

Docteur, j'ai mal à l'ovaire !

4

par Chantal Raymond

Madame T. Defaloppe, 28 ans, se présente à l'urgence se plaignant d'une douleur abdominale basse, apparue il y a quelques heures. La douleur est insupportable et se situe dans la fosse iliaque droite. Cette patiente a déjà fait une grossesse ectopique, il y a deux ans, et affirme qu'elle ne peut pas être enceinte...

La douleur pelvienne aiguë

La douleur pelvienne aiguë est un des problèmes les plus fréquents à la salle d'urgence. Elle constitue depuis toujours un défi diagnostique, car elle est souvent diffuse et peu spécifique. En effet, il peut être difficile de distinguer une appendicite d'une infection pelvienne ou d'un kyste ovarien hémorragique.

Nous souhaitons donner ici un aperçu des pathologies pelviennes aiguës les plus fréquentes afin d'en faciliter le diagnostic chez la patiente qui arrive à l'urgence.

Dans un autre article de cette série, on traite de la question des diagnostics différentiels en présence de douleurs abdominales. Il faut noter que d'un point de vue gynécologique, la grossesse demeurera toujours le premier diagnostic à éliminer.

Après les examens qu'elle a subis à son arrivée à l'urgence, Madame Defaloppe est très surprise d'apprendre que son test de grossesse est positif.

Pourquoi ai-je si mal au ventre si je suis enceinte ?

La grossesse ectopique est une urgence gynécologique qu'il faut écarter en premier lieu chez toutes les patientes éprouvant des douleurs pelviennes aiguës, en raison du risque de décès qu'elle entraîne. De nos jours, la grossesse ectopique demeure encore une cause importante de mor-

bidité et de décès chez la femme. Son incidence est d'environ 2 % (1 % en milieu rural et jusqu'à 13 % en milieu tertiaire), et elle compte pour 9 % des décès induits par une grossesse au premier trimestre^{4,5}. Grâce à des moyens diagnostiques de pointe, le taux de mortalité a diminué avec les années. La rapidité avec laquelle on peut diagnostiquer de nos jours une grossesse ectopique réduit grandement le risque des complications qui y sont associées, puisqu'un traitement rapide peut ainsi être amorcé.

Les principaux signes et symptômes sont :

- un test de grossesse positif ;
- des nausées, la mastalgie, l'aménorrhée, la fatigue ;
- des douleurs abdominales basses, des crampes marquées ou une douleur à l'épaule ;
- un saignement vaginal au premier trimestre, attribuable aux fluctuations des taux de gonadotrophines chorioniques humaines (HCG) et de progestérone ;
- une sensibilité annexielle ou utérine de légère à modérée ;
- une masse pelvienne.

Toutefois, ces signes et symptômes ne sont pas spécifiques. En effet, l'examen physique peut révéler des signes de choc en cas d'hémopéritoine, ou encore des douleurs abdominales basses, latéralisées ou non, avec ou sans resaut, une mobilisation du col douloureuse et parfois même une masse pelvienne.

Le volume de l'utérus peut augmenter légèrement.

Après avoir confirmé que la patiente est enceinte, il faut déterminer l'âge gestationnel. De plus, une mesure quantitative des β -HCG pourra nous aider à prédire l'évolution de la grossesse. Il est important de savoir que l'échographie pelvienne pourra mettre en évidence une grossesse

