

## DOULEURS GYNÉCOLOGIQUES \*

### RÉDACTEURS :

Axel Ellrodt - Bruno Garrigue - Pierre-Yves Gueugniaud - Frédéric Lapostolle - Agnès Ricard-Hibon

\* Sous la responsabilité des rédacteurs

## GÉNÉRALITÉS

### DOULEUR

- La douleur se caractérise par sa localisation et ses éventuelles irradiations, son type (crampes, strictions, contractations, coliques, spasmes), son intensité, ses circonstances de survenue, sa durée, son évolution, les facteurs qui l'aggravent ou la calment, qui l'exacerbent ou la soulagent.
- On distingue les douleurs rythmées par le cycle, soit prémenstruelles, soit menstruelles, les douleurs aiguës et les douleurs chroniques non rythmées par le cycle.
- Les syndromes douloureux aigus pelviens sont un motif de consultation fréquent aux services d'urgence avec une douleur de localisation initiale pelvienne, d'apparition récente et nécessitant une prise en charge en urgence. Cela exclut l'ensemble des douleurs pelviennes chroniques même si celles-ci peuvent évoluer par poussées aiguës.

#### Douleur liée à la grossesse

- Grossesse extra utérine (GEU): en dehors de la GEU rompue avec hémopéritoine et pronostic vital en jeu, les tableaux cliniques peuvent être très variés.
- Fausse couche spontanée
- Hémorragie du corps jaune: tableau clinique d'hémopéritoine prédominant sur la douleur.

#### Douleur annexielle

- Torsion d'annexes ou kyste de l'ovaire, ou ruptures ou hémorragies kystiques: douleur syncopale brutale aiguë, unilatérale au début puis abdomino-pelvienne, accompagnée alors de nausées et de vomissements. Les signes associés sont un météorisme, une défense abdominale, des signes de choc.
- Infection génitale haute (salpingite).
- Rupture folliculaire de milieu de cycle

#### Douleur de cause utérine

- Nécrobiose d'un fibrome utérin: douleur utérine localisée et paroxystique avec ou sans fièvre; les contractions sont fréquentes.

#### Syndrome douloureux cyclique

- Le syndrome intermenstruel associe une douleur pelvienne de survenue rapide, médiane plutôt que latéralisée, d'une durée de quelques heures et d'intensité variable et une hémorragie génitale en général peu abondante ou inaperçue.
- La dysménorrhée ou règles douloureuses: douleur spasmodique à type de coliques utérines, très intense, invalidante, cédant après quelques heures.
- L'endométriose profonde: douleurs chroniques cycliques à recrudescence menstruelle, telles que les dyspareunies profondes et des douleurs pelviennes. Le traitement de première intention reste chirurgical.

#### Syndrome d'hyperstimulation ovarienne avec kystes multiples

- Épanchement péritonéal plus ou moins pleural et risque augmenté de GEU après le transfert d'embryon.
- Déshydratation fréquente

### PATIENT

- Chez la femme en âge de procréer, le diagnostic à éliminer en priorité est la rupture de GEU, puis la fausse couche spontanée quelque soit la date des dernières règles.

## SPÉCIFICITÉS DE LA PRISE EN CHARGE

### DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

#### ORIGINE DIGESTIVE

- Occlusion
- Péritonite
- Appendicite aiguë
- Hernie inguinale étranglée
- Diverticulite

