



Tutorat 2023-2024



FORMATION EN SOINS INFIRMIERS

PREFMS CHU DE TOULOUSE

Rédaction 2023-2024

UECP 29

Pathologies endocriniennes et
gynécologiques

Pathologies gynécologiques
bénignes

Ce cours vous est proposé bénévolement par le Tutorat Les Nuits Blanches qui en est sa propriété. Il n'a bénéficié d'aucune relecture par l'équipe pédagogique de la Licence Sciences pour la Santé ni de l'IFSI. Il est ainsi un outil supplémentaire, qui ne se substitue pas aux contenus diffusés par la faculté et l'institut en soins infirmiers.

Rédigé par Clarisse Pey à partir du cours de A. Buffeteau présenté le 25/03/2024.

Pathologies gynécologiques bénignes

I. Pathologies gynécologiques chroniques

a. Endométriose

1) Histologie et physiopathologie

La définition histologique correspond à la présence de tissu endométrial en dehors de la cavité utérine, c'est-à-dire dans la cavité abdominale.

L'endomètre est un tissu qui tapisse l'intérieur de l'utérus. Le myomètre est un muscle responsable des contractions de l'utérus. Et par-dessus ces éléments, il y a un tissu fin qui s'appelle la séreuse utérine. En période de vie génitale, l'épaisseur de l'endomètre varie au cours du cycle menstruel. Durant les règles, c'est ce tissu qui desquame et donne des saignements par le vagin. Dans le cas de l'endométriose, l'endomètre présent en dehors, c'est-à-dire dans le ventre, va également entraîner des saignements. Ce qui provoque les douleurs.



2) Localisation des lésions

Les lésions sont majoritairement (90%) au niveau du bas du ventre car les nodules d'endométriose sont en majorité retrouvés au niveau du cul de sac de Douglas, en arrière de l'utérus, c'est-à-dire entre l'utérus et le tube digestif.

En arrière de l'utérus, il y a les ligaments utéro sacrés qui se rejoignent au niveau du torus. Les nodules sont présents à cet endroit précis. Ce qui explique les dyspareunies en cas d'endométriose car c'est à ce niveau-là que les contacts se font pendant les rapports.

3) Manifestations cliniques

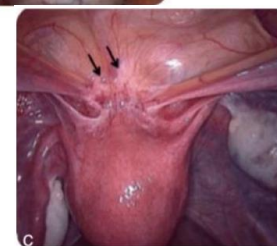
On parle d'endométriose « maladie » si la patiente a des douleurs et/ou s'il y a notion d'infertilité. En effet, l'endométriose se traduit en majorité par des douleurs. Ce sont les 4 D : dysménorrhées (douleurs pendant les règles), dyspareunies (douleurs pendant les rapports sexuels), dyschésies (douleur défécatoires) et dysuries (douleurs lors de la miction). Dans à peu près 40% des cas de patientes atteintes d'endométriose, ces douleurs sont associées avec de l'infertilité.

4) 4 formes anatomiques d'endométriose

Il y a les lésions superficielles, les nodules profonds (envahissement du péritoine sur plus de 3mm de profondeur), l'endométriose (lésion ovarienne/kyste ovarien), l'adénomyose (« endométriose interne », c'est-à-dire présence d'endomètre dans le muscle).



Sur l'image d'endométriose profonde, nous pouvons observer une lésion d'endométriose infiltrée et qui attire les organes vers le bas (comme une rétraction).



5) Epidémiologie

C'est une pathologie bénigne mais invalidante qui représente 6 à 10% des femmes en âge de procréer. L'incidence de l'endométriose est de 0,1% par an chez les femmes de 15 à 49 ans.

Il y a un fort retentissement sur la qualité de vie (sociale, sexuelle, absentéisme professionnel).

L'intensité des douleurs n'est pas corrélée au nombre de lésions.

Les traitements sont hormonaux mais non curatifs et présentent de nombreux effets secondaires. Ce sont des pilules qui mettent au repos les ovaires et entraînent une aménorrhée (=absence de règles) volontaire et recherchée afin de diminuer les douleurs. Il peut également y avoir des traitements antalgiques ou encore un TENS (neurostimulation électrique transcutanée).