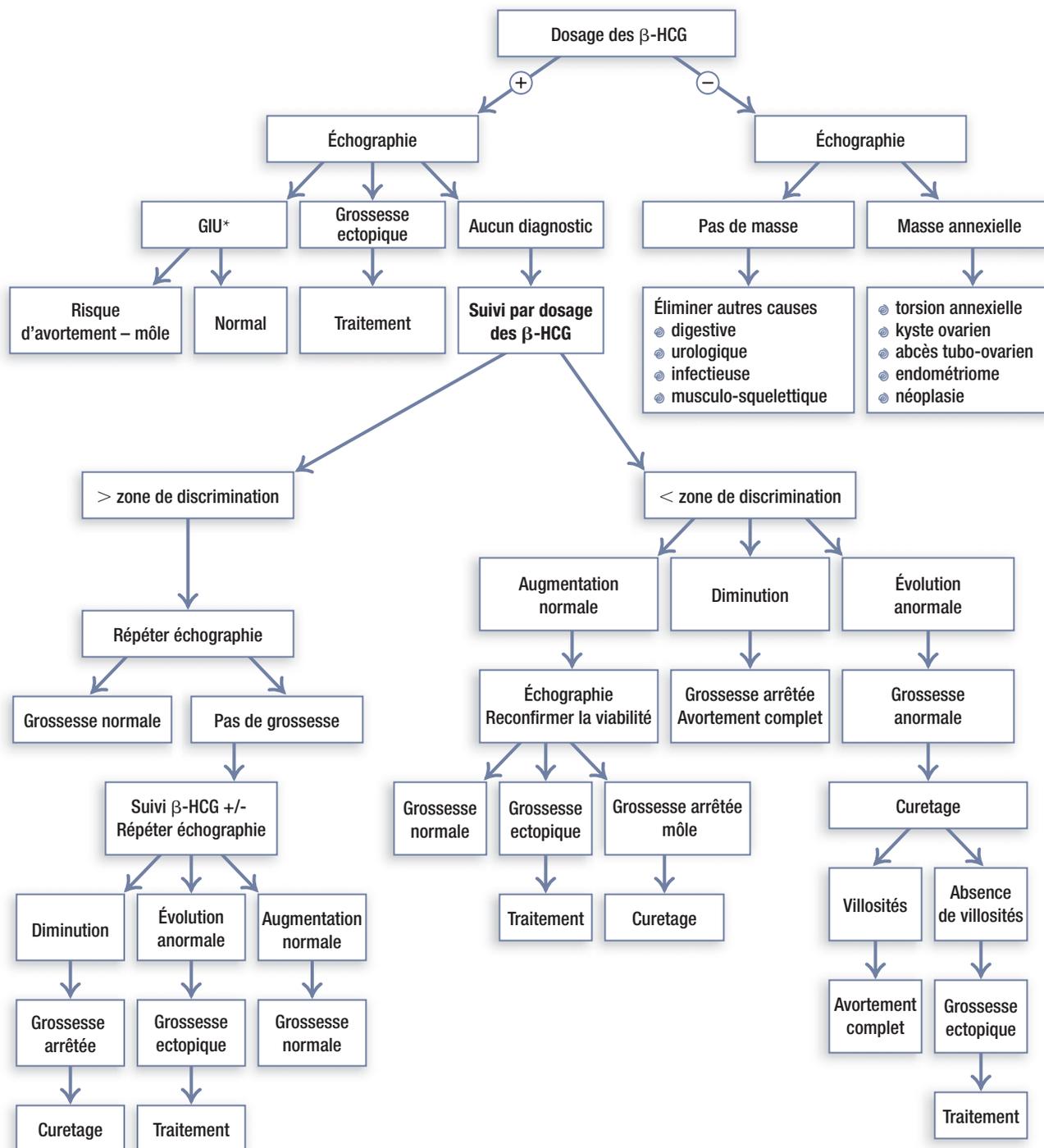
63

La D^e Chantal Raymond, gynécologue-obstétricienne, est chef du service d'obstétrique et de gynécologie de l'Hôpital Sainte-Croix de Drummonville.

La grossesse demeurera toujours le premier diagnostic à éliminer.

R E P È R E

Algorithme de la douleur pelvienne



Zone de discrimination : ≥ 1500 UI/l avec sonde endovaginale ; ≥ 6000 UI/l avec sonde transvésicale
 *GIU = grossesse intra-utérine ; β -HCG : gonadotropines chorioniques humaines.

intra-utérine à partir d'un certain taux de β -HCG. On appelle zone de discrimination échographique le taux qui permet de mettre en évidence une grossesse. Ce taux change selon l'approche échographique. Pour mettre en évidence une grossesse intra-utérine par échographie endovaginale, les taux de β -HCG doivent être ≥ 1500 UI/l, alors qu'ils doivent être ≥ 6000 UI/l si on utilise l'approche transvésicale.

Pour pouvoir écarter avec certitude une grossesse extra-utérine, il faut interpréter l'échographie en relation avec les valeurs de β -HCG.

Il est important de connaître l'évolution normale des valeurs des β -HCG. En effet, cette valeur tend à doubler toutes les 48 heures (1,98 jour)⁵.

