

## DOULEURS CHEZ LA FEMME ENCEINTE \*

### RÉDACTEURS :

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

\* Sous la responsabilité des rédacteurs

### GÉNÉRALITÉS

- Chez la femme en âge de procréer, en cas de douleur abdominale, le diagnostic à éliminer en priorité est la rupture de grossesse extra utérine (GEU), puis la fausse couche spontanée quelle que soit la date des dernières règles.

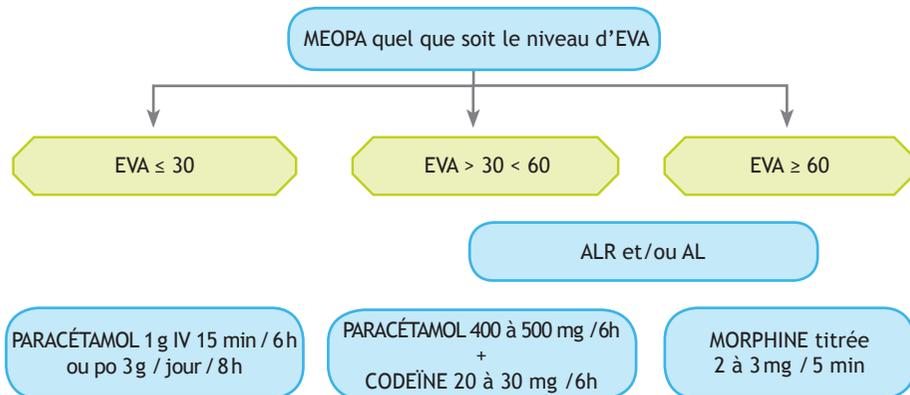
### ETIOLOGIES DES DOULEURS CHEZ LA FEMME ENCEINTE

- 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.
- Hématome rétroplacentaire (HRP) : douleurs abdominales intenses et brutales avec contracture utérine (ventre de bois), saignement de sang noir vaginal peu abondant (ou plus rarement de sang rouge), contexte d'HTA gravidique. Urgence obstétricale absolue, risque imminent de morts fœtale et maternelle.
- Rupture utérine : douleur intense brutale avec état de choc au 3<sup>e</sup> trimestre de la grossesse, contexte d'utérus cicatriciel.
- Torsion d'annexes ou kyste de l'ovaire : 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.
- Douleurs dans un contexte de stimulation hormonale : syndrome d'hyperstimulation à rechercher. Douleurs liées à l'épanchement péritonéal ou à la torsion de kyste ou d'annexe.
- Nécrobiose d'un fibrome utérin : douleur utérine localisée et paroxystique avec une fièvre à 38°C-38,5°C ; les contractions utérines sont fréquentes.
- Douleurs liées à l'étirement des ligaments utérins.

### REMARQUES GÉNÉRALES

- Chez la femme enceinte, il est préférable de 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.
- Le MEOPA peut être utilisé à tous les stades de la grossesse.
- 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'analgésie lors du travail obstétrical.
- La titration intraveineuse de morphine est recommandée pour l'analgésie 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 os ou intraveineuse car c'est la molécule qui présente l'un des meilleurs profils de tolérance connus.
- Les AINS sont contre-indiqués aux 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> trimestres de la grossesse et pendant l'allaitement. Au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse (avant 12 semaines d'aménorrhée), l'ibuprofène peut être envisagé en seconde intention.
- Les techniques d'ALR périphériques sont privilégiées pour la traumatologie de la femme enceinte.
- Les techniques d'analgésie locorégionales type rachianesthésies ou péridurales ne sont pas recommandées en médecine d'urgence en dehors d'un environnement adapté type maternité ou bloc opératoire.
- En cas de détresse vitale immédiate : anesthésie générale par induction en séquence rapide suivie d'une sédation par midazolam-sufentanil après intubation-ventilation.

## ALGORITHME DE PRISE EN CHARGE



Accouchement imminent

MEOPA + PARACÉTAMOL IV  
Titration morphinique en dernier recours

### COMPLÉMENT D'ANALGÉSIE

- Traitement antiémétique et antispasmodique.

## 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 (HRP, GEU, torsion tubaire...),
- un service de gynécologie, de médecine ou en Zone d'Hospitalisation de Très Courte Durée (ZHTCD) pour des examens complémentaires (échographie, coelioscopie), 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'analgiques adaptée à l'intensité prévisible de la douleur.

## SOINS INFIRMIERS

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

1. Installe la patiente en décubitus dorsal avec un oreiller sous les genoux.
2. Recueille les paramètres cliniques et paracliniques : pression artérielle, conscience, fréquence cardiaque, fréquence respiratoire, SpO<sub>2</sub>, température, recherche de saignement vaginal. Note ces éléments sur le dossier patient.
3. Détecte une détresse vitale en recherchant les signes de choc : chute de la pression artérielle, tachycardie, pâleur, sueurs, agitation, saignement vaginal et réalise une mesure de l'hémoglobine avec un hémocue s'il en dispose.
4. Caractérise la douleur.
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, terme de la grossesse, ATCD ou dossiers éventuels, ATCD de césarienne, dossier de suivi de grossesse, dates d'hospitalisations antérieures, heure de la dernière prise alimentaire).

### L'INFIRMIÈR(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), 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, saignement extériorisé. 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, s'informe sur la date des dernières règles et du terme de la grossesse, du suivi de grossesse.
  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. Beucher G, Beillat T, Dreyfus M. Prise en charge des fausses couches spontanées du 1<sup>er</sup> trimestre. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2003 ; 32 (1) : 5-21.
3. Chapron C. Douleur et endométriose profonde. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2003 ; 32 : 4532-4536.
4. 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.
5. Benamou D. Morphine et douleur en cours de grossesse ; utilisation de la morphine dans les douleurs aiguës, Institut UPSA de la Douleur, 2006
6. 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>.