



FORMATION MÉDICALE CONTINUE : LE POINT SUR...

## Douleurs pelviennes aiguës en contexte septique et aseptique chez la femme<sup>☆</sup>



E. Pages-Bouic<sup>\*</sup>, I. Millet, F. Curros-Doyon, C. Faget, M. Fontaine, P. Taourel

Département d'imagerie médicale, CHU régional Lapeyronie, 191, avenue du Doyen-Gaston-Giraud, 34090 Montpellier, France

### MOTS CLÉS

Douleur pelvienne aiguë ;  
Échographie ;  
Urgence gynécologique

**Résumé** Les douleurs pelviennes aiguës féminines constituent un motif fréquent de consultation en urgence. Une large gamme de diagnostics étiologiques est impliquée. Les causes gynécologiques et digestives sont les plus fréquemment rencontrées. Les causes gynécologiques sont représentées par les infections génitales hautes, ainsi que par trois « urgences chirurgicales » que sont la grossesse extra-utérine, la torsion d'annexe et la rupture hémorragique de kyste ovarien. Les causes digestives sont essentiellement représentées par l'appendicite aiguë qui constitue le principal diagnostic différentiel des douleurs pelviennes aiguës de cause gynécologique. La démarche diagnostique sera guidée par les données clinicobiologiques, les données échographiques, l'échographie pelvienne (sus-pubienne et endovaginale) étant l'examen de première intention dans cette population jeune, éventuellement par les données de l'imagerie en coupes (scanner et IRM) en cas de doute diagnostique persistant.

© 2015 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

La douleur pelvienne aiguë, symptôme peu spécifique, ouvre chez la femme non enceinte, une large gamme de diagnostics essentiellement gynécologiques et digestifs.

Étant donné, le grand nombre d'étiologies envisageables devant une douleur pelvienne aiguë nous nous ciblerons essentiellement sur les causes gynécologiques.

DOI de l'article original : <http://dx.doi.org/10.1016/j.diii.2015.07.003>.

<sup>☆</sup> Ne pas utiliser, pour citation, la référence française de cet article, mais celle de l'article original paru dans *Diagnostic and Interventional Imaging*, en utilisant le DOI ci-dessus.

<sup>\*</sup> Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [emma.pages@yahoo.fr](mailto:emma.pages@yahoo.fr) (E. Pages-Bouic).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jradio.2015.08.002>

2211-5706/© 2015 Éditions françaises de radiologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

L'anamnèse, l'examen physique, et les données biologiques seront les premiers éléments permettant de soulever les hypothèses diagnostiques. Le contexte « septique » ou « non septique » de la patiente sera un élément important du raisonnement, conduisant à des gammes diagnostiques différentes, avec toutefois quelques subtilités.

De façon quasi systématique, l'imagerie participera à la démarche diagnostique. Elle aura pour but d'éliminer avant tout une urgence vitale (grossesse extra-utérine, rupture hémorragique de kyste ovarien...) ou chirurgicale (appendicite aiguë, torsion annexielle...); et devra également d'autant plus chez les patientes en âge de procréer, éliminer les urgences médicales de type « infections génitales hautes » dans lesquelles le pronostic de fertilité future est mis en jeu.

## Quelles modalités d'imagerie choisir en fonction du contexte clinique et biologique ?

En présence de douleurs pelviennes aiguës, la démarche diagnostique sera guidée dans un premier temps par le contexte clinique :

- âge de la patiente et statut hormonal (ménopause ? Stérilet ? Activité génitale et risque potentiel de grossesse) ;
- histoire de la maladie : début brutal des douleurs « en coup de poignard » ? Douleurs migratrices ? Signes d'accompagnement digestifs (nausées, vomissements...) ? Métrorragies ? Leucorrhées ?
- données de l'examen clinique : température > 38 °C ? Pouls-Tension ? Défense localisée ? Généralisée ? Pertes sales gynécologiques ? Douleurs à la mobilisation utérine ? Douleur latéro-utérine ? ...