Chez un tiers des patientes présentant une grossesse ectopique, les valeurs de β -HCG augmenteront normalement. Chez les autres tiers, les taux de β -HCG augmenteront moins, diminueront ou resteront inchangés. En cas d'augmentation anormale, il faut écarter la possibilité d'une grossesse ectopique et, si elle se présente, la traiter (voir figure). Malgré une augmentation normale des taux de β -HCG sériques, une grossesse ectopique est toujours possible.

On a aussi tenté de diagnostiquer la grossesse ectopique par dosage de la progestérone sérique. Un taux de progestérone sérique ≥ 25 ng/ml est fortement associé à une grossesse intra-utérine, alors qu'une valeur de ≤ 5 ng/ml est plus fréquente dans les cas de grossesse anormale, intra ou extra-utérine. Bien que prometteur, l'algorithme se basant sur le dosage de la progestérone ne permet pas de détecter la grossesse ectopique chez toutes les patientes⁴. De plus, ce type de dosage est peu ou pas pratiqué au Québec.

Il est primordial de poser un diagnostic le plus rapidement possible. L'association de l'échographie endovaginale avec le dosage des β -HCG s'avère la méthode diagnostique la plus efficace^{3,4}. L'utilisation d'un algorithme a non seulement permis de diagnostiquer un plus grand nombre de grossesses ectopiques, mais aussi de diminuer les taux de rupture chez les patientes^{3,4}.

Le traitement sera chirurgical ou médical, selon l'état de la patiente. Une consultation en gynécologie s'avère donc nécessaire (tableau I).

T A B L E A U I

Diagnostics différentiels de la grossesse ectopique

- Avortement spontané
- Rupture de kyste ovarien
- Corps jaune hémorragique
- Torsion annexielle
- Endométriose
- Colique néphrétique
- Cystite
- Appendicite
- Maladie intestinale

Adapté de Luciano A, Roy G, Solima E. Ectopic pregnancy. From surgical emergency to medical management. *Ann N Y Acad Scis* 2001 ; 943 : 235-54

Et si le test de grossesse de Madame Defaloppe était négatif, mais que l'échographie avait décelé une anomalie annexielle ?

Ai-je encore un kyste à l'ovaire ?

Rupture ou saignement d'un kyste ovarien

Le kyste ovarien fonctionnel (follicule, corps jaune) est le kyste ovarien le plus fréquent et celui qui se rompt le plus facilement, par comparaison à d'autres kystes organiques bénins ou malins.

La douleur abdominale s'explique par l'irritation péritonéale entraînée par le sang qui s'écoule dans le bassin au moment de la rupture. La quantité de sang libérée peut varier largement selon la gravité de l'atteinte. Il est important de se souvenir que la rupture d'un kyste hémorragique du corps jaune survient durant la phase lutéale du cycle (soit après l'ovulation).

Il est plus rare d'observer des ruptures dans le cas d'endométrioses ou de kystes dermoïdes pouvant provoquer une « péritonite chimique » douloureuse.

Le kyste hémorragique se traduit le plus souvent par une douleur soudaine et unilatérale, survenant après un

Malgré une augmentation normale des taux de β -HCG sériques, une grossesse ectopique est toujours possible.

R E P È R E

T A B L E A U II

Critères diagnostiques de l'infection pelvienne (PID)

Symptômes

- Douleur, gêne pelvienne
- Leucorrhée
- Métrorragie
- Ménorragie
- Fièvre
- Symptômes urinaires
- Aucun

Signes

- Sensibilité annexielle à la palpation
- Leucorrhée, cervicite purulente
- Température > 38 °C

Examens diagnostiques

- Culture positive gonocoque/chlamydia
- Leucocytose
- Protéine C ou sédimentation élevée
- Endométrite à la biopsie de l'endomètre
- Abcès tubo-ovarien à l'échographie
- Laparoscopie diagnostique positive

66

effort physique. L'intensité et la durée des symptômes dépendent de l'abondance des saignements. En général, il y a résolution spontanée en un ou deux jours. La présence d'un hémopéritoine ou d'une péritonite chimique entraînera des symptômes plus importants et bilatéraux (hypovolémie, ressaut, signes d'iléus réflexe). Le diagnostic en est un d'exclusion, après avoir éliminé celui de la grossesse ectopique, de l'abcès tubo-ovarien ou de tout autre trouble digestif. L'échographie peut s'avérer utile pour mettre en évidence une masse ou la présence de liquide dans l'abdomen ou le bassin.

