



Mémoire pour l'obtention de Doctorat en Médecine

**PRISE EN CHARGE DES URGENCES
GYNECOLOGIQUES**

Réalisé par :

BENKHEMASSA Adnane

DENNOUNI Ismail

GHORZI Abderrahmane

NEDJRAOUI Mohammed

KIRIA Takieddine

Docteur M. OUALI
Maître Assistant
Gynécologue-Obstétricien

Sous la direction de

Dr. OUALI

Année Universitaire : 2011-2012



PRISE EN CHARGE DES URGENCES GYNECOLOGIQUES

Etude descriptive et rétrospective des cas enregistrés
de janvier 2011 à novembre 2011



REMERCIEMENTS

Remerciements

“ Nos remerciements les plus sincères à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce mémoire ainsi qu'à la réussite de notre stage d'internat ”

A notre chef de service Docteur BENHABIB :

Pour la confiance qu'il nous a accordée tout au long de notre stage, pour ses conseils et commentaires avisés. Il restera pour nous un modèle d'exercice, de rigueur et de conscience professionnelle.

Nous espérons être à la hauteur de vos exigences et espérances dans l'exercice de notre profession.

Veuillez trouver ici l'expression de notre plus profond respect.

A notre responsable Docteur OUALI :

Cette thèse n'aurait pu être rédigée sans sa coopération, ses critiques, et ses encouragements, Merci pour votre accueil et disponibilité appréciés maintes fois à travers les lectures qu'on vous soumettait et les discussions qu'on sollicitait.

Merci encore d'avoir encadré soutenu et enrichi notre passage dans ce service, Votre qualité de travailleur et votre rigueur nous ont beaucoup impressionnés.

*A mes collègues de thèse : D.ISMAIL, K.TAKIEDDINE, N.
Mohammed, et G.ABDERAHMANE.*

*A nos camarades du groupe cinq étoiles pour toute leur
collaboration et sympathie et de nous avoir aidé et assisté.*



SOMMAIRE

SOMMAIRE

	Pages
CHAPITRE I. INTRODUCTION :	15
CHAPITRE II. OBJECTIFS :	17
CHAPITRE III. GENERALITES :	19
CHAPITRE IV. METHODOLOGIE :	55
CHAPITRE V. RESULTATS :	58
CHAPITRE VI. DISCUSSIONS :	78
CHAPITRE VIII. CONCLUSION :	85
CHAPITRE IX. RECOMMANDATIONS :	87
CHAPITRE VIII. BIBLIOGRAPHIE :	90
CHAPITRE IX. ANNEXES :	93



ACRONYMES

ACRONYMES

AAN :	Anticorps anti-nucléaires
CRP :	Protéine réactive C
Créat :	Créatinémie
DES :	Diethyl stilbestrol
DIU :	Dispositif intra-utérin
ECBU :	Etude cyto bactériologique des urines
FU :	Fibrome utérin
g :	Gramme
GEU :	Grossesse extra-utérine
h :	Heur
hCG :	Hormone chorionique gonadique
HIV :	Le virus d'immunodéficience humain
ICSI :	Injection intra-cytoplasmique de spermatozoïde
IEC :	Information, éducation et communication
IVG :	Interruption volontaire de la grossesse
j :	Jour
mg :	Milligramme
MST :	Maladie sexuellement transmissible
NFS :	Numération de la formule sanguine
OMS :	Organisation mondiale de la santé
PMI :	Protection maternelle et infantile
SAMU :	Service d'aide médicale urgente
SIDA :	Syndrome d'immunodéficience acquis
VVC :	Voie veineuse centrale

VVP : Voie veineuse périphérique
VS : Vitesse de sédimentation
% : Pourcentage



INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les accidents aigus en rapport avec les pathologies gynécologiques se rencontrent partout dans le monde. Beaucoup de femmes souffrent des lésions graves voire permanentes. Nous distinguons : les urgences mettant enjeu le pronostic vital fœtal et/ou maternel (la rupture cataclysmique d'une grossesse extra-utérine; la rupture utérine etc....) et celles qui ne compromettent pas forcément ou pas dans l'immédiat le pronostic vital (endométrite, annexite...)

Les urgences gynécologiques et obstétricales sont fréquentes dans les pays en voie de développement où elles sont responsables d'une mortalité et d'une morbidité fœto-maternelles élevées. Son ampleur a entraîné une prise de conscience tant au niveau national qu'international.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) a estimé que dans le monde plus d'un ½ million de femmes meurent suite aux complications; ce qui revient à dire qu'à chaque minute qui passe une femme meurt pour cause de procréation. En Afrique les urgences gynéco-obstétricales seraient responsables de 60 à 75% de la mortalité maternelle globale avec comme chef de file les hémorragies. Il a été démontré que 69% de ces décès sont évitables grâce aux mesures d'anesthésie et de réanimation.

Ces risques graves auxquels les parturientes sont très souvent exposées sont étroitement liés :

- à l'insuffisance des structures hospitalières.
- au manque de personnel qualifié.
- au bas niveau d'instruction et socio-économique de la population.
- au problème de l'accessibilité géographique de nos centres de santé.

Il est prouvé aussi que les évacuations tardives sont des circonstances préjudiciables pour le pronostic maternel et fœtal et constituent néanmoins une préoccupation majeure en Afrique. En effet le taux de mortalité fœto-maternelle dépend en grande partie de la prise en charge adéquate et rapide des urgences.

Il nous est paru important d'évaluer les urgences gynécologiques au sein de notre maternité, et pour mener à bien ce travail, nous nous sommes fixés les objectifs suivants :



OBJECTIFS

OBJECTIFS

1. Objectif général :

.Evaluer les urgences gynécologiques au sein de notre maternité.