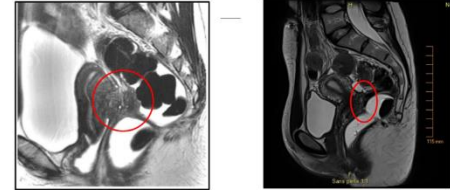
Si le traitement hormonal n'est pas suffisant en termes de symptômes ou en cas d'infertilité, un traitement chirurgical peut être envisagé en dernière intention. C'est la coelioscopie avec résection des lésions.

Cependant c'est une chirurgie douloureuse en période d'activité génitale et le risque de récurrence est d'environ 15% en post-opératoire.

Etant donné que l'intervention chirurgicale majore le risque de récurrence et de procréation instantané (chances de grossesse), dans l'idéal il ne faut pas opérer les patientes trop jeunes.

6) IRM pelvienne

Tout ce qui est liquidien est blanc. Sur ces deux imageries, il y a du gel dans le vagin, et ce qui est entouré en rouge représente des grosses lésions d'endométriose.



7) Autres explorations

« C'est pour la culture générale »

Les autres explorations possibles sont optionnelles mais utiles en cas de besoin de faire un bilan.

Si la patiente décrit de nombreux symptômes digestifs tels que des dyschésies ou encore des rectorragies (=saignements dans les selles), c'est une indication pour faire une écho endoscopie rectale, plus ou moins une coloscopie.

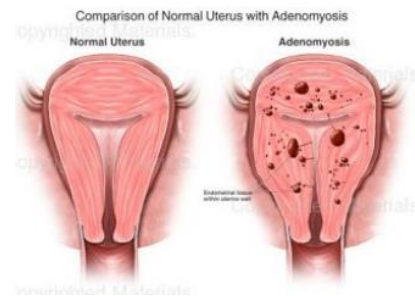
Si la patiente décrit de nombreux troubles urinaires ou encore des hématuries (=saignements dans les urines), c'est une indication pour une exploration urinaire par cystoscopie.

b. Adénomyose

Tissu endométrial qui au lieu d'être uniquement dans la cavité utérine, va également s'infiltrer dans le muscle c'est-à-dire à l'intérieur du myomètre.

L'adénomyose est une maladie qui survient à la période pré ménopausique donc chez des femmes entre 40 et 55 ans et qui sont multipares (=plusieurs enfants).

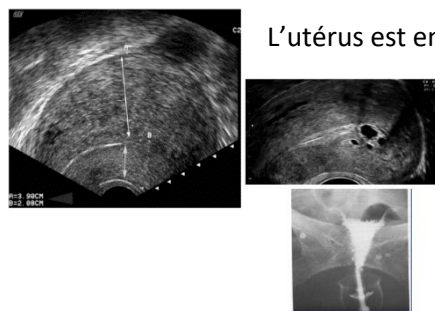
En clinique, elle engendre des ménorragies (=saignements abondants pendant les règles), des dysménorrhées et un utérus augmenté de volume.



1) Echographies endovaginales

L'utérus est en coupe sagittale, c'est-à-dire de profil.

L'hystéroggraphie sur l'image du dessous, c'est lorsqu'on met du liquide de contraste dans l'utérus et que l'on réalise une radio en même temps. Cette imagerie montre des petites diverticulites typiques.



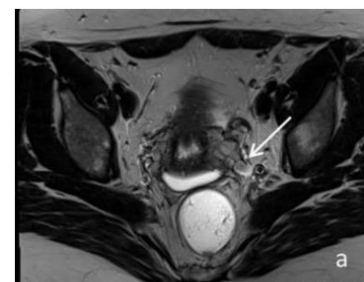
« Je ne vous interrogerai pas sur une imagerie au partiel »

c. Les varices pelviennes

Ces varices pelviennes atteignent des patientes entre 30 et 50 ans, qui souffrent de douleurs chroniques majorées à la station debout et non rythmées par les cycles.

Le diagnostic est déterminé à l'IRM pelvienne.

