie, l'administration systémique de méthotrexate à forte dose, l'injection de méthotrexate *in situ* ou bien parfois la combinaison de ces divers outils thérapeutiques. La prise en charge de ces situations assez rares se fait au cas par cas, souvent dans des centres spécialisés, parfois en prenant son temps comme dans le cas des grossesses angulaires. En effet, ces dernières peuvent dans certains cas particuliers être menées à terme moyennant une surveillance étroite.

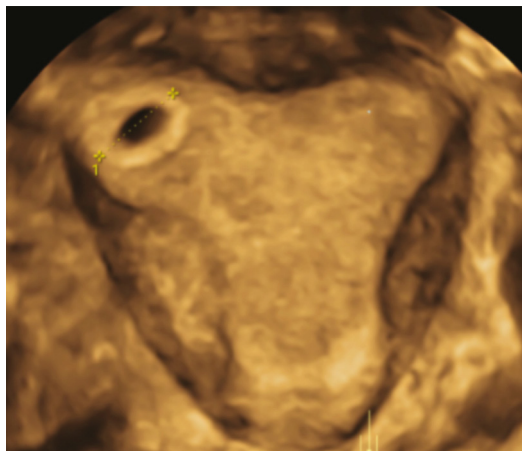


Figure 12.4. Échographie 3D, grossesse angulaire droite.

Source : Dr Anne-Elodie Millischer-Bellaïche

Quelques mots sur les mûles hydatiformes

Rares (1 cas pour 1000 grossesses), les mûles hydatiformes sont dues à des anomalies de fécondation de l'ovocyte, le placenta se développant de façon anormale. Les mûles peuvent être complètes (pas d'embryon identifiable) ou partielles (l'embryon se développe pendant un temps et le placenta grossit de façon anormale). Les mûles sont la forme bénigne des maladies trophoblastiques gestationnelles. Les formes malignes (tumeurs trophoblastiques gestationnelles) regroupent certaines mûles invasives, les choriocarcinomes, les tumeurs trophoblastiques du site d'implantation et les tumeurs trophoblastiques.

En pratique, des métrorragies inexplicables au 1^{er} trimestre doivent faire penser au diagnostic. Il doit être évoqué devant des signes sympathiques de grossesse exacerbés (tensions mammaires, nausées, etc.), et/ou devant un aspect échographique de masse intra-utérine dite en tempête de neige, et/ou devant un taux d'hCG plasmatiques anormalement élevé. C'est l'histologie qui fera le diagnostic et le traitement est l'évacuation utérine : en cas de suspicion de mûle hydatiforme, il n'y a pas de place pour le traitement médical, c'est une aspiration qu'il faudra programmer. L'analyse histologique de tous les produits de fausse couche aspirée est recommandée afin de ne pas méconnaître une grossesse molaire, partielle le plus souvent. Après l'aspiration, une surveillance rigoureuse est nécessaire : échographique à 15 jours pour éliminer une rétention et biologique par dosage des





hCG plasmatiques. La surveillance biologique est hebdomadaire jusqu'à obtention de trois dosages négatifs successifs. Cette surveillance est poursuivie mensuellement pendant 6 mois en cas de môle partielle et pendant 1 an en cas de môle complète (les môles complètes se négativant rapidement en moins de 8 semaines peuvent n'être surveillées que pendant 6 mois). La réalisation d'autres échographies pelviennes sera guidée par l'évolution des hCG, l'aspect initial de l'échographie et l'évolution clinique. Durant la surveillance biologique, l'utilisation d'une contraception est recommandée : une nouvelle grossesse est contre-indiquée durant toute la durée de la surveillance biologique.

Afin de ne pas méconnaître une éventuelle récurrence, un dosage des hCG est à réaliser après chaque nouvelle grossesse, quelle que soit son issue.

Protocole de prise en charge d'une grossesse extra-utérine

Traitement

Traitement médical

Il concerne les formes asymptomatiques ou pauci-symptomatiques de GEU considérées comme pas ou faiblement actives. Son efficacité avoisine les 85 %.

Indications

- GEU non rompue.
- Hémodynamique stable.
- Absence de contre-indications au méthotrexate (bilan hépatique, rénal, hémato-logique et de coagulation normal).
- Compliance et adhésion de la patiente au protocole.

Contre-indications du traitement médical par méthotrexate

- Refus de la patiente.
- Difficultés de surveillance en ambulatoire (patiente non compliant, éloignement géographique, isolement).
- État hémodynamique instable.
- Épanchement péritonéal extrapelvien (comblement des gouttières pariéto-coliques, épanchement du cul-de-sac inter-hépaté-rénal).
- Douleurs abdominales importantes.
- Antécédents de GEU homolatérale.

- Thrombopénie $< 100\,000/\text{mm}^3$.
- Leucopénie $< 2000/\text{mm}^3$.
- Élévation de la créatinine $> 130\,\mu\text{mol/L}$.
- Élévation des enzymes hépatiques : alanine aminotransférase (ALAT) ou aspartate aminotransférase (ASAT) supérieures à 2 fois la normale.

Cas particuliers

- Activité cardiaque visible.
- hCG $> 5000\text{ UI/L}$
- Taille de la GEU $> 4\text{ cm}$.

Dans ces cas, le traitement de première intention est chirurgical. Mais un traitement médicamenteux reste envisageable, en particulier en cas de coelioscopie *a priori* difficile. Dans ces cas, se rappeler que l'efficacité du traitement médical est moindre.

Bilan préthérapeutique

- hCG.
- NFS + plaquettes, TP, TCA, fibrinogène.
- Groupe sanguin, rhésus, recherche d'agglutinines irrégulières (RAI).
- Créatinine, bilan hépatique (ASAT et ALAT).
- Consultation d'anesthésie.

Modalités du traitement médical par méthotrexate (habituellement réalisé en ambulatoire)

- 1 mg/kg par voie intramusculaire (IM).
- Prescription d'un traitement antalgique simple à la demande (pas d'aspirine ni d'AINS).
- Prévenir la patiente de l'augmentation des douleurs pelviennes pouvant être notée dans les 24 heures post-injection et pouvant persister jusqu'au 4^e jour.

Recommandations pour les patientes

- Repos (proposer arrêt de travail de 7 jours si travail non sédentaire).
- Être toujours joignable (numéros de téléphone : domicile, travail, portable).
- Être domiciliée à moins de 1 heure de l'hôpital.
- Possibilité d'être accompagnée quelle que soit l'heure du jour ou de la nuit à l'hôpital.
- Possibilité d'un suivi régulier sur plusieurs semaines.
- Pas de consommation d'alcool, pas de rapports sexuels.
- Pas de prise d'AINS ni d'aspirine.

Surveillance après traitement médical

- Dosage des hCG à J7 puis 1 fois par semaine jusqu'à négativation (en moyenne 30 jours).
 - À J7, patiente revue en consultation pour évaluation clinique et échographique + interprétation biologique. Si $R = (\text{taux hCG J0} - \text{taux hCG J7}) / \text{taux hCG J0} < 15\%$:
 - 2^e injection IM de méthotrexate à la même dose ;
 - poursuite de la surveillance des hCG 1 fois par semaine.
 - Quel que soit le moment du traitement, en cas d'algies intenses, rupture tubaire avec hémopéritoine ou échec après trois injections de méthotrexate : coelioscopie « de rattrapage ».
 - \pm Hystérosalpingographie : 3 mois après la fin du traitement médical (c'est-à-dire 3 mois après négativation des hCG) si contexte d'infertilité.
- Si mauvaise tolérance au méthotrexate (conjonctivite, stomatite, diarrhées, nausées, vomissements) dans le cas d'injections répétées, une supplémentation par acide folinique peut être proposée (1 injection IM de 0,1 mg/kg à J2, J4, J6 et J8 pour J1 = date injection méthotrexate).