Le traitement dépend de la présentation clinique. La présence d'un hémopéritoine dicte souvent une intervention chirurgicale. L'analgésie adéquate, s'accompagnant d'une observation pendant 24 heures et du dosage sérié de l'hémoglobine, demeure la façon de procéder la plus appropriée chez les patientes moins symptomatiques.

La torsion annexielle

La torsion annexielle, bien que peu fréquente, fait partie des diagnostics différentiels de la douleur pelvienne. Elle est

la cinquième urgence gynécologique en fréquence et correspond à 3 % des problèmes gynécologiques. Elle se présente à tout âge et peut toucher la trompe ou l'ovaire. Elle peut survenir au niveau d'un kyste ou d'une masse, formés au niveau d'une annexe. Le kyste dermoïde est celui qui est le plus souvent susceptible de se tordre.

Cliniquement, la torsion se traduit par l'apparition d'une douleur aiguë, soudaine et unilatérale, mais qui peut aussi être intermittente (torsion intermittente). En se tordant, l'annexe finit par se nécroser à la suite de l'atteinte vasculaire. Cette douleur s'accompagne souvent de nausées ou de vomissements et elle se manifeste du côté droit dans 60 % des cas¹⁰. Les symptômes ressemblent à ceux de la colique néphrétique. Les symptômes péritonéaux dépendent du degré de l'atteinte. Il faut soupçonner une torsion chez les patientes dont le volume de l'un des ovaires a augmenté, tout comme chez celles ayant des antécédents de chirurgie pelvienne et, plus spécifiquement, de ligature tubaire. Une étude rétrospective sur quinze ans, traitant des cas de torsion, a révélé que plus de 50 % des patientes avaient des antécédents de ligature tubaire et 25 % des antécédents de kyste ovarien⁷.

Le signe le plus important est la présence d'une masse pelvienne d'au moins 5 cm (de 1 à 30 cm) à l'examen ou à l'échographie chez plus de 89 % des patientes⁷. On notera aussi, parfois, un état subfébrile de même qu'une légère leucocytose.

Le diagnostic est surtout posé par une échographie qui met en évidence une masse pelvienne chez une patiente qui ressent une douleur soudaine. Cependant, là encore, la grossesse ectopique peut avoir une présentation semblable. La laparoscopie aidera à poser ce diagnostic si la présomption clinique est élevée. Le traitement est toujours chirurgical et peut comporter une salpingo-ovariectomie ou une kystectomie, selon le cas. On parvient à préserver l'annexe dans moins de 10 % des cas⁷.

Après quelques heures à l'urgence, on note maintenant que Madame Defaloppe fait 38 °C de fièvre.

Est-ce que mon nouvel ami m'aurait transmis une maladie ?

L'infection pelvienne est une infection polymicrobienne due à des bactéries qui remontent le long de l'utérus et des trompes. Dans la plupart des cas, cette infection est transmise sexuellement (*C. trachomatis*, *N. gonorrhœæ*), mais, plus rarement, d'autres agents pathogènes peuvent également être en cause (*H. influenzae*, les streptocoques du

groupe A, *Gardnerella vaginalis*, etc.).

Le plus souvent, les symptômes d'une infection pelvienne sont des douleurs pelviennes, une leucorrhée plus abondante, de la fièvre ou d'autres symptômes diffus qui peuvent rendre le diagnostic difficile (*tableau II*).

On devrait envisager la possibilité d'une infection pelvienne chez toutes les femmes qui manifestent des symptômes génito-urinaires. À l'examen, on observera une leucorrhée abondante, s'accompagnant de douleurs à la mobilisation du col et à la palpation des annexes. L'appendicite aiguë pouvant mimer ces symptômes, il faudrait l'écarter.

Le plus souvent, les examens de laboratoire révéleront une leucocytose. La vitesse de sédimentation s'accélère en raison du processus inflammatoire, mais il s'agit d'une donnée peu spécifique.

Il faut faire des cultures vaginales et endocervicales pour déterminer la présence d'une maladie transmise sexuellement.

Si l'infection pelvienne persiste ou s'aggrave, un abcès tubo-ovarien peut se former. Dans ce cas, l'examen révélera une masse palpable, et les symptômes seront les mêmes que ceux de l'infection pelvienne.