2. Objectifs spécifiques:

.Déterminer la fréquence des urgences gynécologiques.

.Décrire les profils sociodémographiques des patientes.

.Décrire les aspects cliniques de ces urgences gynécologiques.

.Décrire la prise en charge des urgences gynécologiques dans notre service.

.Déterminer la morbidité ainsi que la mortalité en rapport avec ces urgences dans notre service.



GENERALITES

GENERALITES

Les urgences gynécologiques sont fréquentes dans le monde et plus particulièrement les pays en voie de développement. Elles sont constituées essentiellement par : **les hémorragies au cours de la grossesse** incluant les avortements spontanés mais surtout provoqués, grossesses extra utérines, **les torsions d'annexes**, et **les infections génitales** notamment la salpingite.

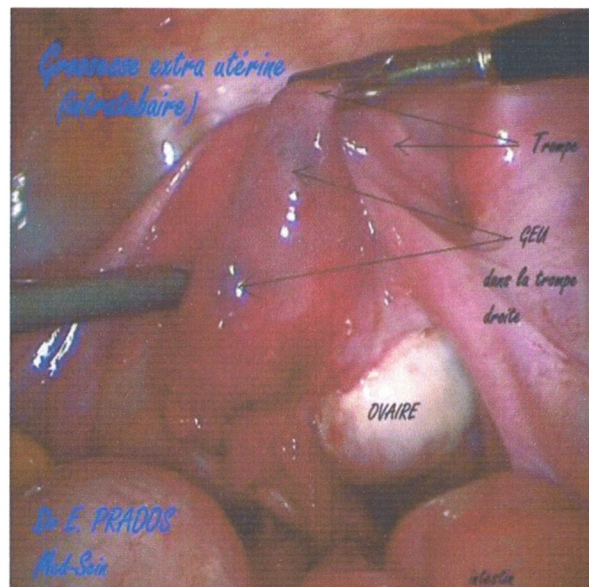


Figure 1 : grossesse extra utérine

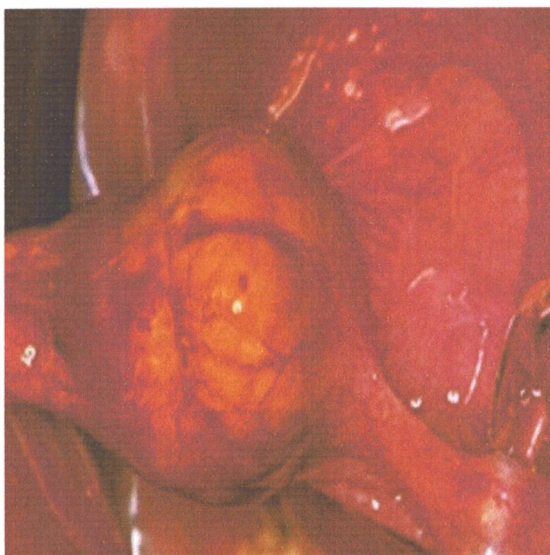


Figure 2 : salpingite



Figure 3 : torsion de kyste paratubaire

1. LES HEMORRAGIES AU COURS DE LA GROSSESSE :

1.1. Les avortements :

1.1.1. Les avortements spontanés :

L'avortement spontané est l'interruption involontaire de la grossesse avant la viabilité fœtale soit 28 semaines d'aménorrhée ou tout fœtus de poids inférieur à 1000 grammes. Il est en général un avortement « facile » peu douloureux, peu hémorragique, donne rarement lieu à des complications infectieuses.

L'évacuation de l'œuf est le plus souvent complète si le terme est inférieur ou égal à 10 semaines.

Le plus grand nombre survient dans les premières semaines de la grossesse :

- 31% des grossesses avortent après implantation.
- 15 à 20% des grossesses cliniquement reconnues avortent spontanément dans le 1er ou le 2^{ème} trimestre.

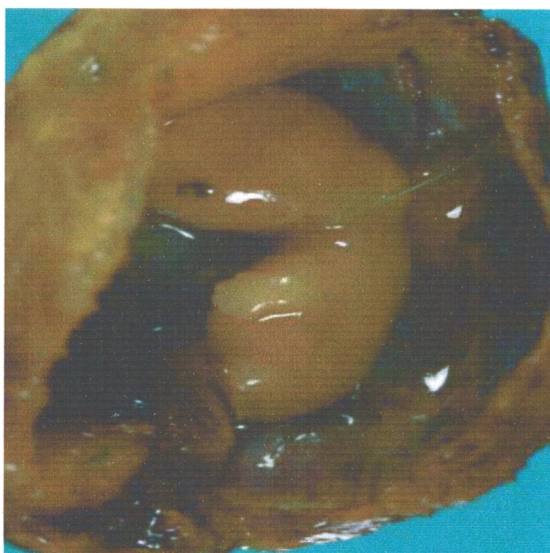


Figure 4 : avortement spontané

L'avortement spontané présente deux phases : **la menace d'avortement** et **l'avortement proprement dit**.

A- La menace d'avortement :

a - Symptomatologies :

Il s'agit des petites métrorragies parfois abondantes, parfois minimales constituées de sang rouge tantôt noirâtre ou rosé survenant sur une aménorrhée inférieure ou égale à 28 semaines.

Le saignement peut être accompagné de douleur pelvienne ou lombaire à type de colique ou de contractions utérines douloureuses.

L'examen physique apprécie l'état de l'abdomen qui peut être souple, ballonné, contracturé, douloureux ou non.

L'inspection de la vulve permet de retrouver les traces de sang ou des leucorrhées. Le spéculum précise l'origine des saignements, son abondance, sa couleur et l'état du col qui doit être long postérieur et fermé.