#### ORIGINE URINAIRE

- Colique néphrétique
- Infection urinaire
- Pyélonéphrite

#### ORIGINE OSTÉO-ARTICULAIRE

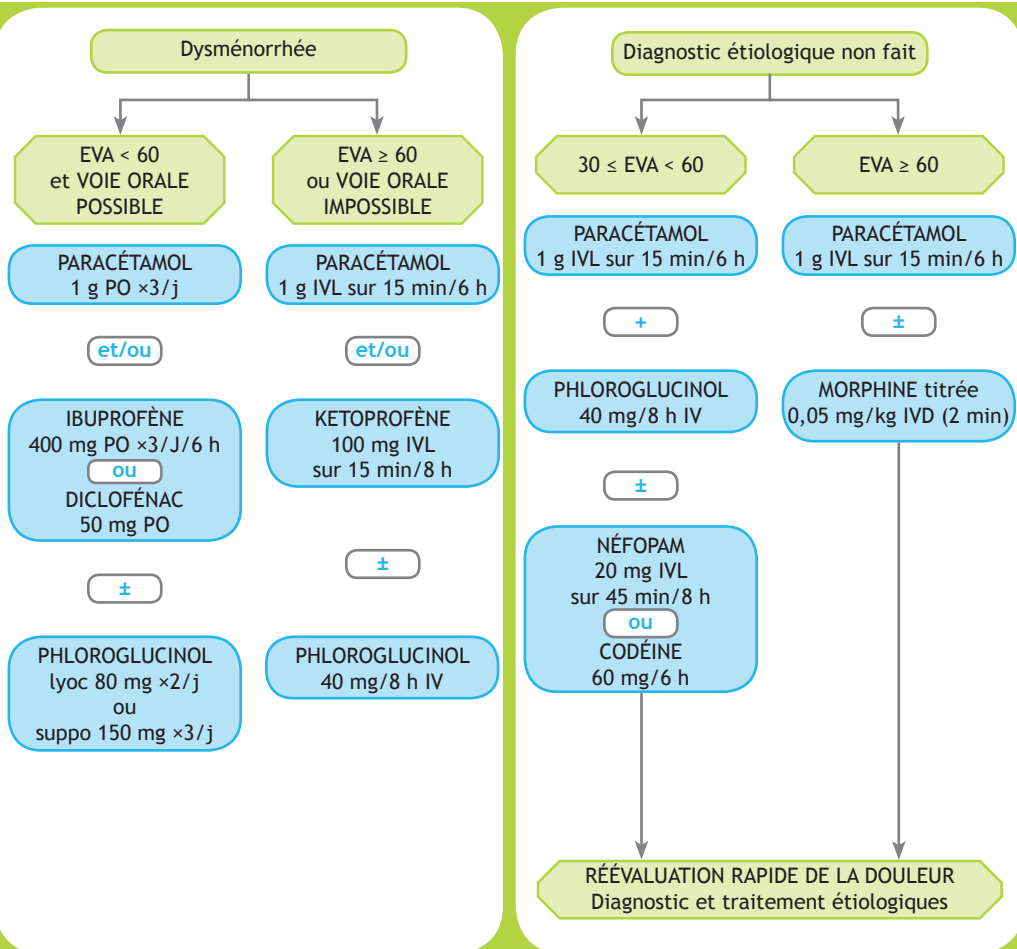
- Douleur ostéo-articulaire

## DEVENIR DU PATIENT

Selon l'étiologique, la patiente est orientée vers :

- le bloc opératoire (GEU, torsion tubaire...),
- un service de gynécologie, de médecine ou en Zone d'Hospitalisation de Très Courte Durée (ZHTCD) pour des examens complémentaires (échographie, cœlioscopie), et/ou surveillance,
- le retour à domicile en attendant une consultation de gynécologie en soins externes pour bilan étiologique. La patiente reçoit alors une ordonnance d'antalgiques type paracétamol (1 g x 4/j) et/ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens type ibuprofène (400 mg x 3/j).

## STRATÉGIE D'ANALGÉSIE



### COMPLÉMENT D'ANALGÉSIE

- Traitement antiémétique et antispasmodique.

## DOULEUR ET GROSSESSE

- Chez la femme enceinte, il faut choisir des molécules anciennes, très largement utilisées et dont il n'a pas été mis en évidence d'effet tératogène ni chez l'animal ni en pratique clinique<sup>8</sup>.
- Le MEOPA a prouvé son efficacité à tous les stades du travail obstétrical, et ne semble pas exposer à des complications ni pour la mère, ni pour le nouveau-né. Le MEOPA est recommandé en première intention et de manière large pour l'analgsie lors du travail obstétrical.
- La titration intraveineuse de morphine est recommandée pour l'analgsie de la douleur aiguë sévère à tous les stades de la grossesse, hors accouchement imminent.
- En cas d'accouchement imminent, l'administration de morphine titrée est possible, mais les effets secondaires notamment respiratoires chez le nouveau-né doivent être anticipés
- Pour les douleurs autres, traumatiques ou médicales, le paracétamol est utilisable par voie per os ou intraveineuse car c'est la molécule qui présente l'un des meilleurs profils de tolérance connus. Il ne faut pas administrer d'AINS lors du premier et du troisième trimestre de la grossesse<sup>8</sup>.
- Les techniques d'ALR périphériques sont privilégiées pour la traumatologie de la femme enceinte.
- En cas de nécessité d'intubation en urgence, et, a fortiori, en présence d'une détresse vitale immédiate, le pronostic maternel prime sur tout autre considération, et aucune contre-indication formelle n'est opposable si le bénéfice escompté est évident.
- Les techniques d'analgsie locorégionales type rachianesthésies ou péridurales ne sont pas recommandées en dehors d'un environnement adapté type maternité ou bloc opératoire.