Le traitement possible est chirurgical, on parle d'embolisation (technique pour boucher les veines ovariennes afin d'éviter leur dilatation).



d. Fibrome utérin

C'est la pathologie gynécologique la plus fréquente avec une prévalence variable de 4,5% à 68%. Le délai entre les premiers symptômes et le diagnostic est de 2 ans en moyenne. Concernant les facteurs de risque, on retrouve l'âge, les antécédents familiaux, l'HTA, le diabète, la précocité de survenue des 1ères règles (avant 12 ans), une femme nullipare (= qui n'a jamais eu d'enfants), l'appartenance ethnique et le mode de vie (sédentarité, obésité et caféine).

Un fibrome est une boule de muscle à l'intérieur du myomètre, d'origine bénigne.

1) Classification

La classification part de 0 (à l'intérieur de l'utérus) à 7 (à l'extérieur de l'utérus).

« Pas besoin de retenir le détail de chacune des classes »

2) Symptômes

Le fibrome utérin entraîne des douleurs pelviennes notamment des dysménorrhées, des méno-métrorragies qui peuvent causer une anémie ferriprive, une pesanteur pelvienne, des troubles urinaires (dysurie et rétention aigue d'urine), des troubles digestifs (constipation), une compression qu'elle soit urétéral (urétérohydronéphrose), nerveuse (sciatalgie) ou encore veineuse (OMI, TVP). Ces symptômes orientent le diagnostic de la localisation.

Il peut être la cause d'infertilité, de fausse couche spontanée (FCS), d'une menace d'accouchement prématuré (MAP), ou encore d'un accouchement par voie basse (AVB) impossible s'il se trouve en bas au niveau du col de l'utérus (=prævia).

Le fibrome est responsable également d'une nécrobiose aseptique. Cela correspond à la nécrose de son centre. Plus il est gros et moins il est vascularisé en son centre, ce qui va entraîner la nécrose. Le terme aseptique est utilisé car ce n'est pas lié à une infection.

3) Distinction entre fibrome et sarcome

Le fibrome est complètement bénin à l'inverse du sarcome. Il ne peut pas se transformer en cancer, ce sont deux maladies différentes. Il faut être très vigilant à une croissance rapide, des douleurs, des métrorragies (post ménopausiques) et un AEG (altération de l'état général avec anorexie, asthénie et amaigrissement) car c'est révélateur d'un sarcome.

4) Les explorations en imagerie

L'échographie :

Les tâches plus foncées représentent les fibromes de type 0.

L'IRM pelvienne :

L'IRM pelvienne est indiquée pour cartographier le fibrome (nombre, type et taille).

5) Les traitements


Sur le plan médical, les traitements sont pauvres. On peut introduire une pilule contraceptive, qui a un impact positif chez certaines patientes en termes de douleur.

Devant une persistance des symptômes, la chirurgie est proposée soit par hystérocopie soit par coelioscopie pour ablation du fibrome (=myomectomie) ou ablation de l'intégralité de l'utérus (=hystérectomie).

Le traitement chirurgical repose également sur une embolisation pour engendrer la nécrose.

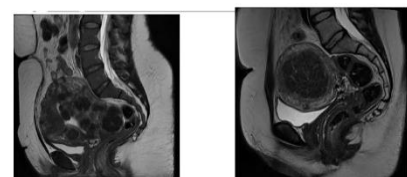
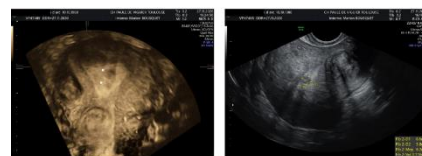
Des nouvelles thérapeutiques récentes sont testées pour diminuer la taille des fibromes, comme la radiofréquence (cibler les cellules par thermoablation) ou encore l'HIFU (High Intensity Frequency Ultrasonore).