Traitement chirurgical : radical ou conservateur

- Voie d'abord coeliochirurgicale.
- Laparotomie si contre-indication à la coelioscopie (état de choc hémodynamique, abdomen multi-adhérentiel ou contre-indication anesthésique).
- Indications à un traitement chirurgical radical (salpingectomie) :
 - absence de désir de grossesse ;
 - trompe rompue et altérée ;
 - antécédent de GEU ou de chirurgie tubaire homolatérale ;
 - hémorragie tubaire non contrôlable (initiale ou post-salpingotomie) ;
 - hématosalpinx ≥ 6 cm.
- Sinon, traitement conservateur (salpingotomie) :
 - à privilégier en cas d'altérations de la trompe controlatérale ;
 - surveillance après traitement conservateur (échec environ 15 %) = dosage hCG 48 h après l'intervention (par rapport au taux initial) :
 - si taux $< 15\%$, succès \rightarrow pas de contrôle des hCG,
 - si taux 15–35 % \rightarrow contrôle hebdomadaire des hCG jusqu'à négativation,
 - si taux $> 35\%$, échec probable \rightarrow traitement par méthotrexate 1 mg/kg en IM, puis contrôle hebdomadaire des hCG jusqu'à négativation. Si mauvaise évolution des hCG, nouvelle coelioscopie.

Abstention thérapeutique

- Indications : patiente asymptomatique **et** évolution spontanément décroissante des hCG.

- Contre-indications :
 - difficultés de surveillance en ambulatoire (patiente non compliant, éloignement géographique, isolement) ;
 - taux initial hCG > 1500 UI/L, activité cardiaque positive.
- Surveillance : hCG 1 fois par semaine jusqu'à négativation.

Pour toute patiente

- Groupe sanguin, rhésus.
- Pour toute patiente rhésus négatif, prévention de l'allo-immunisation rhésus :
 - Rophylac® (immunoglobuline humaine anti-D) 200 µg : 1 injection IV directe après contrôle des RAI (sans en attendre les résultats) ;
 - pas de contrôle après injection.

Cas particuliers

- GEU proximales (interstitielle, cornuale...) :
 - si stable, un traitement médical peut être effectué en première intention, y compris en cas de découverte coelioscopique. Ses modalités sont définies au cas par cas avec l'équipe chirurgicale et comprennent une initiation en hospitalisation et des injections répétées de méthotrexate (J0, J2, J4, J6) ;
 - si instable, le traitement chirurgical s'impose (laparotomique ou coelioscopique selon l'état de la patiente). L'injection *in situ* n'a pas prouvé son intérêt et aucune technique chirurgicale n'a prouvé sa supériorité (cornuostomie, résection cornuale...) par rapport à une autre.
- Si GEU ovarienne ou abdominale, préférer le traitement médical même si le diagnostic est fait en percoelioscopie.
- De la même manière, préférer un traitement médical, à une laparoconversion si l'abdomen est adhérentiel, rendant la chirurgie coelioscopique *a priori* difficile.
- En cas de grossesse dans la cicatrice de césarienne, proposer un traitement médical avec injection directe *in situ* de méthotrexate sous contrôle échographique.
- En cas de grossesse cervicale, traitement médical avec discussion d'une embolectomie hypersélective des artères utérines.
- En cas de traitement coelioscopique conservateur avec GEU active (activité cardiaque positive) ou avortement tubo-abdominal, il est possible d'ajouter systématiquement une injection de méthotrexate à 1 mg/kg IM.

Résultats

- Le taux de succès du traitement radical est proche de 100 %.
- Le taux de succès du traitement conservateur est de 90 % et proche de 100 % si méthotrexate systématique.
- Le taux de succès du traitement médical est de 85 %.

Fertilité

Elle semble quasi identique quel que soit le traitement proposé.

Protocole de prise en charge d'une fausse couche spontanée

Situation clinique	Attitude thérapeutique
Grossesse intra-utérine de vitalité incertaine	
Menace de FCS (± hématome sous-chorial) SG < 20 mm et/ou embryon < 5 mm sans AC visualisée	Expectative : – contrôle échographique de l'évolutivité à 7/10 jours – anti-D si rhésus négatif en cas de métrorragies
FCS en cours	
Hémorragique Non hémorragique (SG ± en voie d'expulsion)	Hospitalisation : 1. aspiration chirurgicale en urgence 2. expectative : – antalgiques (AINS, paracétamol) – contrôle échographique de l'expulsion du SG ; si non-expulsion, traitement chirurgical ou médical
FCS supposée complète	
Amendement des douleurs et des saignements, col fermé Vacuité utérine probable : endomètre échogène, homogène (mesure AP < 15 mm) 1. Expulsion de produit de conception 2. Grossesse de localisation incertaine : grossesse intra-utérine préalable non connue, absence de recueil de matériel d'expulsion	Expectative : 1. analyse histologique du produit d'expulsion 2. hCG plasmatiques le jour même et à 48 h (afin de ne pas méconnaître une GEU)
FCS incomplète (rétention trophoblastique)	
SG expulsé Images intra-utérines hyperéchogènes (mesure AP > 15 mm) 1. Saignements importants et/ou douleurs 2. Amendement des douleurs expulsives et des saignements, col ouvert	1. Aspiration chirurgicale 2. Expectative : – pas d'hospitalisation – réévaluation clinique et échographique à 1 ou 2 semaines puis après les règles – consignes de consultation en urgence ¹ – si persistance rétention après contrôles, hystéroscopie opératoire

Situation clinique	Attitude thérapeutique
Grossesse arrêtée (FCS retardée)	
Saignements et/ou douleurs modérées, col fermé SG > 20 mm vide Ou embryon sans AC > 5 mm Ou SG hypotonique, hétérogène, non évolutif à 1 semaine	<ol style="list-style-type: none"> 1. Technique de référence = aspiration chirurgicale : <ul style="list-style-type: none"> – dans les 48 h (après bilan et consultation ARE) – anesthésie locale possible 2. Traitement médical = misoprostol (MisoOne®) à donner aux urgences : <ul style="list-style-type: none"> – critères d'exclusion² – repos (arrêt de travail), information éclairée³ – prescription d'antalgiques (AINS, paracétamol) – Pas de bilan ni de consultation ARE systématique – misoprostol (MisoOne®) 400 µg PO 3 fois par jour pendant 48 h <p>Réévaluation à 1 semaine et 1 mois, quelle que soit la mesure AP des images hyperéchogènes intra-utérines</p> <p>Indications de geste chirurgical : persistance de saignements abondants</p>

1 Consignes de consultation en urgence en cas d'expectative : persistance de saignements abondants (> règles), apparition de douleurs et/ou de fièvre.

2 Critères d'exclusion du traitement médical : LCC > 30 mm et/ou SG > 40 mm de diamètre moyen, patiente domiciliée > 30 minutes de l'hôpital, impossibilité d'être accompagnée quelle que soit l'heure.

3 Informations à donner aux patientes : risque de l'expulsion spontanée (saignements, douleurs expulsives) et d'un geste chirurgical complémentaire (absence d'expulsion complète, fausse couche hémorragique), éventuels effets secondaires digestifs, nécessité d'une surveillance ambulatoire clinique et échographique.

AC : activité cardiaque embryonnaire ; AINS : anti-inflammatoire non stéroïdien ; AP : mesure antéropostérieure sur une coupe sagittale ; ARE anesthésiste réanimateur ; FCS : fausse couche spontanée ; GEU : grossesse extra-utérine ; PO : *per os* ; SG : sac gestationnel,

Pour en Savoir plus

Committee on Practice Bulletins—Gynecology. ACOG Practice Bulletin No. 191: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2018;131(2):e65-77.

ANSM. Recommandation temporaire d'utilisation du misoprostol. Février 2018.

Beucher G. Prise en charge des fausses couches spontanées du premier trimestre. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010;39:F3-F10.