Le toucher vaginal apprécie le col qui doit être ramolli postérieur et fermé, le corps utérin augmenté de volume correspondant ou non à l'âge gestationnel, ramolli, globuleux et comblant les cul-de-sac latéraux (signe de NOBLE).

L'examen des seins montre une tension mammaire dont la disparition est en faveur d'un arrêt de la grossesse.

b - Prise en charge des grossesses qui saignent :

Le repos allongé reste la première mesure thérapeutique vis-à-vis de la grossesse qui saigne mais qui continue d'évoluer, il est en général complété par les thérapeutiques adjuvantes habituelles (les antispasmodiques et/ou les bêtamimétiques myorelaxants utérins en perfusion veineuse ou en intramusculaire luttent contre les contractions utérines).

La seule thérapeutique qui reste discutée est l'administration d'hormones. L'hormonothérapie est en général proposée à partir de la constatation de dosages abaissés. Il convient toutefois de ne pas prendre l'effet pour la cause, des dosages abaissés étant généralement la conséquence de la souffrance trophoblastique, et non l'inverse. Il convient

également de se rappeler que, physiologiquement, le taux d'HCG s'abaisse entre la 8e et la 9e semaine de grossesse. D'autre part, les taux de stéroïdes plasmatiques (œstradiol et progestérone) ne sont initialement que le reflet de l'activité du corps jaune de grossesse (corps gestatif), et leur dosage ne devient une indication de la vitalité embryonnaire qu'à partir de la 8e semaine de grossesse environ. C'est sans doute au moment où les sécrétions stéroïdiennes d'origine placentaire remplacent dans le maintien de la gestation, les stéroïdes du corps jaune involutif, entre la 8e et la 12e semaine de grossesse, que l'hormonothérapie peut revêtir un apport crucial lorsque ce relais lutéoplacentaire s'effectue de manière défectueuse.

La progestérone est l'hormone de grossesse par définition et par excellence, et c'est la seule qui exerce également un effet sédatif sur le myomètre. Compte tenu du potentiel tératogène connu ou possible de certains d'entre eux, l'administration de progestatifs de synthèse est à éviter pendant la grossesse. Notre préférence va à la progestérone naturelle retard injectable (250 à 500 mg par semaine) seule, si son efficacité réelle reste le plus souvent difficile à prouver dans chaque cas précis, son innocuité absolue, tant pour la mère que l'enfant, n'a jamais été remise en question.

B- L'avortement en cours ou irréversible :

a-Symptomatologie :

Il se caractérise par : une hémorragie importante qui est fait de sang rouge avec des caillots, une augmentation des douleurs à type de contractions ou de coliques expulsives. L'examen au spéculum met en évidence les débris ovulaires ou les produits de conception dans le vagin.

Au toucher vaginal le col est court et ouvert aux deux orifices. Le corps utérin est rétracté volume inférieur à l'âge gestationnel.

Dans les menaces d'avortements, l'échographie obstétricale va confirmer la vitalité fœtale.

Les dosages hormonaux ont perdu presque tout leur intérêt dans le diagnostic de l'affection depuis l'avènement de l'échographie.

Le traitement est étiologique et est basé aussi sur le repos en cas de menace d'avortement spontané. Les antispasmodiques et/ou les bêtamimétiques myorelaxants utérins en perfusion veineuse ou en intramusculaire luttent contre les contractions utérines.

Si l'expulsion se produit, elle est fréquemment rapide, complète, peu hémorragique. La révision utérine au doigt ou instrumentale s'impose cependant chaque fois que l'on conserve simplement un doute sur une rétention placentaire éventuelle.

Les débris ovulaires recueillis sont adressés au laboratoire pour étude histologique, bactériologique et si possible un caryotype.

b-Conduite à tenir devant un avortement en cours :

Lorsque, malgré tout, le développement de la grossesse s'arrête, l'expulsion des débris embryo-dériduaux se fait spontanément et simplement dans la presque totalité des cas.

Il faut se garder du curetage systématique, d'autant plus inutile qu'il n'existe pas de risque infectieux.

Si bien fait soit-il, le curetage représente toujours une agression pour l'utérus, facteur possible de difficultés conceptionnelles ultérieures. La dilatation cervicale souvent nécessaire à l'évacuation utérine peut irréversiblement léser un nombre suffisant de fibres cervicales pour prédisposer à une béance cervico-isthmique lors de la grossesse suivante.

Le curetage lui-même, sur un utérus fragilisé par la gravidité, risque d'être trop abrasif et de créer des synéchies utérines, facteur d'hypoménorrhée et surtout d'infertilité secondaire ou de fausses couches à répétition.

Le curetage ne doit subsister que dans les rares cas d'hémorragies traînantes, ou dans les cas de rétention prolongée d'œufs morts.

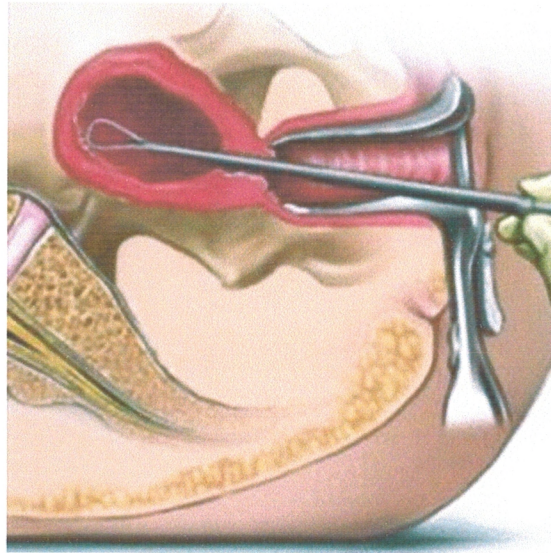


Figure 5 : curetage gynécologique

C- Les étiologies :

❖ Anomalies chromosomiques :

- 50% des avortements sont associés à des anomalies chromosomiques
 - de nombre : soit en plus (trisomie, triploïdie), soit en moins (ex : 45).
 - de structure (capital génétique mal divisé, mal distribué, jeu incomplet).
- 95% de ces concepts meurent dans le 1^{er} trimestre.