Système de sous-classification des leiomyomes



0 - Sous-muqueux	0	Pédiculé, endocavitaire
	1	< 50 % intramural
	2	≥ 50 % intramural
	3	Est en contact avec l'endomètre; 100 % intramural
	4	Intramural
	5	Sous-séreux; < 50 % intramural
	6	Sous-séreux; ≥ 50 % intramural
	7	Sous-séreux, pédiculé
	8	Autre (à préciser: p. ex. cervical, parasitaire)

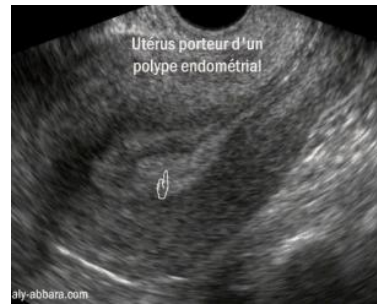
Leiomyomes hybrides (cicatrices sont l'endomètre que la séreuse)	Deux des nombres sont liés par un trait d'union. Par convention, le premier de ces nombres désigne la relation avec l'endomètre, tandis que le deuxième désigne la relation avec la séreuse. Un exemple apparaît ci-dessous.
2-5	Simultanément sous-muqueux et sous-séreux, moins de la moitié du diamètre se trouvant à la fois dans la cavité endométriale et dans la cavité péritonéale



e. Polype utérin

Un polype est une excroissance de la muqueuse endo utérine, c'est-à-dire de l'endomètre dans l'utérus. Cette maladie affecte les patientes de tout âge, entraînant possiblement des méno-métrorragies.

Il peut y avoir une indication d'hystérocopie (caméra dans l'utérus) opératoire avec résection puis analyse anatomopathologique.



« Les 3 grandes pathologies chroniques à retenir sont l'endométriose, l'adénomyose et le fibrome utérin. »

II. Pathologies gynécologiques aiguës

a. Grossesse extra utérine (GEU)

1) Généralités

Toute douleur pelvienne chez une femme en âge de procréer est une GEU jusqu'à preuve du contraire.

Les GEU représentent 1 à 3% des grossesses avec une mise en jeu du pronostic vital en cas d'hémopéritoine majeur entraînant un choc hémorragique, c'est donc une urgence thérapeutique.

2) Facteurs de risque

Ce sont des pathologies ou antécédents altérant la qualité des trompes ou la progression de l'œuf, c'est à dire que les cils présents dans les trompes sont paralysés et ne permettent pas le transport de l'ovocyte dans la cavité utérine pour la rencontre avec le spermatozoïde à cet endroit-là et ainsi la fécondation se fera dans les trompes. Donc, tout ce qui est à risque de paralyser ces cils est à risque de GEU.

Il y a les antécédents de salpingite (=infection de la trompe), de GEU, de chirurgie abdomino-pelvienne, la consommation de tabac, la présence d'un DIU (= Dispositif Intra Utérin = stérilet), une FIV (=Fécondation In Vitro) ou encore des microprogestatifs.

3) 2 types de traitements

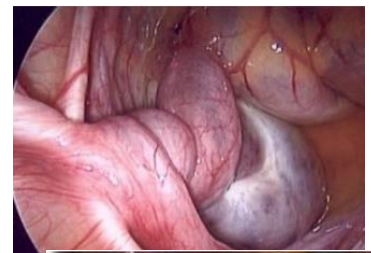
Le traitement médicamenteux par méthotrexate est proposé si la patiente est peu symptomatique, si les bHCG sont inférieurs à 10 000 UI, s'il n'y a pas d'activité cardiaque au niveau de l'embryon, s'il n'y a pas d'hémopéritoine (=saignement intra abdominal) et également pas de contre-indication au traitement.

En revanche, le traitement chirurgical repose sur une salpingectomie (=ablation de la trompe) par coelioscopie.

b. Torsion d'annexe

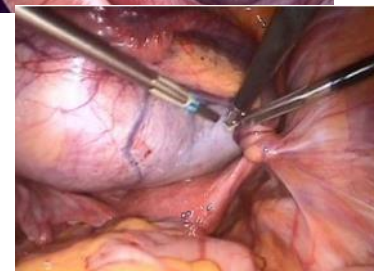
1) Symptômes cliniques

La torsion d'annexe se caractérise par des douleurs pelviennes brutales très intenses latéralisées avec irradiation lombaire homolatérale. Une syncope vagale est fréquemment associée avec des nausées et des vomissements. Ces douleurs sont résistantes aux antalgiques administrés. Cependant, la diminution est spontanée après plusieurs heures. A l'examen clinique, on retrouve une défense.