Gervaise A, Fernandez H. Prise en charge diagnostique et thérapeutique des grossesses extra-utérines. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010;39(3 Suppl):17-24. F.

Huchon C, Deffieux X, Beucher G, Capmas P, Carcopino X, Costedoat-Chalumeau N, Collège national des gynécologues obstétriciens français. et al. Pregnancy loss: French clinical practice guidelines. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016;201:18-26.

Moawad NS, Mahajan ST, Moniz MH, Taylor SE, Hurd WW. Current diagnosis and treatment of interstitial pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2010;202(1):15-29.

Mol F, Mol BW, Ankum WM, van der Veen F, Hajenius PJ, et al. Current evidence on surgery, systemic methotrexate and expectant management in the treatment of tubal ectopic pregnancy : a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update* 2008;14(4):309-19.

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The management of early pregnancy loss. RCOG guideline n°25. London: RCOG Press; 2006.

Infections génitales hautes

Définitions

Le terme d'infection génitale haute (IGH) correspond au concept anglo-saxon de *pelvic inflammatory disease* (PID) qui décrit mieux la réalité que le terme réducteur de salpingite.

En effet, le mécanisme de développement de cette pathologie débute par une ascension de germes depuis le vagin et se poursuit par une atteinte infectieuse de l'endomètre (endométrite) avant de s'étendre aux trompes (salpingite). Autrement dit, il n'y a pas de salpingite sans endométrite, le terme d'IGH est plus adapté que le terme de salpingite.

La pelvipéritonite et les abcès tubo-ovariens (ATO) sont les formes compliquées des IGH.

Les germes responsables des infections génitales sont pour 85 % des germes sexuellement transmissibles (*Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* et *Neisseria gonorrhoeae*). Il y a très souvent des co-infections avec des germes de la flore commensale du vagin, *Escherichia coli* et les germes anaérobies en particulier. Les formes non sexuellement transmissibles sont iatrogènes pour la plupart, intervenant après un geste endo-utérin (une pose de stérilet, une hystéroscopie opératoire, une hystérosalpingographie, etc.).

L'enjeu de la prise en charge d'une IGH réside dans ses répercussions à long terme (GEU, stérilités tubaires et douleurs pelviennes chroniques ; [figure 13.1](#)). Un bon diagnostic ainsi qu'un traitement antibiotique adapté sont essentiels afin de préserver au mieux la fertilité de ces jeunes patientes (65 % ont moins de 25 ans). La mise en place précoce du traitement antibiotique a probablement un impact positif sur la préservation de l'état tubaire de ces patientes : le traitement antibiotique probabiliste ciblant les germes précédemment évoqués doit être débuté dès les prélèvements bactériologiques réalisés.

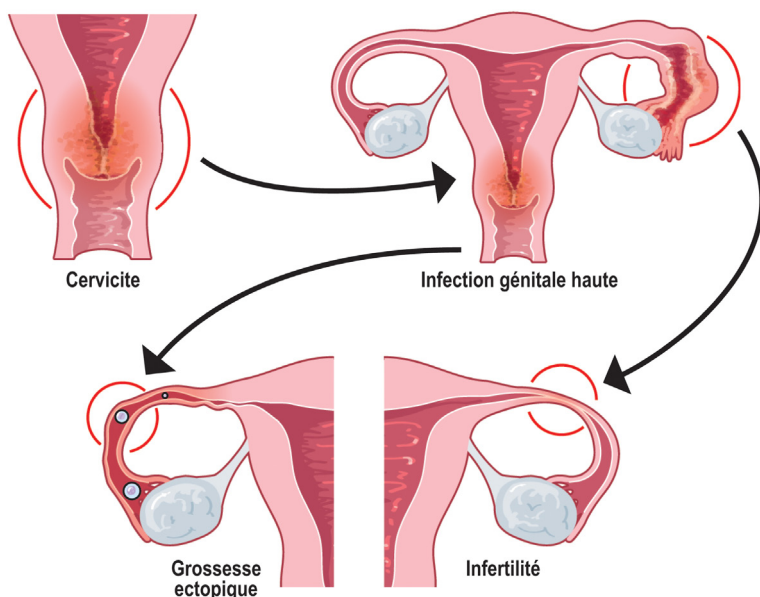


Figure 13.1. Physiopathologie d'une infection génitale haute et de ses éventuelles répercussions à long terme.

Source : illustration Carole Fumat.

Les formes simples d'IGH sont des formes non collectées. On parle d'IGH compliquée quand une collection annexielle est présente, tubaire ou ovarienne. La distinction entre les deux est le plus souvent difficile, c'est pour cela que l'on parle plus facilement d'ATO que de pyosalpinx ou d'abcès ovarien.

En termes de prévention, s'agissant d'infections sexuellement transmissibles, l'utilisation de préservatifs en prévention primaire ou secondaire est à encourager fortement.

Enfin, afin de limiter les risques de récides, les meilleurs moyens de lutte sont le traitement du partenaire et la mise en place d'un suivi gynécologique régulier.

Grandes lignes de la prise en charge d'une IGH

- En cas de douleurs pelviennes aiguës chez une jeune femme, il faut en priorité éliminer une GEU, puis évoquer une IGH.
- L'existence au toucher vaginal d'une douleur annexielle et/ou d'une douleur à la mobilisation de l'utérus suffit pour débiter le traitement antibiotique (après réalisation des prélèvements bactériologiques).
- Examens complémentaires à réaliser : échographie pelvienne (éliminer les diagnostics différentiels, rechercher les formes compliquées), prélèvements vaginaux, NFS et CRP, hCG (éliminer une GEU).





- revoir les patientes à 48–72 h pour réévaluation clinique dans les formes simples.
- Si ATO > 3 cm, un drainage de la collection est nécessaire en plus d'un traitement antibiotique. En première intention, si la collection est accessible, la voie vaginale avec guidage échographique est préférée.
- Mettre en place un suivi gynécologique à distance afin de limiter les risques de récurrence.

Protocole de Port Royal de prise en charge des infections génitales hautes

Objectifs

Diminuer les risques séquellaires d'infertilité tubaire, de GEU et de douleurs pelviennes chroniques.

Critères diagnostiques d'une IGH

1. Présence à l'interrogatoire d'un ou plusieurs des éléments suivants :
 - douleurs pelviennes ;
 - hyperthermie ;
 - leucorrhées sales ;
 - métrorragies.
2. Le toucher vaginal recherche :
 - une douleur à la mobilisation utérine ou à la palpation des annexes (élément diagnostique le plus en faveur) ;
 - une masse pelvienne (IGH compliquée).

Éléments en faveur d'une IGH compliquée

- Cliniques : signes de pelvipéritonite.
- Échographiques : collection annexielle > 3 cm.

Bilan biologique à effectuer

- NFS, CRP (l'absence de syndrome inflammatoire biologique n'élimine pas le diagnostic).
- hCG plasmatiques.
- Bandelette urinaire ± ECBU.
- Bilan IST (VIH, hépatite, syphilis).
- Bilan préopératoire selon l'attitude thérapeutique choisie.

Prélèvements bactériologiques

- Endocol.
- Sur milieu spécifique, germes intracellulaires en vue d'une PCR + recherche gonocoque.
- Ablation et mise en culture d'un éventuel DIU.