❖ Anomalies du trophoblaste :

A la suite des premières divisions cellulaires, les cellules trophoblastiques peuvent être formées de lignées cellulaires normales à 46 chromosomes ainsi que de lignées anormales plus élevées donnant la **Mosaïsme placentaire**.

- *Définition* : présence de deux ou plusieurs lignées cellulaires avec un contenu chromosomique différent.
- *Origine au moment du développement embryonnaire* (non séparation, retard d'anaphase, réarrangement structural).

➤ *Formes de mosaïsme retrouvées* : **généralisée** ou **limitée** :

- ✓ **Généralisée** : survient tôt et toutes les cellules du conceptus sont affectées (trisomie, aneuploïdie du chromosome lié au sexe).
- ✓ **Limitée** : survient durant la séparation et la blastogenèse et se limite soit au placenta, à l'embryon ou au fœtus (1-2% des grossesses).

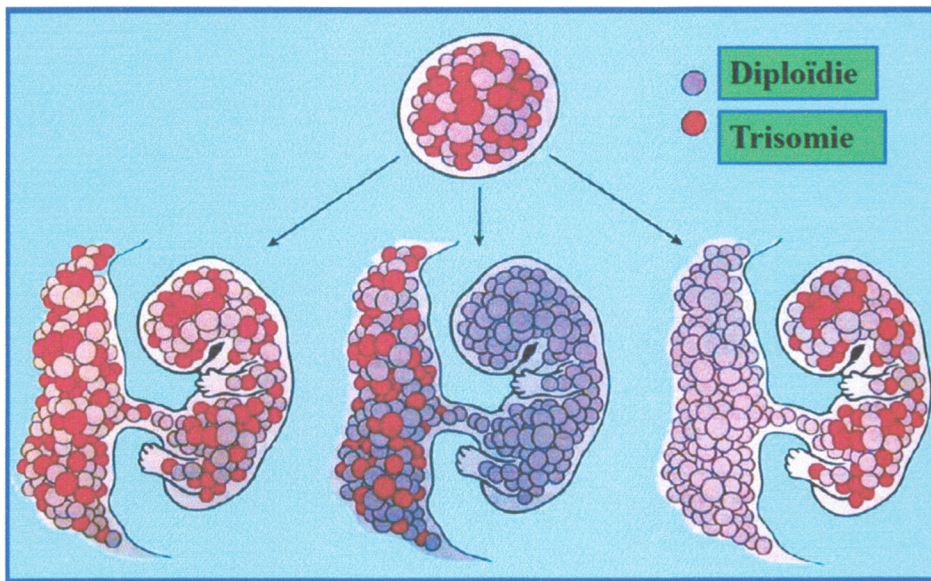


Figure 5 : mosaïque placentaire

❖ **Infections :**

➤ Par voie hématogène :

- Nécessité de traverser la barrière placentaire au niveau des villosités.
- Les virus et les protozoaires traversent plus facilement que les bactéries, ça se passe le plus fréquemment durant le 1^{er} trimestre.

- Par voie ascendante : surtout les infections bactériennes trans-cervicales après le 1^{er} trimestre.