2) Echographie

A l'échographie, on visualise un kyste ovarien (en général au-dessus de 5cm). Parfois il n'y a pas de kyste mais un ovaire très volumineux car congestif, et la prise de Doppler n'est pas très contributive.



3) Traitement

Le traitement est chirurgical par détorsion et kystectomie (=ablation du kyste) dans les 6 heures suivant l'apparition des symptômes sinon au-delà il y aura la nécrose des ovaires qui entraîne la disparition des douleurs.

c. Rupture kyste ovarien

Cela concerne des femmes en âge de procréer, en milieu de cycle et très souvent après un rapport sexuel.

1) Symptômes cliniques

La rupture du kyste ovarien est une douleur d'apparition brutale plus ou moins syncopale avec accès aigu mais de résolution rapide (environ 30 minutes). Il existe tout de même un fond douloureux persistant mais soulagé par les antalgiques de palier II.

2) Bilan biologique

On réalise un dosage des bêta hCG qui doivent être négatifs, et une NFS (vérification d'une potentielle anémie secondaire à la rupture).

3) Examen

A l'échographie, on observe un kyste ovarien affaissé avec un épanchement liquidien intra-péritonéale d'abondance variable.

4) Traitements

En général, le traitement est symptomatique avec administration d'antalgiques et résorption naturelle par le corps du liquide. Cependant, si l'on observe un saignement sur l'ovaire au cours de la rupture, qui entraîne un épanchement et une anémie, dans ce cas-là c'est une indication de traitement chirurgical c'est à dire par coelioscopie exploratrice.

Toutefois, il peut y avoir également une prescription de contraception oestroprogestatif pour diminuer le risque de récurrence.

La conduite à tenir est donc la surveillance de la fonction NFS et de la tolérance.

5) 2 types

Le kyste fonctionnel est un kyste ovarien qui disparaît dans les 3 mois, c'est une atteinte à la fonction de l'ovaire.

Le kyste organique est un kyste ovarien qui persiste au-delà de 3 mois, c'est donc une indication chirurgicale mais pas en urgence hormis s'il a une allure cancéreuse.

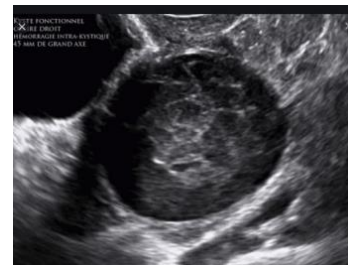
d. Hémorragie intra-kystique

1) Généralités

Cela concerne les femmes en âge de procréer avec manifestation d'une douleur latéro-pelvienne mais non syncopale.

2) Imagerie

A l'échographie, on retrouve un kyste ovarien bien limité et non rompu avec fin piqueté (représente le sang). Le rendu est échogène ou avec un sédiment hémattique. Il est parfois difficile de la distinguer d'un endométriose. Cependant c'est une douleur aiguë contrairement à l'endométriose qui est une douleur chronique.



3) Traitement

Le traitement est uniquement médicamenteux, c'est-à-dire symptomatique à base d'antalgiques.

Le saignement est contenu, il n'y a pas de risque de choc hémorragique.

Nous pouvons réaliser un suivi à distance avec un contrôle échographique.

« Les 2 pathologies à retenir principalement sont la GEU et la torsion d'annexe »

III. Pathologies gynécologiques infectieuses

a. Infections génitales basses

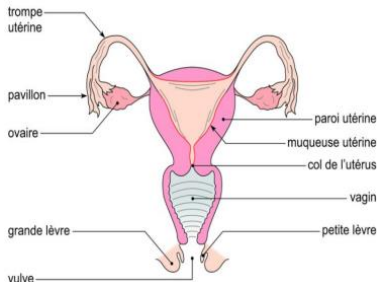
1) Vulvo-vaginites

Les infections génitales basses affectent la vulve et le vagin, on les appelle les vulvo-vaginites. Elles peuvent être liées à Candida (mycose = maladie des femmes trop propres) à Gardnerella, à Trichomonas...