Critères de sévérité

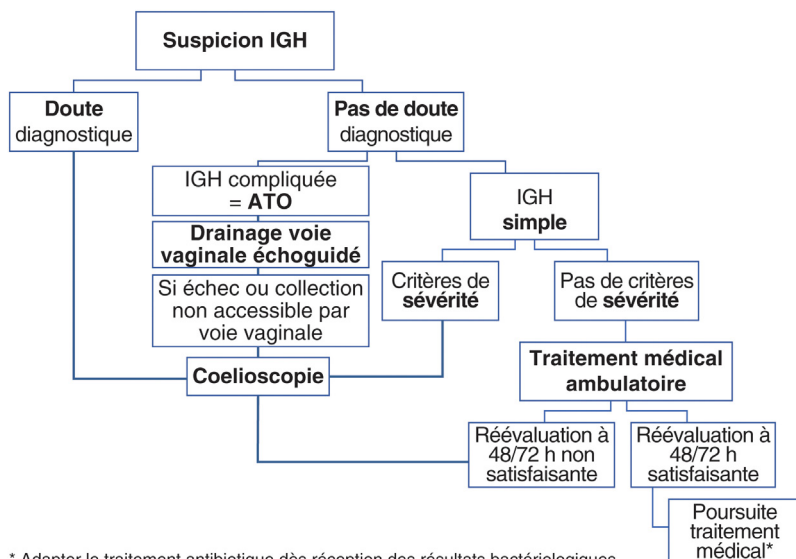
- Suspicion de pelvipéritonite :
 - hyperthermie $> 39^{\circ}\text{C}$;
 - défense.
- Récidive avec désir de grossesse.

Conduite à tenir en cas d'infection génitale haute simple ou compliquée

Celle-ci est présentée dans la [figure 13.2](#).

Traitement médical ambulatoire ([Tableau 13.1](#))

- Antibiothérapie, durée 10 jours (peut être prolongée selon l'évolution clinique) :
 - en première intention : ceftriaxone 1 g IM 1 fois, doxycycline 100 mg 2 fois/j *per os* (PO) et métronidazole 500 mg 2 fois/j PO ;
 - alternative : ofloxacine 200 mg 2 fois/j PO + métronidazole 500 mg 2 fois/j PO.



* Adapter le traitement antibiotique dès réception des résultats bactériologiques

Figure 13.2. Conduite à tenir en cas d'infection génitale haute (IGH). ATO : abcès tubo-ovarien.

Tableau 13.1. Protocole d'antibiothérapie pour les IGH non compliquées

Antibiotiques	Posologie ¹	Voie	Durée ²	Remarques
Externe – 1 ^{re} intention				
Ceftriaxone	1 g	IM	1 fois	Schéma couvrant NG, CT et anaérobies, ainsi que BGN et streptocoques sur 24 à 48 h
+ doxycycline	100 mg 2 fois/j	PO	10 j	
+ métronidazole	100 mg 2 fois/j	PO	10 j	
Externes – alternatives				
Ofloxacin	200 mg 2 fois/j	PO	10 j	AMM pour ofloxacin à 400 mg/j, plutôt que littérature rapportant 800 mg/j
+ métronidazole	500 mg 2 fois/j	PO	10 j	
± ceftriaxone ³	1 g	IM	1 fois	
Lévofoxacin ⁴	500 mg/j	PO	10 j	Pas d'AMM pour lévofoxacin, aussi efficace qu'ofloxacin
+ métronidazole	500 mg 2 fois/j	PO	10 j	
± ceftriaxone ³	1 g	IM	1 fois	AMM pour moxifloxacin, spectre large, mais précautions d'emploi à connaître
Moxifloxacin ⁵	400 mg/j	PO	10 j	
± ceftriaxone ³	1 g	IM	1 fois	
Hospitalisation – 1 ^{re} intention				
Ceftriaxone	1 g/j	IV	1 fois	Schéma couvrant NG, CT et anaérobies, ainsi que BGN et streptocoques sur 24 à 48 h
+ doxycycline ⁶	100 mg 2 fois/j	IV, PO	10 j	
+ métronidazole ⁶	500 mg 2 fois/j	IV, PO	10 j	
Hospitalisation – alternatives				
Doxycycline	100 mg 2 fois/j	IV, PO		Relais après 24 h d'amélioration ; céfoxitime efficace sur anaérobies
+ céfoxitime	2 g 4 fois/j	IV		
puis relais par doxycycline	100 mg 2 fois/j	PO	10 j	
+ métronidazole ⁶	500 mg 2 fois/j	PO	10 j	
Clindamycine	600 mg 3 fois/j	IV		Clindamycine efficace sur CT et anaérobies ; gentamicine efficace sur BGN et NG
+ gentamicine	5 mg/kg/j	IV	≤ 3 jours	
puis relais par clindamycine	600 mg 3 fois/j	PO	10 j	

¹ Les posologies sont proposées sur la base d'un poids < 80 kg et à fonction rénale supposée normale.

² Il s'agit de la durée totale de traitement : bien qu'il n'y ait pas d'études comparatives sur les durées d'antibiothérapie dans les IGH, une réduction de la durée à 10 jours est proposée par le groupe des recommandations de la SPILF (grade C).

³ Les protocoles en externe incluant une fluoroquinolone (inactive sur plus de 40 % des NG) laissent la possibilité d'administrer la ceftriaxone d'emblée en cas de facteurs de risque d'IST ou d'ajouter secondairement la ceftriaxone en cas de détection de NG résistant aux fluoroquinolones à l'antibiogramme lorsqu'il est disponible entre le 3^e et le 5^e jour. Ne pas prescrire de fluoroquinolones en cas d'administration au cours des 6 derniers mois.

⁴ Sur des bases pharmacologiques et d'essais cliniques, la lévofoxacin à 500 mg 1 fois/j peut remplacer l'ofloxacin.

⁵ L'utilisation de la moxifloxacin impose de vérifier l'EKG, l'absence de conditions pro-arythmogènes, de co-prescription de médicaments risquant d'allonger le QT, qui contre-indiqueraient le traitement.

⁶ Excellente biodisponibilité orale du métronidazole et de la doxycycline à administrer *per os* dès que la situation clinique l'autorise.

AMM : autorisation de mise sur le marché ; BGN : bacilles à Gram négatif ; CT : *Chlamydia trachomatis* ; IM : intramusculaire ; IV : intraveineuse ; NG : *Neisseria gonorrhoeae* ; PO : *per os*.

Source : recommandations du CNGOF 2018.

- Traitement du (des) partenaire(s) : azithromycine (1 g monodose).
- AINS pendant les 5 premiers jours en dehors de contre-indication.

Prise en charge d'une IGH compliquée (Tableau 13.2)

- Hospitalisation.
- Collection annexielle > 3 cm : en première intention, drainage échoguidé par voie vaginale. Si collection non atteignable par voie vaginale, coelioscopie.

Tableau 13.2. Protocoles d'antibiothérapie pour les IGH compliquées

Antibiotique(s)	Posologie	Voie
Traitement d'induction en hospitalisation – 1^{re} intention¹		
Ceftriaxone	1 à 2 g/j	IV
+ métronidazole ²	500 mg 3 fois/j	IV, PO
+ doxycycline ²	100 mg 2 fois/j	IV, PO
Traitement d'induction en hospitalisation – alternatives¹		
Céfoxitine	2 g 4 fois/j	IV
+ doxycycline ²	100 mg 2 fois/j	IV, PO
Clindamycine	600 mg 4 fois/j	IV
+ gentamicine	5 mg/kg 1 fois/j	IV
Relais par voie orale		
Doxycycline ^{2,3}	100 mg 2 fois/j	PO
+ métronidazole ³	500 mg 3 fois/j	PO
Clindamycine ³	600 mg 3 fois/j	PO
Ofloxacin	200 mg 3 fois/j	PO
+ métronidazole	500 mg 3 fois/j	PO
Lévofoxacin ⁴	500 mg 3 fois/j	PO
+ métronidazole	500 mg 3 fois/j	PO
moxifloxacin ⁵	400 mg 1 fois/j	PO

La durée totale (induction et voie orale) est de 14 jours ; le relais oral en externe est proposé en cas d'amélioration franche sous antibiothérapie parentérale avec au moins 24 h de recul ; la durée totale de traitement peut cependant être prolongée à 21 jours en fonction de l'évolution au cas par cas.