Le diagnostic sera posé à l'aide de l'échographie, mais on doit éliminer les autres causes de masse pelvienne, tels la torsion annexielle, l'abcès appendiculaire ou l'endométriome, qui peuvent présenter un tableau clinique semblable.

Le traitement dépend de l'état général de la patiente et pourra être mené en clinique externe ou au centre hospitalier (*tableau III*).

Il est toujours conseillé de poursuivre le traitement intraveineux durant 48 heures ou jusqu'à l'amélioration clinique de l'état de la patiente, traitement qu'on fera suivre par

une antibiothérapie par voie orale pendant 14 jours au total. Il est important de ne pas oublier de traiter le partenaire.

NOUS N'AVONS PAS ABORDÉ, dans cet article, toutes les causes gynécologiques des douleurs pelviennes, comme les complications d'un fibrome (dégénérescence, torsion) ni discuté de l'endométriose. Il faut surtout retenir que notre recherche doit toujours être systématique, et que nous devons éliminer, tour à tour, les diagnostics possibles de douleur, leur présentation clinique étant souvent semblable.

L'algorithme permet de confirmer nos hypothèses diagnostiques et d'orienter notre recherche, mais la manifes-

T A B L E A U III

Traitement de l'infection pelvienne

Traitement ambulatoire

- ofloxacine, 400 mg, voie orale, 2 fois par jour pendant 14 jours ou lévofloxacine, 500 mg, par voie orale pendant 14 jours et métronidazole, 500 mg, par voie orale, 2 fois par jour pendant 14 jours

ou

- | | | |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ● ceftriaxone, 250 mg IM, dose unique ● céfoxitine, 2 g IM, dose unique et probénécide, 1 g, voie orale ● céphalosporine 3^e génération (ceftizoxime ou céfotaxime) | } | <p>doxycycline à 100 mg, 2 f.p.j./14 j
et avec ou sans métronidazole
à 500 mg 2 f.p.j./14 j</p> |
|---|---|--|

Hospitalisation : (patiente enceinte, échec du traitement ambulatoire, non fiable pour suivi, atteinte généralisée importante ou abcès tubo-ovarien)

- céfotétane, 2 g IV, toutes les 12 h ou céfoxitine, 2 g IV, toutes les 6 h et doxycycline, 100 mg, voie orale ou IV, 2 fois par jour
- clindamycine, 900 mg IV, toutes les 8 h et gentamicine, dose d'attaque de 2 mg/kg, puis 1,5 mg/kg, toutes les 8 h
- ofloxacine, 400 mg IV toutes les 12 h ou lévofloxacine, 500 mg IV, 1 fois par jour avec ou sans métronidazole à 500 mg IV, toutes les 8 h ou ampicilline/sulbactam à 3 g IV, toutes les 6 h et doxycycline à 100 mg, par voie orale ou IV, 2 fois par jour

D'après : Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *Recommendations and Reports* 2002 ; (51) : RR6. Site Internet : www.cdc.gov/std/treatment

On devrait envisager une infection pelvienne chez toutes les femmes qui manifestent des symptômes génito-urinaires.

R E P È R E

tation clinique est parfois sournoise et la présentation atypique. En éliminant les causes potentiellement mortelles, on peut ensuite se concentrer sur les autres problèmes et traiter ainsi la patiente adéquatement.

L'observation de la patiente, une fois stabilisée, demeure une possibilité qui nous permet habituellement de mieux orienter notre diagnostic. ☘

Date de réception : 13 mars 2003.

Date d'acceptation : 5 mai 2003.

Mots clés : douleur pelvienne, grossesse ectopique, torsion annexielle, kyste ovarien, abcès tubo-ovarien, infection pelvienne.