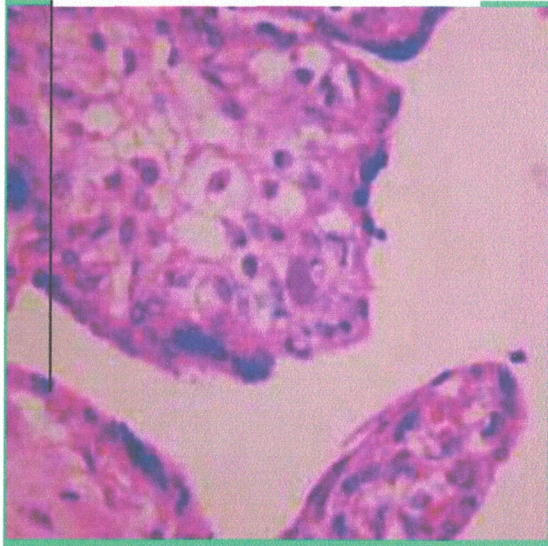


Figure 6 : infection a toxoplasmose

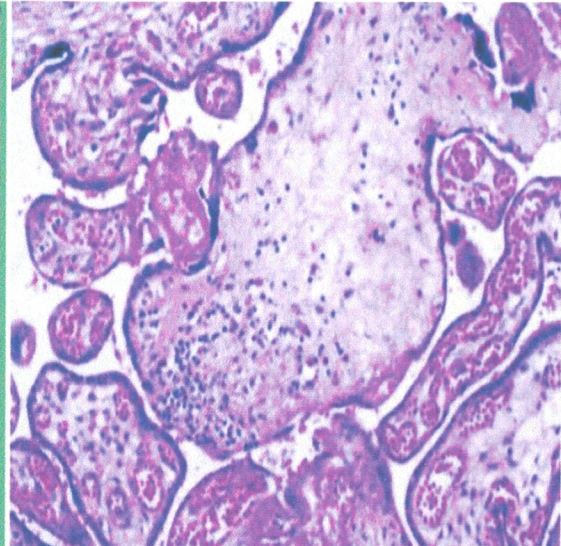


Figure 7 : infection virale



Figure 8 : infection a champignons

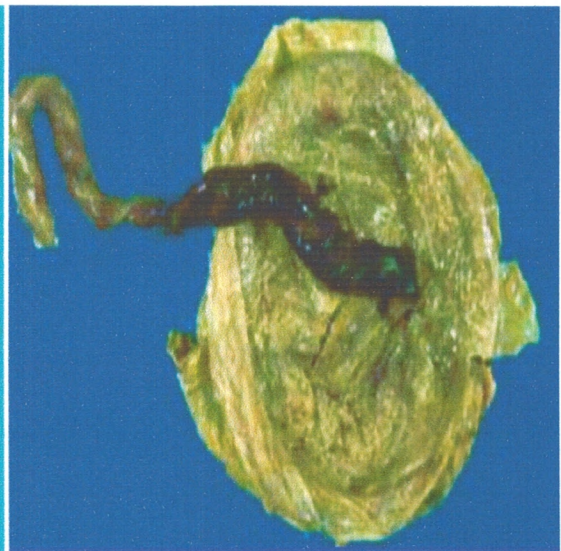


Figure 9 : infection bactérienne

❖ **Maladies maternelles :**

- Maladies qui changent rapidement l'homéostasie (choc hypovolémique, fièvre).
- Maladies qui augmentent l'irritabilité du myomètre (hémorragie rétro-placentaire, chorioamnionite).
- Hypertension chronique ou gestationnelle.
- Implantation placentaire anormale ou insuffisante.
- Insuffisance hormonale (diabète, hypothyroïdie).
- Malformation cardiaque congénitale.
- Maladies auto-immune (Lupus Erythémateux Disséminé).
- Fibrome utérin (FU).
- Malformations de l'utérus (fusion anormale, utérus bicorné, unicolore, cloisonné).
- Incompétence du col avec rupture prématurée des membranes et expulsion du fœtus et placenta.

❖ **Causes immunologiques :**

- Auto anticorps (AAN, Lupus anticoagulant) augmentent la coagulation avec obstruction vasculaire subséquente et ischémie intra-placentaire et mort fœtale.
- Cardiolipines (anticorps anti-grossesse).

❖ **Alimentation maternelle :**

Une malnutrition selon sa durée, le type et sa sévérité peut affecter selon le stade du développement :

- la croissance de l'embryon ou du fœtus.
- le développement des organes.

La croissance cellulaire, la différenciation de la plupart des tissus, incluant le système nerveux central sont influencés par un apport maternel alimentaire insuffisant en quantité ou qualité, résultant en une disponibilité déficiente pour le fœtus.

- Déficience en zinc diminue l'activité antimicrobienne du liquide amniotique et peut jouer un rôle dans la chorioamnionite.

- Déficience en acide folique augmente le risque de défauts de fermeture du tube neural ou le risque de fentes labio-palatines.
- ❖ **Médicaments maternelles :** effet tératogène de certains médicaments (particulièrement ceux sans prescription)
- ❖ **Autres facteurs :**
- Toxines environnementales.
 - Rôle de la cigarette.
 - Cocaïne.
 - Alcool.
 - Appareils contraceptifs (DIU).
 - Contraception orale insuffisante.
 - Age maternel.

1.1.2. Les avortements provoqués et leurs complications :

L'avortement provoqué est celui qui survient à la suite de manœuvres quelconques destinées à interrompre une grossesse.

Les liaisons utero-placentaires sont solides, ce qui favorise des avortements incomplets avec rétention placentaire, source d'hémorragie et d'infection.

L'ouverture de l'œuf provoquée par les manœuvres instrumentales directes peut être rapidement suivie d'une infection plus ou moins sévère.

Certaines complications sont encore mortelles : septicémies à *perfringens*, à Gram négatif, infarctus utérin, embolies gazeuses et tout à fait à part est le tétanos qu'il faut savoir reconnaître. Ce risque justifie la séro-anatoxinothérapie dès qu'il y a une suspicion de manœuvre abortive.

Les séquelles sont fréquentes: douleurs, troubles des règles, stérilité, troubles psychiques.

L'intervention sans délai n'a qu'une seule indication : hémorragie profuse engageant le pronostic vital immédiat.

L'évacuation retardée doit être préférée dans les autres circonstances : lorsqu'il s'agit d'une infection avant toute menace d'expulsion et également quand il s'agit d'une rétention après expulsion partielle.

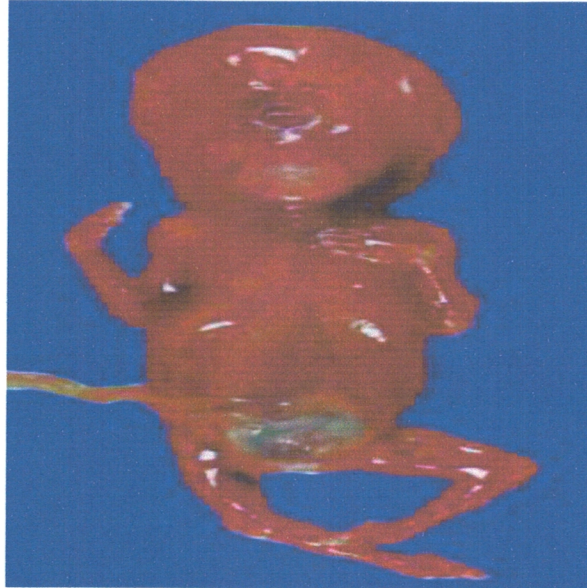
Il est démontré que le nombre de complications et les plus graves (toxi-infections à perfringens à germes à Gram négatif, tétanos) sont la conséquence d'un curetage hâtif. Il ne faut intervenir qu'après un délai de 24 à 36 heures après un traitement anti infectieux, après l'apyrexie.