¹ Si signes de gravité, adjoindre gentamicine adaptée à la fonction rénale 5 mg/kg IV ≤ 5 j et adaptation à la fonction rénale ; avis réanimateur.

² Excellente biodisponibilité orale du métronidazole et de la doxycycline, administrer *per os* si la situation autorise la prise orale.

³ Antibiotiques validés par des études cliniques, mais absence de couverture des bacilles à Gram négatif (BGN) aérobies et couverture sous-optimale des streptocoques : le recours à un schéma avec fluoroquinolone ou l'adjonction de ceftriaxone doit être proposé si bactéries non couvertes (streptocoques, BGN) mises en évidence.

⁴ Sur des bases pharmacologiques et d'essais cliniques, la lévofoxacin à 500 mg 1 fois peut remplacer l'ofloxacin.

⁵ L'utilisation de la moxifloxacin impose de vérifier l'ECC, l'absence de conditions pro-arythmogènes, de co-prescription de médicament risquant d'allonger le QT, qui contre-indiqueraient le traitement.

IV : intraveineuse ; PO : *per os*.

Source : recommandations du CNGOF 2018.

- Antibiothérapie parentérale :
 - métronidazole 1,5 g/j + doxycycline 200 mg/j + ceftriaxone 1 à 2 g/j ; selon gravité clinique et fonction rénale ± gentamicine (5 mg/kg/j) ;
 - relais PO selon amélioration clinique et après 48 h d'apyrexie :
 - en première intention, ofloxacine + métronidazole (voir [Tableau 13.2](#)),
 - à adapter aux résultats bactériologiques.
- Durée 14 à 21 jours, selon évolution clinique et biologique (CRP).

Prise en charge à distance

- Rappel : toutes les patientes sont revues 48 à 72 h après l'instauration du traitement antibiotique ambulatoire pour évaluation de l'efficacité du traitement (clinique, biologique et échographique). Si évolution non satisfaisante, coelioscopie.
- Toutes les patientes doivent être revues en consultation 3 à 4 semaines après l'épisode infectieux initial avec un contrôle échographique à la recherche d'une collection annexielle persistante. Si collection persistante et selon désir de grossesse, proposer coelioscopie à froid.

Pour en Savoir plus

- Brun JL, Castan B, de Barbeyrac B, Cazanave C, Charvériat A, Faure K, CNGOF ; SPILF. et al. Pelvic inflammatory diseases: Updated French guidelines. J Gynecol Obstet Hum Reprod 2020;49(5):101714.
- Curry A, Williams T, Penny ML. Pelvic inflammatory disease: diagnosis, management, and prevention. Am Fam Physician 2019;100(6):357-64.
- Judlin P. Current concepts in managing pelvic inflammatory disease. Curr Opin Infect Dis 2010;23(1):83-7.
- Ross JD. Pelvic inflammatory disease. BMJ Clin Evid 2008;2008:1606.

Infections génitales basses

Le principal symptôme amenant à consulter en cas d'infection génitale basse est la leucorrhée. Néanmoins attention, toute leucorrhée n'est pas pathologique (voir plus loin). Les aspects respectifs de la leucorrhée, du col et de la vulve, la recherche de signes associés à l'interrogatoire sont autant de moyens pour déterminer le type de germe responsable. L'ensemble de ces caractéristiques cliniques permet de mettre en place un traitement probabiliste ([tableau 14.1](#)).

Un prélèvement vaginal est indiqué en cas de : signes cliniques atypiques ; présence de signes d'IGH ; urétrite chez le partenaire ; échec d'un premier traitement ; récurrence des symptômes.

Il comporte :

- un prélèvement vaginal simple pour recherche d'une candidose, d'une vaginose ou d'une vaginite ;
- une recherche d'IST par les techniques d'amplification des acides nucléiques (TAAN) pour recherche de *Chlamydia trachomatis*, *Mycoplasma genitalium* et *Neisseria gonorrhoeae*.

Leucorrhée physiologique ou pathologique ?

La leucorrhée physiologique est un écoulement à recrudescence cyclique pré-ovulatoire, qui peut être amplifié par un ectropion du col. Cet écoulement est séreux, incolore et inodore. Ces leucorrhées physiologiques proviennent pour partie des sécrétions des glandes annexes (Skène et Bartholin), du col et de la desquamation vaginale.

La leucorrhée pathologique ne correspond pas à ces caractéristiques et peut être le témoin d'une infection locale « basse », cervicovaginale. Elle peut également s'inscrire dans un tableau d'atteinte génitale haute. Plus rarement, elle peut traduire la surinfection d'une lésion anatomique, en particulier maligne, dont l'abord thérapeutique est évidemment totalement différent.

Tableau 14.1. Prise en charge d'une infection génitale basse

Leucorrhée	Speculum ; examen clinique	Interrogatoire	Germe à évoquer	Traitement probabiliste	Examens complémentaires si nécessaires	Particularités
Épaisse Blanchâtre Caillebotée	Leucorrhée adhérente aux parois vaginales, érythémateuse Vulvite avec dépôts blanchâtres	Dyspareunie Démangeaisons Brûlures vulvaires Signes associés : Brûlures mictionnelles	Mycose : Candida albicans, Torulopsis glabrata	Sertoconazole en ovule vaginal en dose unique (Monazol®, Lomexin®)+ en crème pour applications locales pendant 7 jours. Traitement oral si récive : Fungizone®, Daktarin® ou Mycostatine® (pendant 10 à 21 jours)	Prélèvement vaginal direct	Récidives fréquentes Facteurs de risque : Traitement antibiotique récent Contraception hormonale Grossesse
Malodorante (poisson pourri) Grisâtre Homogène Bulleuse	Atteinte vaginale modérée Col normal	Leucorrhée malodorante après menstruations ou rapports sexuels Prurit vulvaire Partenaire asymptomatique	Gardnerella vaginalis (vaginose bactérienne)	Métronidazole (Flagyl®) (500 mg x 2 / j pendant 7 jours ou 2 g en monodose. Traitement du partenaire inutile.	PV : associations bactériologiques, disparition de lactobacilles Sniff test + colposcopie : colpite punctiforme ou mixte	Éviter la surinfection favorisant l'atteinte génitale haute Association fréquente à d'autres germes
Liquide, abondante Verdâtre, spumeuse Filets sanglants Odeur fade	Colpите punctiforme ou maculaire type « léopard » Glaire purulente	Dyspareunie Brûlures mictionnelles Pas d'atteinte génitale haute	Trichomonas vaginalis	Métronidazole (Flagyl®) 2 g en dose unique ou 500 mg x 2 / j pendant 10 j. Traiter le même partenaire selon le même protocole.	Prélèvement vaginal direct Associations fréquentes : <i>Candida</i> , gonocoque, <i>Gardnerella</i>	IST associée à rechercher
Blanc verdâtre Purulente Abondante	Écoulement endocervical purulent Muqueuse œdémateuse Utérus douloureux	Dyspareunie, fièvre, douleurs pelviennes (IGH) Urétrite aiguë Urétrite chez le partenaire	Gonocoque	Ceftriaxone (Rocéphine®) 1 g, 1 injection intra musculaire unique. Au moindre doute d'une IGH associées, traiter comme une IGH. Traiter partenaire par Rocéphine®	Prélèvement vaginal avec PCR <i>Chlamydia</i> , <i>Mycoplasme</i> , Gonocoque ECBU, NFS, CRP	Association fréquente à <i>Chlamydia</i> Possibilité de résistance aux Fluoroquinolones
Rare	Endocervicite	IGH ou asymptomatique Urétrite associée rare	Chlamydia Trachomatis	Cyclines per os pendant 7 j ou azithromycine (Zythromax®) en prise unique (1 g). Au moindre doute d'une IGH associées, traiter comme une IGH.	Prélèvement vaginal avec PCR <i>Chlamydia</i> , <i>Mycoplasme</i> , Gonocoque	
Abondante Purulente	Inflammation	Dyspareunie	Colibacilles, entérocoques, Bacteroides, Proteus, staphylocoque	Traitement antiseptique local Antibiothérapie éventuelle per os à large spectre Réensemencement vaginal	Prélèvement vaginal pour antibiogramme	Éviter la surinfection haute

CRP : C-reactive protein ; ECBU : examen cyto bactériologique urinaire ; IGH : infection génitale haute ; IST : infection sexuellement transmissible ; NFS : numération-formule sanguine.