Bibliographie

1. Abrahamson L, Newton W. What is the optimal protocol for diagnosis of ectopic pregnancy? *J Fam Pract* 2001 ; 50 (7) : 570.
2. Abott J. Pelvic pain: Lessons from Anatomy and Physiology. *J Emerg Med* 1990 ; 8 : 441-7.
3. Mertz H, Yalcinkaya T. Early diagnosis of ectopic pregnancy. Does use of a strict algorithm decrease the incidence of tubal rupture? *J Reprod Med* 2001 ; 46 : 29-33.
4. Gracia C, Barnhart K. Diagnosing ectopic pregnancy: decision analysis comparing six strategies. *Obstet Gynecol* 2001 ; 97 (3) : 464-70.
5. Luciano A, Roy G, Solima E. Ectopic pregnancy. From surgical emergency to medical management. *Ann NY Acad Sci* 2001 ; 943 : 235-54.
6. Shalev E, Peleg D. Laparoscopic treatment of adnexal torsion. *Surg Gynecol Obstet* 1993 ; 176 : 448-50.
7. Houry D, Abbott J. Ovarian torsion: A fifteen year review. *Ann Emerg Med* 2001 ; 38 (2) : 156-9.
8. Jain K. Sonographic spectrum of hemorrhagic ovarian cysts. *J Ultrasound Med* 2002 ; 21 : 879-86.
9. Archibong E, Eskandar M, Sobunde A, Ajao O. Right lower quadrant pain in females. Is it appendicitis or gynecological? *Saudi Med J* 2002 ; 23 (1) : 30-3.
10. Descargues G, Tinlot-Mauger F, Gravier A, Lemoine JP, Marpeau L. Adnexial torsion: a report on forty-five cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001 ; 98 : 91-6.
11. Sexually transmitted diseases treatment guidelines 2002. *Recommendations and Reports* 2002 ; (51) : RR6. Disponible : URL : www.cdc.gov/std/treatment.
12. Berek, et al. *Novak's Gynecology* 12^e éd. Williams & Wilkins, 1996 : 499-500.

S U M M A R Y

Doctor, my ovary gives me pain! Pelvic pain is a frequent complaint in the emergency department. Complication of pregnancy is the first thing to rule out when a woman consults for a pelvic or abdominal pain.

A decisional algorithm can be helpful whether you are facing a pregnant patient or one with a pelvic mass. A rapid diagnosis can prevent most of the complications of ectopic pregnancy and pelvic inflammatory disease. Observation of a stable patient often eliminates other origins of pelvic pain or clarifies the etiology of the symptoms. Surgery is often necessary when a pelvic mass is present.

Key words: pelvic pain, ectopic pregnancy, adnexial torsion, ovarian cyst, tubo-ovarian abscess, pelvic inflammatory disease.

Les données dont vous avez besoin, quand vous en avez besoin



InfoPOEMs

The Clinical Awareness System™

DailyPOEMs^{MC} : Patient-Oriented Evidence that Matters
(preuves pertinentes axées sur le patient)

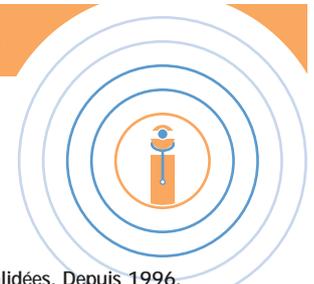
Courriels quotidiens contenant de nouvelles données pertinentes et validées. Depuis 1996.

Nos éditeurs scientifiques revoient plus de 1200 études, publiées mensuellement dans plus de 100 revues, qui présentent uniquement les meilleures preuves pertinentes axées sur le patient. Seulement une étude sur 40 répond à ce critère. Le processus POEMs, que tout le monde vante, se sert de critères spécifiques de validité et diffuse des données pertinentes pour la pratique.

InfoRetriever^{MC}

Le système de base de données qui donne des renseignements filtrés et concis, fondés sur des résultats InfoRetriever tire les données d'une gamme complète de documents et d'outils fondés sur l'expérience clinique : tous les résumés des POEMs et des études méthodiques Cochrane, auxquels s'ajoutent 120 règles de décision, 1600 calculs prédictifs et 300 sommaires de directives cliniques. Sans oublier une consultation clinique complète de 5 minutes, et plus encore.

Avec l'aval du *British Medical Journal* et de l'*American Family Physician*, entre autres, s'adressant exclusivement aux médecins par voie électronique, par l'entremise de divers sites, services, groupements caritatifs, organismes sans but lucratif et associations.



Distributeur : Hospital Reps
Pour tout renseignement : HospitalReps.com
561-775-3915

www.InfoPOEMs.com

Formats disponibles : assistant personnel (ordinateur de poche, Palm), Internet, Intranet et ordinateur de bureau
Prix spéciaux pour des personnes, des groupes et des établissements