Le traitement de choc doit souvent doubler l'acte opératoire. A cela s'ajouteront la thérapeutique antitétanique préventive et la prévention de l'iso-immunisation par l'injection de gamma – globulines anti D chez la femme de groupe sanguin négatif.

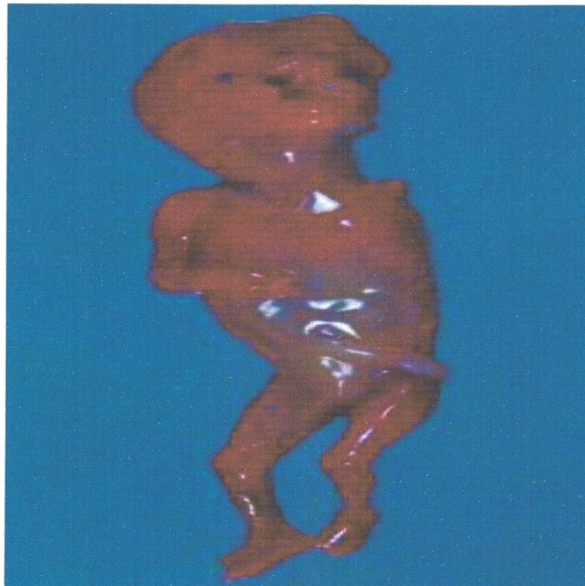
D- Quelques exemples d'avortements :

❖ Avortement tardif :

- Hygroma kystique.
- Anasarque.
- Hydropsfoetalis.
- Malformation cardiaque.
- Monosomie X.
- Trisomie.



❖ **Fentes labiales et palatines :**



❖ **Défauts de la paroi abdominale :**

➤ **Omphalocèle :**

- Faille dans la fermeture de l'herniation de l'intestin moyen vers 10ième semaine.
- Sac membraneux composé d'amnion et de péritoine.

- Associé fréquemment à d'autres anomalies.

➤ Gastrochisis :

- Défaut de fermeture de la paroi abdominale.



❖ **Uropathie obstructive et anomalies rénales :**

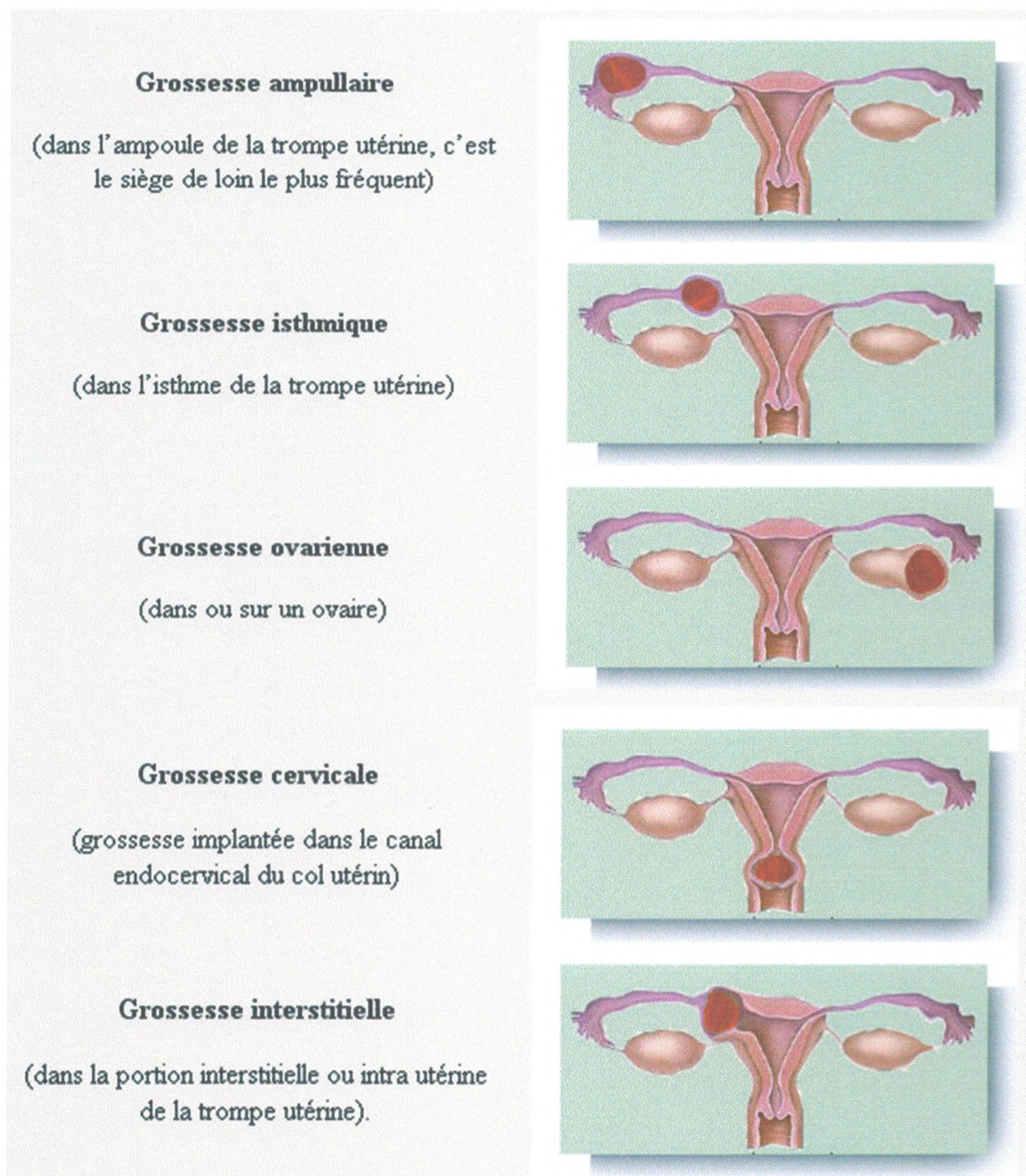
Syndrome de Prune-Belly Polykystose multi kystique.