Les données biologiques et la recherche d'un éventuel contexte septique permettront de préciser la gamme diagnostique de ces douleurs pelviennes aiguës.

### Définition clinique et biologique d'un sepsis

Le bilan biologique sanguin pourra inclure :

- numération formule sanguine (NFS) ;
- vitesse de sédimentation (VS) marqueur sensible mais totalement aspécifique augmentant dans les infections, mais aussi dans les tumeurs, les maladies auto-immunes... ;
- C réactive protéine (CRP) marqueur également peu spécifique, qui s'élève précocement dès la 6<sup>e</sup> heure, avec un seuil évocateur d'infection bactérienne si > 80 mg/L mais dont la valeur réside surtout dans l'analyse de sa cinétique ;
- procalcitonine, marqueur encore plus précoce que la CRP, s'élevant dès la 2<sup>e</sup> heure, élevée en cas d'infection, avec une orientation bactérienne si > 2 ng/mL.

Plus ou moins associé en fonction de la gravité clinique à des hémocultures, un dosage des lactates, de la glycémie... .

Un examen cyto bactériologique des urines (ECBU), des prélèvements vaginaux seront réalisés en fonction du contexte clinique.

**Tableau 1** Définition d'un sepsis (conférence de consensus SFAR 2003).

<p><i>Réponse inflammatoire systémique</i></p> <p>Température &gt; 38,3 °C ou &lt; 36 °C</p> <p>Fréquence cardiaque &gt; 90 b/min</p> <p>Fréquence respiratoire &gt; 20 c/min</p> <p>Glycémie &gt; 7,7 mmol/L</p> <p>Leucocytes &gt; 12 000/mm<sup>3</sup> ou &lt; 4000/mm<sup>3</sup></p> <p>Altération des fonctions supérieures</p> <p>Temps de recoloration capillaire &gt; 2 s</p> <p>Lactatémie &gt; 2 mmol/L</p> <p><i>Sepsis</i></p> <p>Réponse inflammatoire systémique + infection présumée ou identifiée</p>
---

SFAR : Société française d'anesthésie-réanimation.

Chez la femme en activité génitale, un dosage des bêta-HCG est également recommandé.

On parle de syndrome inflammatoire aigu ou de réponse inflammatoire systémique devant divers paramètres clinico-biologiques (Tableau 1).

L'inflammation est un mécanisme complexe de réponse visant à circonscrire et réparer une lésion tissulaire pouvant être d'origine exogène (agression microbienne, chimique...) ou endogène (infarctus, nécrose, tumeur...).

D'après la conférence de consensus de la Société française d'anesthésie-réanimation (SFAR) (octobre 2003), un état de SEPSIS se définit par l'association d'une réponse inflammatoire systémique à une infection présumée ou identifiée. Il s'agit donc d'une réaction inflammatoire systémique d'origine infectieuse, correspondant à la dissémination à l'ensemble de l'organisme d'une réaction inflammatoire initiée au niveau d'un site infecté.

Un point important à noter cependant, est qu'un syndrome inflammatoire de cause non infectieuse peut être observé lors d'une nécrose tissulaire. Ainsi la présence d'un syndrome inflammatoire biologique ne devra pas faire récuser certaines causes non infectieuses de type nécrose tissulaire (nécrose de myome utérin, nécrose annexielle sur torsion vieillie...).

### Quelle imagerie préférer pour éliminer les urgences vitales/chirurgicales/médicales ?

Chez les patientes « en âge de procréer », l'échographie sera à réaliser en première intention, par voie sus-pubienne ± complétée par une voie endovaginale si nécessaire.

En cas de d'échographie non contributive ou non formelle, un complément par imagerie en coupes (scanner abdominopelvien en pratique) sera indiqué.

En fonction des données hémodynamiques, celui-ci sera à réaliser sans attendre les résultats du dosage des bêta-HCG. Idéalement une exploration par imagerie par résonance magnétique (IRM) permettrait chez les patientes jeunes de limiter l'irradiation tout en explorant au mieux les organes pelviens. Cependant, l'accès à cette imagerie non irradiante

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5663262>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5663262>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)