C'est quoi un ectropion ?

Il correspond à l'évagination de l'épithélium glandulaire de l'endocol sur l'épithélium malpighien de l'exocol. Ce phénomène est physiologique, fréquent chez les femmes jeunes, en cours de grossesse ou en post-partum. Sa présence accroît l'abondance de l'écoulement physiologique cervical et favorise la surinfection. En cas de surinfection, il est possible de prescrire des solutions désinfectantes type Polygynax® (nystanine + néomycine + polymyxine B) en ovules. Les gestes radicaux (laser, électrocoagulation) ont des indications très limitées, surtout chez les femmes jeunes, en raison du risque de sténoses cervicales secondaires.

Cas particulier des mycoplasmes

Les mycoplasmes retrouvés fréquemment au niveau génital (*Mycoplasma hominis* et *Ureaplasma*) peuvent faire partie de la flore vaginale commensale. Ils ne sont pas responsables d'IST et leur rôle dans les infections génitales (hautes ou basses) est discutable. En cas d'absence de signe de cervicite ou d'IGH, leur traitement n'est pas nécessaire. En revanche, leur mise en évidence en cours de grossesse justifie un traitement en raison d'un risque accru de certaines pathologies obstétricales (accouchements prématurés, rupture prématurée des membranes). *Mycoplasma genitalium*, quant à lui, est un des principaux germes responsables des cervicites et des IGH.

Bibliographie

- Bourret A. Infections en gynécologie. In : Guillevin L, Mouthon L, Lévesque H, editors. Traité de médecine. 5^e éd. Paris : TdM Éditions ; 2020. 2020-S28-P01-C02.
- Brunham RC, Paavonen J. Reproductive system infections in women: lower genital tract syndromes. Pathog Dis 2020;78(5):ftaa022.

Prise en charge d'un abcès du sein chez les patientes allaitantes

Elle est présentée dans la [figure 15.1](#).

Indications

- En première intention pour toutes les patientes allaitantes avec abcès du sein (même > 28 jours après l'accouchement) : ponction écho-guidée.
- Indication à une mise à plat chirurgicale : si échec > 3 ponctions.

Circuit

1. Prise en charge ambulatoire avec prescription d'emblée d'une antibiothérapie par pyostacine 1 g 3 fois/j PO (strictement toutes les 8 h) pendant 10 jours ± ibuprofène 200–400 mg 3 fois/j pour 48 h.
2. Poursuite de l'allaitement sur les deux seins et prescription systématique d'un tire-lait électrique double-pompage.
3. Ponction écho-guidée dans les 48 h.
4. Avis d'une sage-femme systématique (auprès d'une sage-femme référente en allaitement si possible).
5. Contrôle clinique ± échographique à 24–48 h.
6. Si mauvaise tolérance clinique : hospitalisation (avec le bébé si < 28 jours ou sans si > 28 jours du post-partum), mise en place de l'antibiothérapie et ponction le lendemain.

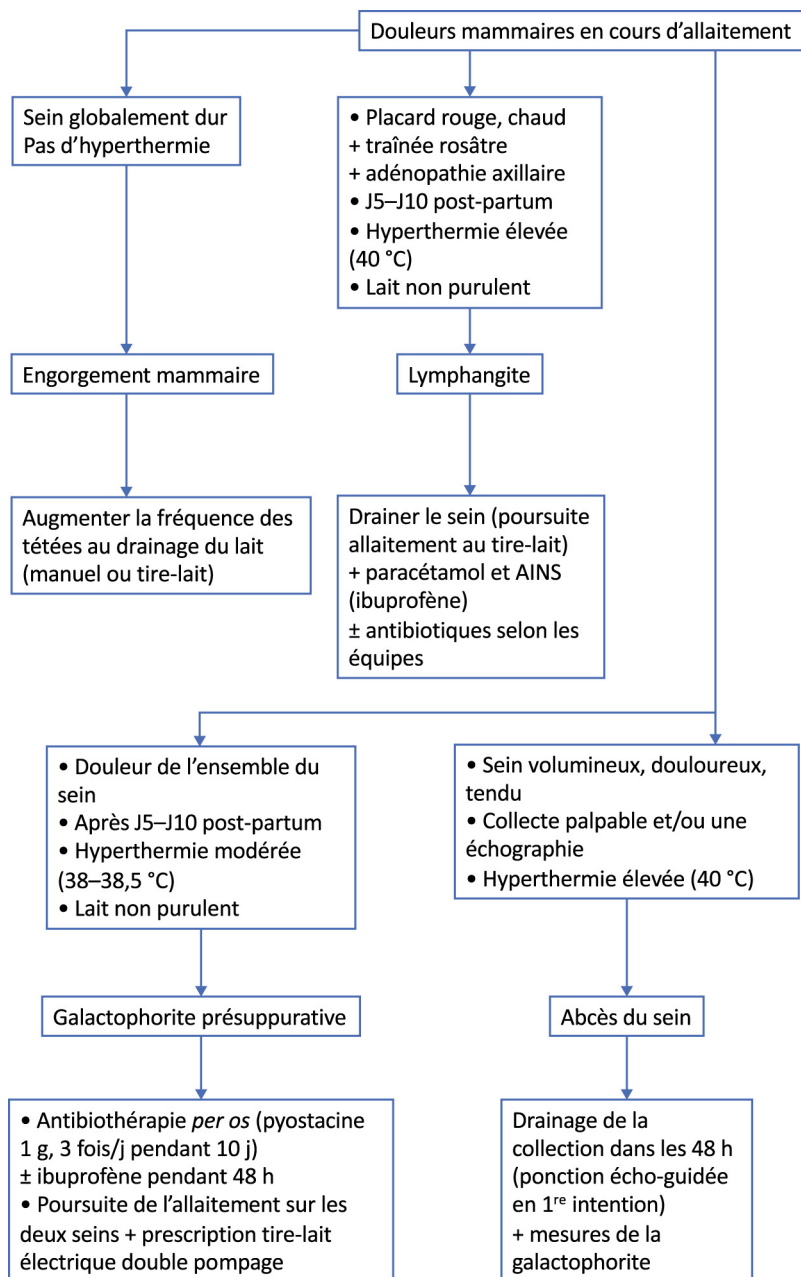


Figure 15.1. Conduite à tenir en cas de douleurs mammaires en cours d'allaitement.

Matériel nécessaire

- Appareil d'échographie avec sonde mammaire.
- Champs stériles et gel d'échographie stérile.
- Biseptine® (chlorhexidine + chlorure de benzalkonium + alcool benzylique).
- Compresses stériles.
- Anesthésie locale type lidocaïne 10 %.
- Aiguille de 13G.
- Ampoules de 20 cc de sérum physiologique.
- Seringues 10 et 30 cc.
- Steri-Strip®.

Déroulement de la ponction

- Le matin à jeun.
- Réalisation de la ponction en chambre (en hôpital de jour par exemple, à adapter selon la structure).
- Désinfection de la zone à la Biseptine® (chlorhexidine + chlorure de benzalkonium + alcool benzylique) et anesthésie locale à la lidocaïne 10 %.
- Ponction sous contrôle échographique.
- Point d'entrée le plus éloigné du mamelon.
- Rinçage au sérum physiologique si cloisons.
- Pas de bilan infectieux ni préopératoire.
- Envoi en bactériologie du liquide ponctionné.
- Compte rendu à remettre à la patiente.