## SOINS INFIRMIERS

### L'INFIRMIER(E) D'ORGANISATION DE L'ACCUEIL (IOA)

1. Installe la patiente en décubitus dorsal avec un oreiller sous les genoux.
2. Caractérise la douleur.
3. Recueille les paramètres cliniques et paracliniques : pression artérielle, conscience, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, SpO<sub>2</sub>, température. Note ces éléments sur le dossier patient.
4. Détecte une détresse vitale en recherchant les signes de choc : chute de la pression artérielle, tachycardie, pâleur, sueurs froides, agitation et réalise une mesure de l'hémoglobine avec un hémocue s'il en dispose.
5. Choisit et applique une méthode d'évaluation de la douleur compatible avec la patiente (EVA-EN). Note ces éléments sur le dossier patient.
6. Appelle le médecin et oriente la patiente vers le secteur approprié.
7. Recueille le maximum d'informations auprès de la patiente et/ou la famille si présente (circonstances, allergies, date des dernières règles, ATCD ou dossiers éventuels, dates d'hospitalisations antérieures, anciens ECG,).

### L'INFIRMIER(E) DES URGENCES

- Si **urgence vitale**, pouvant évoquer une grossesse extra utérine rompue ou une rupture d'un kyste de l'ovaire :
  1. Appelle immédiatement le médecin et transfère la patiente en Salle d'Accueil des Urgences Vitales (SAUV).
  2. Sur prescription médicale ou protocole préétabli :
    - pose une voie veineuse de calibre 18 g minimum,
    - réalise un bilan sanguin préopératoire (groupe sanguin, RAI, NFS, hémostase), dosage bêta-HCG, une recherche d'agglutinines irrégulières, une numération de formule sanguine et un bilan de coagulation.
- Dans tous les cas
  1. Choisit et applique une méthode d'évaluation de la douleur compatible avec le patient (EVA-EN). Note ces éléments sur le dossier patient.
  2. Surveille les paramètres cliniques et paracliniques : pression artérielle, conscience, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, SpO<sub>2</sub>, température. Note ces éléments sur le dossier patient.
  3. Recueille le maximum d'informations auprès de la patiente et/ou la famille si présente, sur le type de douleur, cyclique ou non, chronique ou aiguë, et s'informe sur la date des dernières règles.
  4. Met en route une analgésie en l'absence de contre-indication et selon l'intensité de la douleur.
  5. Appelle le médecin qui examine la patiente et prescrit des examens complémentaires si nécessaire.
  6. Rassure la patiente et explique les gestes entrepris.
  7. Surveille spécifiquement la titration morphinique.
  8. Explique à la patiente et à la famille, les consignes d'orientation et/ou de sortie et de suivi, s'assure de la compréhension de la feuille de recommandations remise à la patiente à sa sortie du SAU.

### Références bibliographiques :

1. Sfm et sfar. Conférence d'experts : « Sédation et analgésie en structure d'urgence » [http://www.sfm.org/documents/consensus/rfe\\_sedation\\_analgésie\\_2010.pdf](http://www.sfm.org/documents/consensus/rfe_sedation_analgésie_2010.pdf)
2. Langer B. Conduite à tenir devant des douleurs pelviennes (en dehors de la grossesse). In : Urgences en gynécologie obstétrique. Masson 2004 : 203-20.
3. Beucher G, Beillat T, Dreyfus M. Prise en charge des fausses couches spontanées du 1er trimestre. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2003 ; 32 (1) : 5-21.
4. Chapron C. Douleur et endométriose profonde. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2003 ; 32 : 4532-4536.
5. Fauconnier A, Mabrouk A, Heitz D, Ville Y. Grossesse extra utérine : intérêt et valeur de l'examen clinique dans la stratégie de prise en charge. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2003 ; 32 (suppl au n° 7) : 3S18-3S27.
6. Dan Benamou. Morphine et douleur en cours de grossesse ; [www.institut-upsa-douleur.org](http://www.institut-upsa-douleur.org)
7. Sfm et Sfar. Pratiques des anesthésies locales et loco-régionales par des médecins non spécialisés en anesthésie-réanimation <http://www.sfar.org/article/291/pratique-des-anesthesies-locales-et-locoregionales-par-des-medecins-non-specialises-en-anesthesie-reanimation-dans-le-cadre-des-urgences-ce-2002>.
8. <http://www.lecrat.org>