2) Cervicites

Les infections génitales basses affectent également le col, on les appelle les cervicites. Elles sont notamment liées à Chlamydia ou Gonocoque.

b. Infections génitales hautes (IGH)



Les symptômes sont des douleurs pelviennes intenses et surtout à la mobilisation utérine (toucher vaginal douloureux), des leucorrhées (=pertes vaginales physiologiques) et de la fièvre (hyperthermie >38.5°). Mais souvent ces symptômes sont subaiguë, ou le tableau est incomplet ou encore la patiente est asymptomatique.

En effet, les douleurs peuvent être modérées, il peut y avoir des pertes minimales ou métrorragies mais pas de masse pelvienne palpable au TV (=toucher vaginal).

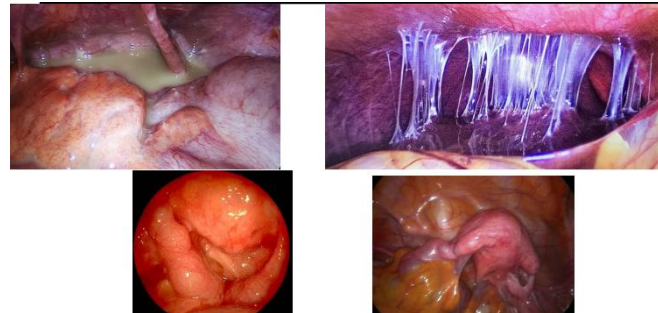
Sur le long terme, ces infections engendrent des douleurs pelviennes chroniques et un hydrosalpinx (=liquide dans la trompe) qui majore le risque de GEU et d'infertilité (stérile).

1) Les IGH non compliquées

Parmi les infections génitales hautes, il y a l'endométrite (au niveau de l'endomètre) et la salpingite (au niveau des trompes).

2) Les IGH compliquées

Parmi les infections génitales hautes compliquées, il y a le pyosalpinx (abcès au niveau des trompes) aussi appelé l'abcès tubo-ovarien, et la pelvi-péritonite (pus dans l'abdomen & pelvis).



3) Germes à l'origine

Ce sont majoritairement Gonocoque et Chlamydia (en lien avec des IST) qui causent ces IGH, mais celles-ci peuvent être causées par des germes non IST c'est-à-dire des germes digestifs (strepto, anaérobies...).

Gonocoque :

Le nom du germe est Neisseria Gonorrhoeae. Il est parfois associé avec une infection à VIH.

Il entraîne des cervicites et des IGH (salpingite et endométrite) très symptomatiques et aiguës.

Chlamydia :

Le nom du germe est Chlamydia Trachomatis. C'est un germe intracellulaire humain.

Il entraîne des IGH (salpingite et endométrite) beaucoup moins symptomatiques, à type de douleurs pelviennes chroniques.

Le Chlamydia peut donner le syndrome de Fitz Hugh Curtis.

4) Les examens complémentaires

L'objectif est de rechercher des signes d'IGH compliquées.

Pour cela on va réaliser une échographie pelvienne par voie abdominale et endovaginale afin de déterminer la taille de l'abcès (dans le cas d'un pyosalpinx) et également d'établir un diagnostic différentiel (GEU, kystes ovariens et complications). Dans le cas où l'on ne retrouve rien à l'échographie, nous pouvons aller plus loin dans les investigations avec un TDM abdomino-pelvien (scanner) avec injection de produit de contraste afin d'établir également un diagnostic différentiel dans le champ urologie/digestif.

Nous allons faire aussi un prélèvement vaginal et de l'endocol, à envoyer en bactériologie afin de confirmer l'infection.

