

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

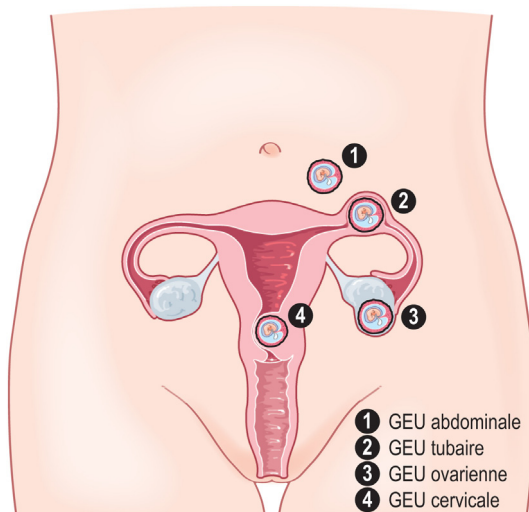


Figure 2.1. Localisations des grossesses ectopiques.

Source : illustration Carole Fumat.

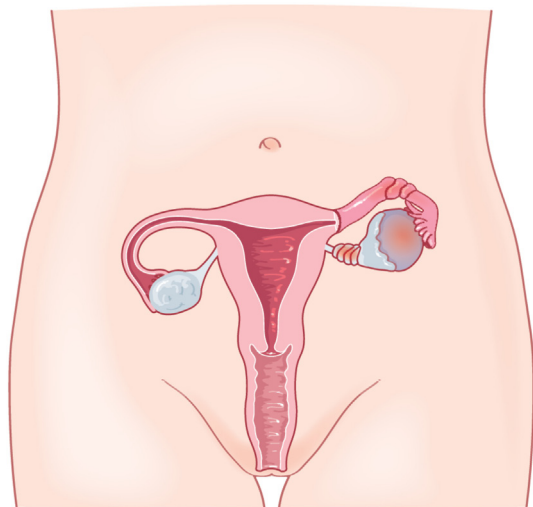


Figure 2.2. Torsion annexielle gauche.

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, hystérocopie, 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 choriales peut éliminer une GEU.

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