1.2. La grossesse extra-utérine :

Caractérisée par la nidation et le développement de l'œuf en dehors de la cavité utérine, la grossesse ectopique est habituellement à l'origine d'accidents hémorragiques qui aboutissent d'une part à l'interruption de la grossesse, d'autre part à des risques parfois vitaux pour la femme, elle doit être considérée comme une maladie grave nécessitant un traitement chirurgical dès que le diagnostic est établi.

C'est la première cause de mortalité maternelle au premier trimestre de la grossesse. Son diagnostic clinique est quelques fois très difficile.



L'association d'une grossesse intra-utérine à une grossesse extra-utérine est appelée **grossesse hétérotopique**. Une grossesse hétérotopique peut s'observer lors d'un transfert de plusieurs embryons en cours de fécondation in vitro, lors d'une insémination intra utérine ou lors d'une stimulation de l'ovulation.

Facteurs de risque :

Certains facteurs de risque permettent d'expliquer l'anomalie de perméabilité ou de mobilité des trompes utérines :

- Antécédent de maladie sexuellement transmissible (Chlamydiae Trachomatis, Mycoplasme Hominis, Gonocoque), parfois passée inaperçue.
- Antécédent de salpingite (infection des trompes utérines).
- Antécédent de curetage ou d'interruption volontaire de grossesse (IVG) par aspiration.
- Le tabagisme, qui réduit la mobilité des cils situés dans les trompes utérines.
- Antécédent de grossesse extra-utérine.
- Antécédent de chirurgie pelvienne, de chirurgie tubaire (plastie tubaire) ou d'adhérences péritonéales.
- Exposition in utero au Distilbène (DES syndrome).
- Traitement de stimulation de l'ovulation (fécondation in vitro, ICSI).
- Endométriose.
- Pilule contraceptive micro progestative, pilule du lendemain.
- Le stérilet n'augmente pas le risque, mais n'empêche pas la survenue d'une grossesse extra-utérine.

Moins de 50 % des femmes porteuses d'une GEU présentent un de ces facteurs de risque.

Diagnostic :

Le tableau clinique associe les signes suivants : douleur pelvienne initiale, spontanée, syncopale ; douleur provoquée au toucher vaginal, très vive au niveau du cul-de-sac de Douglas ; le doigtier revient souillé de sang noir ; signe de choc hémorragique avec une pâleur intense, un pouls filant, une pression artérielle qui peut être normale au début mais qui va très vite s'effondrer.

Mais les signes cliniques d'une grossesse extra-utérine sont souvent trompeurs. C'est pour cette raison, qu'au moindre doute clinique, un test de grossesse et une échographie pelvienne sont recommandées. Les signes échographiques sont souvent des signes indirects, trompeurs également. Une erreur diagnostique peut être lourde de conséquences.

Le diagnostic n'est souvent pas porté dès la première consultation, mais après la répétition des prises de sang et des échographies à plusieurs jours d'intervalle. La répétition des dosages sanguins quantitatifs des β -hCG plasmatiques permet d'établir une courbe de cinétique. La répétition des échographies pelviennes permet d'établir le diagnostic et d'apprécier la présence de signes de gravité d'une grossesse extra-utérine.

La cœlioscopie permet de faire le diagnostic précis de l'hémato-salpinx ou d'hémopéritoine.

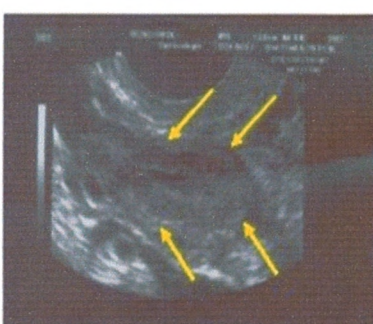
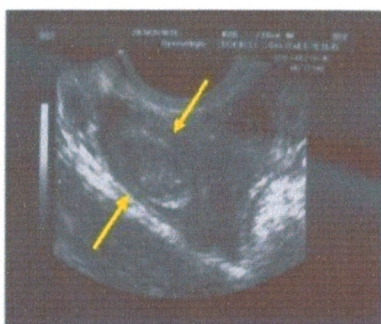
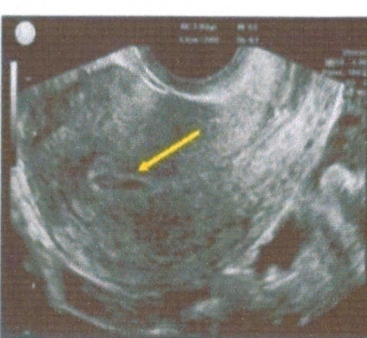
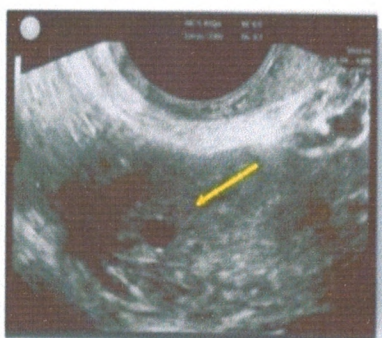
Sac gestationnel extra-utérin