5) Traitements

Les traitements sont médicamenteux à base d'antibiotiques telle une infection classique. Par contre s'il y a présence d'un abcès ou d'une défense, alors ce sera une intervention chirurgicale par coelioscopie pour lavage et drainage associée à une antibiothérapie (trithérapie : métronidazole, doxycycline, Rocéphine).

c. Algies pelviennes aiguës

1) Etiologies gynécologiques

Sachant que toute douleur pelvienne chez une femme en âge de procréer est une GEU alors il est nécessaire de faire le dosage des BhCG. Si les BhCG sont positifs, il faut rechercher une GEU ou une FCS. En revanche, si les BhCG sont négatifs, soit il y a un contexte infectieux avec CRP augmentée et hyperleucocytose, en faveur d'une infection génitale haute (pyosalpinx, abcès tuboovarien, pelvi-péritonite) ; soit le contexte n'est pas infectieux et c'est en faveur d'une potentielle torsion d'annexe, rupture de kyste, hémorragie intra kystique, nécrobiose aseptique de fibrome ou encore de torsion de fibrome pédiculé (très peu fréquent).

2) Etiologies urologiques

Dans un contexte infectieux, cela peut faire penser à une infection urinaire (IU), une pyélonéphrite aiguë (PNA) ou une colique néphrétique aiguë (CNA) compliquée.

Dans un contexte non infectieux, cela peut faire penser à une colique néphrétique aiguë ou une rétention aiguë d'urine (RAU).

3) Etiologies digestives

Une algie pelvienne aiguë peut être liée avec une appendicite aiguë, une diverticulite de Meckel (malformation rare) ou encore une gastro entérite aiguë (GEA) à l'origine d'épisodes alternants constipation et diarrhées.

« Les choses à savoir absolument : GEU, torsion, fibrome et les infections génitales »

IV. Cas cliniques

a. Cas numéro 1

Mme U, 25 ans, nulligeste, consulte pour la 1^{ère} fois un gynécologue pour douleurs pelviennes évoluant depuis plusieurs mois, adressée par son médecin traitant, qui lui a éliminé une cause abdominale ou urologique.

Nous allons donc demander à la patiente si elle présente des dysménorrhées, des antécédents ou facteurs de risque d'IST, des signes infectieux, des dyspareunies ou encore des antécédents personnels.

La patiente vous dit avoir eu plusieurs rapports sexuels non protégés avec des partenaires différents quand elle était plus jeune. Elle décrit des douleurs pendant les règles depuis l'arrêt de sa contraception avec des douleurs lors des rapports.

Afin d'orienter notre diagnostic, on demande les examens complémentaires suivants en première intention : échographie pelvienne, prélèvement de l'endocol.

Au spéculum, on visualise un nodule bleuté au niveau du cul de sac vaginal postérieur. Au TV, on retrouve un utérus peu mobile avec induration des ligaments utéro sacrés. L'échographie pelvienne rapporte un kyste ovarien gauche de 4cm orientant vers un endométriose.

Dans ce cas précis, en 2^{ème} intention on propose une IRM pelvienne.

b. Cas numéro 2

Vous recevez au cabinet une patiente qui consulte pour un contrôle 1 mois après la pose d'un stérilet au cuivre.

Elle décrit des douleurs pelviennes depuis 4 jours avec quelques traces de sang. Sa tension artérielle est à 12/7 mmHg, FC : 70 bpm, T° 37,1°C L'abdomen est souple, et sensible au niveau hypogastrique et en fosse iliaque gauche, sans défense (=zone dure à la palpation).

Remarque : une défense représente une indication de traitement chirurgical. Les pathologies qui donnent des défenses sont la GEU, la torsion d'annexe et l'abcès.

Les hypothèses diagnostiques probables sont une grossesse sur stérilet, une infection intra-utérine débutante, une mauvaise tolérance du DIU et une endométriose pelvienne.

On réalise une échographie pelvienne et un test urinaire de grossesse. Le test urinaire est positif. L'échographie met en évidence une vacuité utérine et cette image :



On diagnostique une GEU avec DIU en place ; la patiente ne nécessite pas d'antalgiques.

On oriente la patiente vers un service d'urgences gynécologiques et on lui explique qu'il existe un risque d'hémopéritoine.

En ce qui concerne le bilan biologique, le seuil de 1500 est généralement utilisé pour déterminer la « visibilité » d'une grossesse intra utérine en échographie pelvienne par voie vaginale. Si la grossesse est de localisation indéterminée et qu'il n'existe pas de signe de gravité, il est utile de répéter le dosage plasmatique des bêta-hCG 48 heures après. Remarque : en effet, au cours d'une grossesse normale intra utérine, le dosage est censé avoir doublé au bout de 48 heures. Au-delà de 10 000 UI de bHCG, il n'est pas raisonnable d'envisager un traitement médicamenteux.