Suivi

- Rendez-vous de consultation à 24–48 h après la ponction.
- Contrôle clinique ± échographique ± adaptation de l'antibiothérapie en fonction de la bactériologie.
- Indication à une mise à plat chirurgicale si échec > 3 ponctions.
- Vérifier que la patiente est en relation avec une sage-femme référente en lactation.
- Communiquer les coordonnées de SOS allaitement (numéro départemental ou régional).

Pour en Savoir plus

- Debord MP, Poirier E, Delgado H, Charlot M, Colin C, Raudrant D, et al. Lactational breast abscesses: Do we still need surgery ? J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2016;45(3):307-14.
- Irusen H, Rohwer AC, Steyn DW, Young T. Treatments for breast abscesses in breastfeeding women. Cochrane Database Syst Rev 2015;(8). CD010490.
- Kulkarni D. Clinical presentations of breast disorders in pregnancy and lactation. Adv Exp Med Biol 2020;1252:33-9.
- Marcellin L, Chantray AA. Breastfeeding complications--Guidelines for clinical practice. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2015;44(10):1084-90.

Complications des kystes ovariens

Elles sont présentées dans la [Figure 16.1](#).

Dans le cadre de l'urgence, un kyste ovarien se complique le plus souvent sous la forme d'une douleur pelvienne aiguë. La douleur est volontiers intense, d'apparition brutale, latéralisée et peut être accompagnée de vomissements.

La complication la plus grave des complications des kystes ovariens est la torsion d'annexe, le pronostic vital de l'ovaire étant en jeu. Le diagnostic de certitude d'une torsion d'annexe est chirurgical : l'absence d'altération au Doppler n'élimine pas le diagnostic. Une coelioscopie est réalisée au moindre doute, comprenant le risque de coelioscopie normale (« coelioscopie blanche ») que l'on explique en préopératoire à la patiente.

Plus rarement, certains kystes peuvent se surinfecter (endométriomes essentiellement). La prise en charge des abcès ovariens est détaillée dans le chapitre 13.

Une fois une grossesse éliminée (hCG négatifs), le diagnostic différentiel principal est la colique néphrétique qui peut présenter un tableau clinique très proche : avant de passer au bloc opératoire pour une suspicion de torsion d'annexe, toujours vérifier la bandelette urinaire !

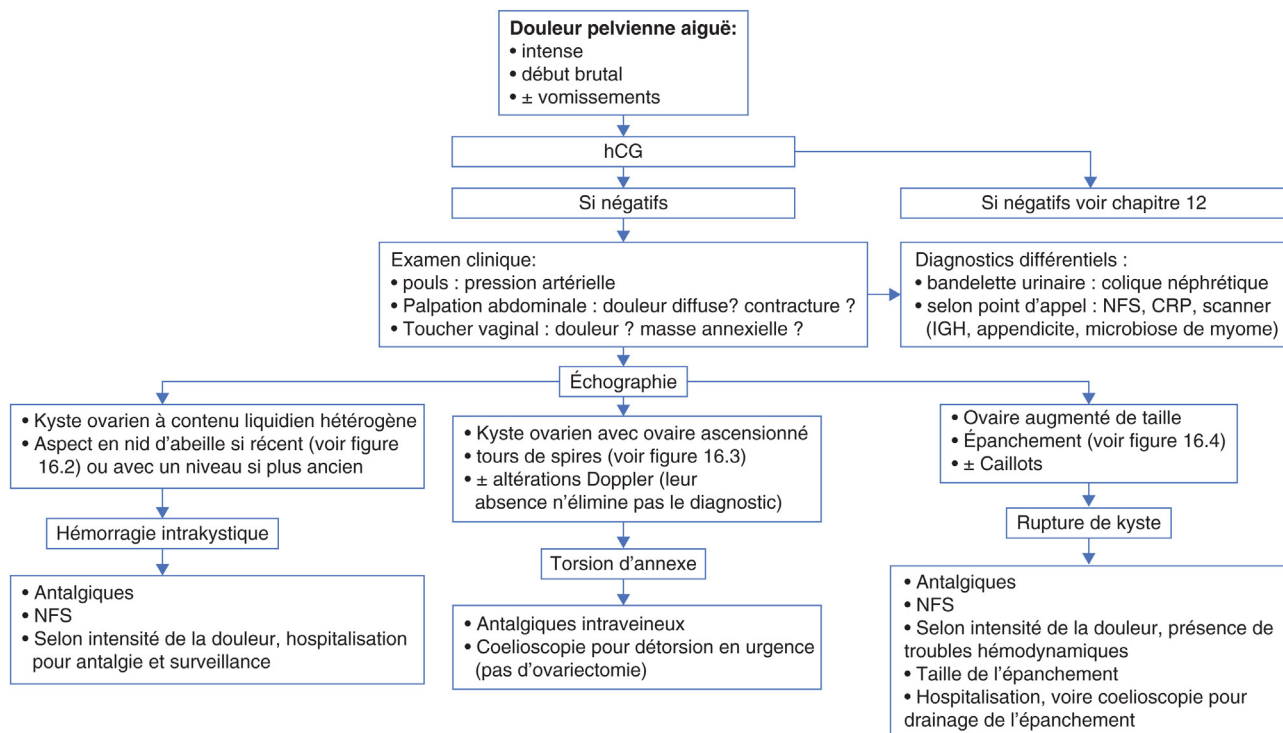


Figure 16.1. Conduite à tenir en cas de complication des kystes de l'ovaire.

CRP : *C-reactive protein* ; hCG : *human chorionic gonadotropin* ; IGH : infection génitale haute ; NFS : numération-formule sanguine.

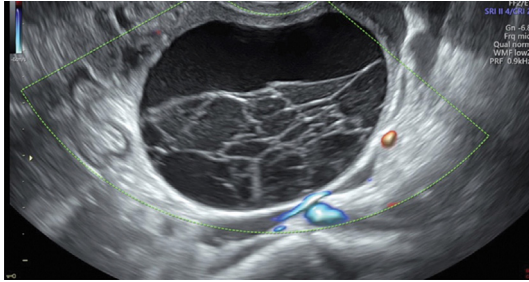


Figure 16.2. Échographie par voie vaginale, kyste fonctionnel hémorragique de l'ovaire gauche, aspect en nid d'abeille.

Source : Dr Corinne Bordonné.

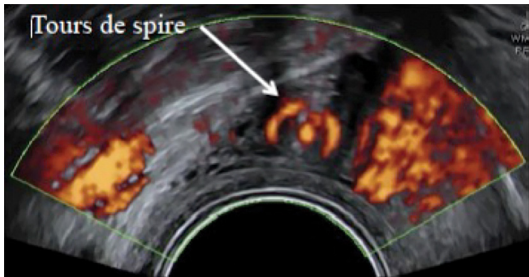


Figure 16.3. Échographie par voie vaginale, torsion d'annexe droite, tours de spire au Doppler Énergie.

Source : Dr Corinne Bordonné.

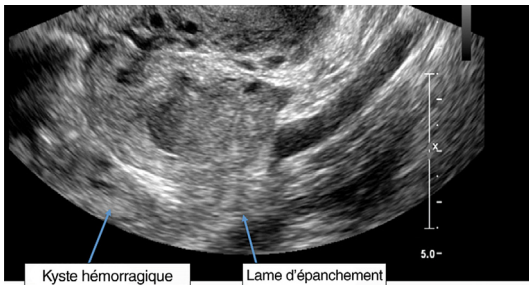


Figure 16.4. Kyste fonctionnel hémorragique rompu de l'ovaire gauche.

Source : Dr Corinne Bordonné.

Pour en Savoir plus

CNGOF. Gynécologie obstétrique. Réussir ses ECNi. Coll. Les référentiels des collèges. 4^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2018.