La patiente a consulté aux urgences gynécologiques où la GEU a été confirmée à l'échographie et par dosage de bHCG plasmatiques. La patiente était éligible à un traitement médical par méthotrexate.

Cependant, elle présente maintenant un malaise à domicile et une très vive douleur. Son conjoint a appelé le 15 sur vos conseils.

A l'arrivée aux urgences on note : une TA à 8/6mmHg et une FC à 120bpm. Il existe une pâleur cutanée et la patiente refait un malaise avec hypotension.

Dans le contexte, notre hypothèse diagnostique sur l'évolution de la grossesse extra-utérine connue est une GEU rompue avec hémopéritoine.

c. Cas numéro 3

Mme V, 19 ans consulte en urgence pour douleur en FIG (fosse iliaque gauche) d'apparition brutale à 1h du matin après un rapport sexuel.

Les 3 diagnostics à évoquer en priorité sont une GEU, une torsion d'annexe ou encore une rupture du kyste ovarien.

A l'examen clinique, les constantes sont normales, la BU est négative, l'abdomen retrouve une défense en FIG, l'examen au spéculum est sans anomalie, le TV retrouve une douleur au niveau du cul de sac latéral gauche.

Les 2 examens complémentaires qui permettront de confirmer le diagnostic sont le dosage des bêta-hCG et une échographie abdominale & pelvienne.

Les BhCG sont négatifs, l'échographie retrouve un kyste ovarien gauche liquidien de 8cm, la patiente est non soulagée par une perfusion d'antalgiques palier 2 avec AINS.

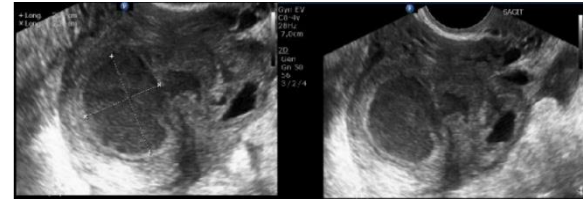
L'hypothèse diagnostique la plus probable est la torsion d'annexe, il faut donc réaliser une coelioscopie en urgence.

d. Cas numéro 4

Vous recevez une patiente de 25 ans qui consulte pour une douleur pelvienne évoluant depuis 48h, plutôt latéralisée à gauche. Les dernières règles datent d'il y a 3 semaines, elle a eu depuis un rapport non protégé avec un nouveau partenaire. Voici les résultats de l'examen clinique : TA : 12/6mmHg, FC : 100 bpm, T° : 38.7°C.

A l'examen clinique, on retrouve une douleur franche à la palpation de la fosse iliaque gauche avec une défense. En effet, l'EVA est à 8/10. Il y a des leucorrhées suspectes (purulentes et nauséabondes). La bandelette urinaire est positive aux leucocytes mais négatives aux nitrites & au sang.

L'examen clinique, l'échographie pelvienne (recherche abcès) et un bilan biologique (syndrome inflammatoire ?) avec prélèvements bactériologiques (infection ?) vont aider dans le diagnostic.



Concernant les examens complémentaires, l'échographie révèle une image kystique latéro-utérine, à contenu liquidien, hétérogène, du côté gauche mesuré à 6cm de grand axe. Le bilan biologique est le suivant : Hb à 11,3g/dL, CRP à 180, GB à 16/L, PNN à 10 G/L, les plaquettes à 180 G/L et les bêta hGC à 4UUI/L. L'ECBU et les prélèvements génitaux ont été faits sont en cours. Remarque : il y a un syndrome inflammatoire d'origine biologique en lien avec les résultats.

L'hypothèse diagnostique principale est l'abcès tubo-ovarien gauche ou infection génitale haute compliquée d'un abcès de 6cm. Attention, il existe des diagnostics différentiels d'une douleur en fosse iliaque gauche tels que la pyélonéphrite aigue gauche, une pathologie infectieuse ou encore inflammatoire digestive (diverticulite).