Deffieux X, Thubert T, Huchon C, Demoulin G, Rivain AL, Faivre E, Trichot C. Complications of presumed benign ovarian tumors. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 2013;42(8):816-32.

Ménométrorragies aux urgences (hors grossesse)

La conduite à tenir est présentée dans la [Figure 17.1](#).

Les ménométrorragies sont un des motifs les plus fréquents de consultation gynécologique urgente.

Le premier réflexe est d'éliminer une grossesse en cours. La prise en charge par la suite sera guidée par l'origine des saignements : est-il endo-utérin ? cervical ? vaginal ?

La plupart du temps, l'enjeu urgent dans ce contexte est l'évaluation du retentissement des saignements, sur le plan hémodynamique et en termes d'anémie. Une transfusion peut être nécessaire.

Cela peut être le mode de révélation d'un cancer du col utérin : afin de gagner du temps sur la suite de la prise en charge, ne pas hésiter à réaliser en urgence au minimum un frottis, voire une biopsie cervicale.

Pour les mêmes raisons, en cas d'hypertrophie de l'endomètre suspecte à l'échographie, une biopsie d'endomètre peut être réalisée aux urgences.

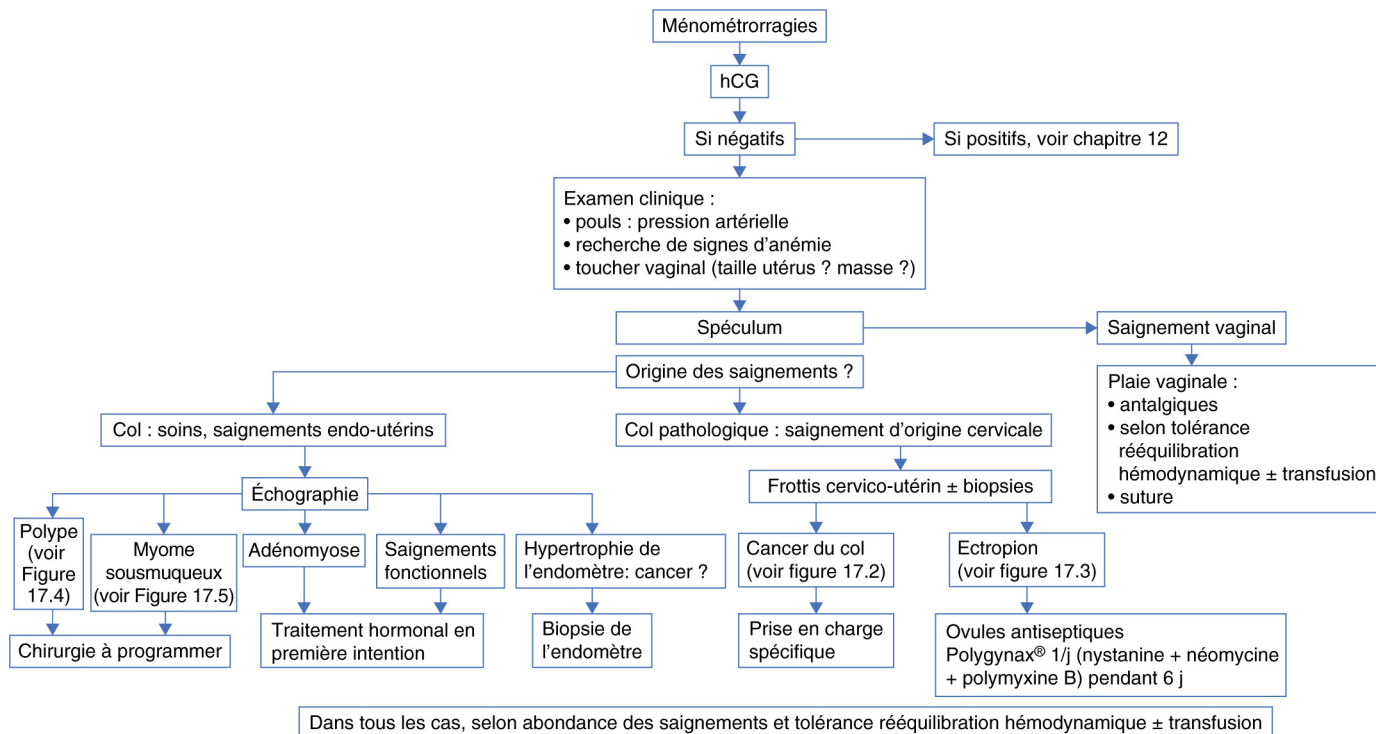


Figure 17.1. Conduite à tenir en cas de ménométrorragies.

hCG : human chorionic gonadotropin.



Figure 17.2. Cancer du col.

Source : Dr Florie Pirot.

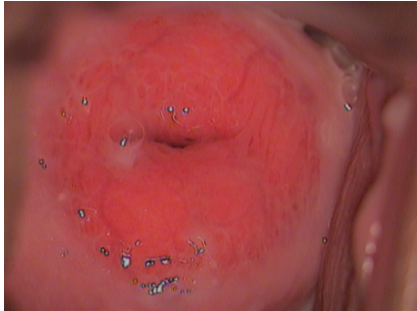


Figure 17.3. Ectropion.

Source : Dr Florie Pirot.

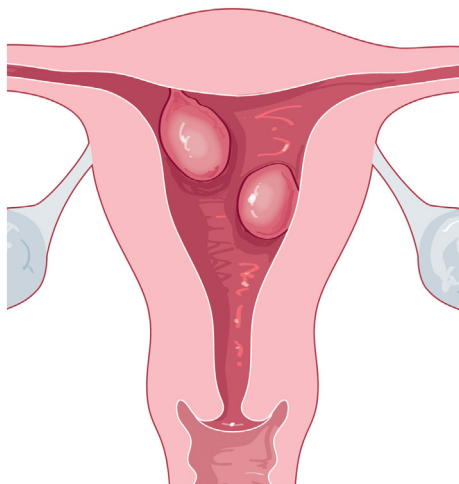


Figure 17.4. Polypes utérins : polype pédiculé fundique et polype sessile latéral gauche.

Source : illustration Carole Fumat.

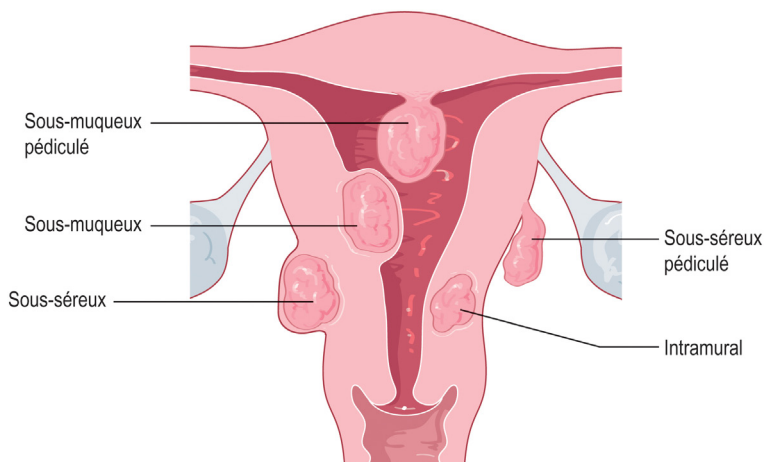


Figure 17.5. Myomes utérins, localisations possibles.

Source : illustration Carole Fumat.

Pour en Savoir plus

CNGOF. Gynécologie obstétrique. Réussir ses ECNi. Coll. Les référentiels des collèges. 4^e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2018.

Munro MG, Critchley HOD, Broder MS, Fraser IS. FIGO Working Group on Menstrual Disorders. FIGO classification system (PALM-COEIN) for causes of abnormal uterine bleeding in nonpregnant women of reproductive age. Int J Gynecol Obstet 2011;113(1):3-13.