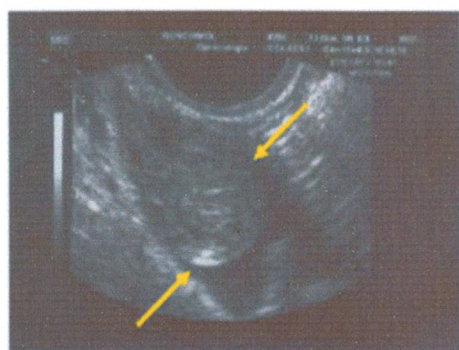
Pseudo sac gestationnel



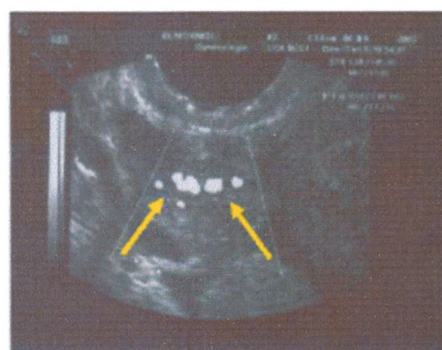
Corps jaune - Piège diagnostique



Hématosalpinx



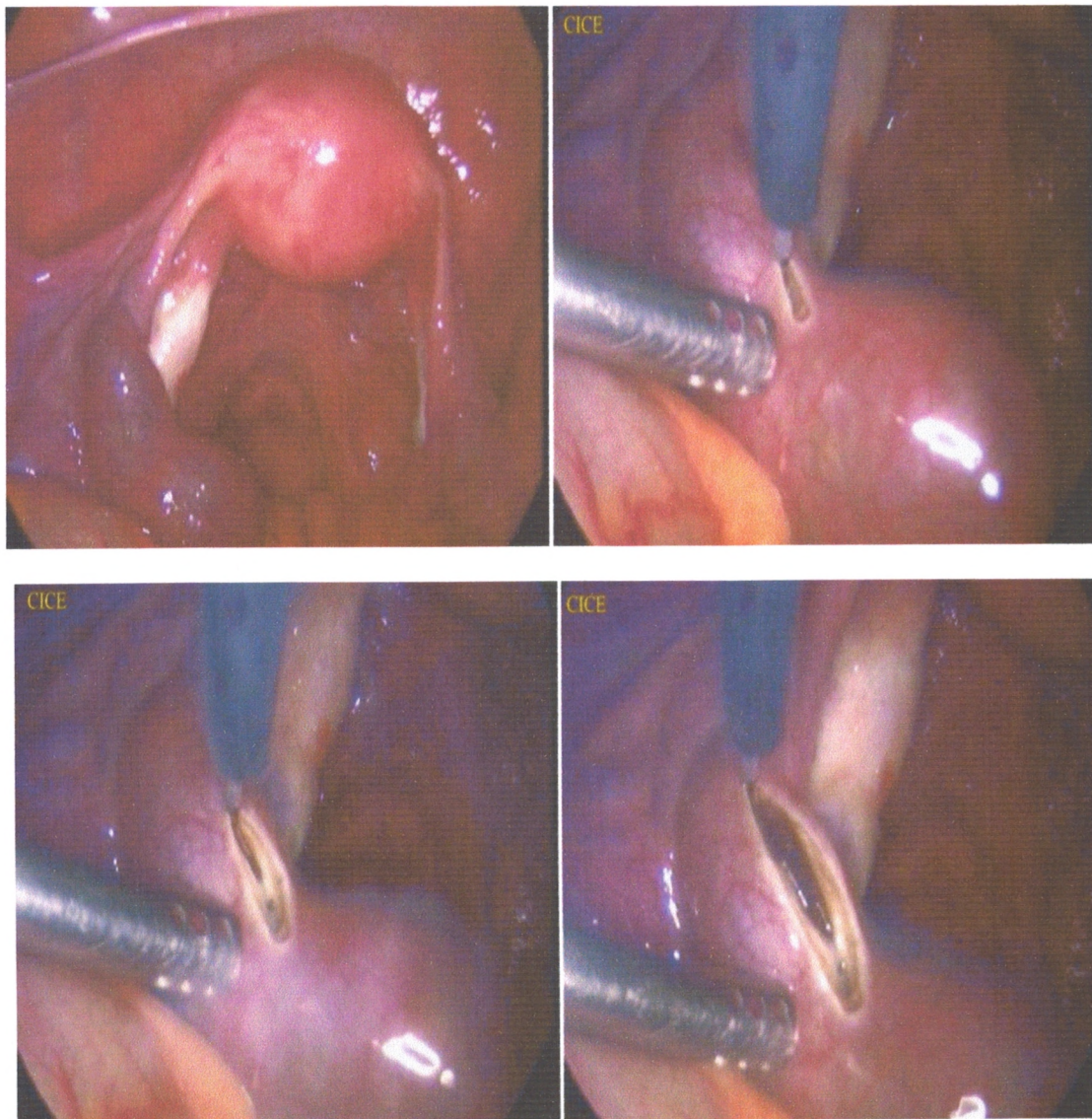
Doppler positif +++

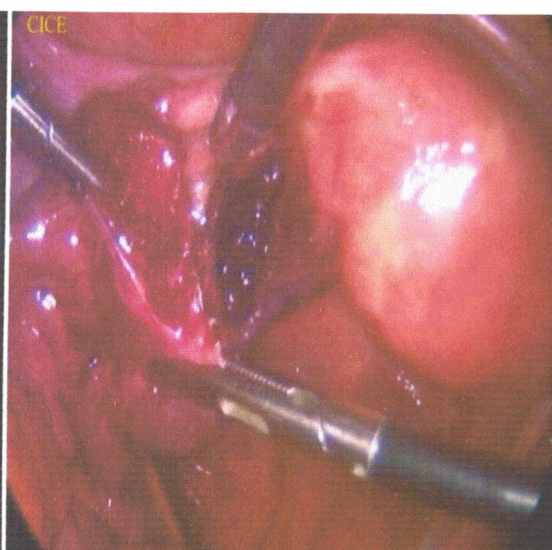
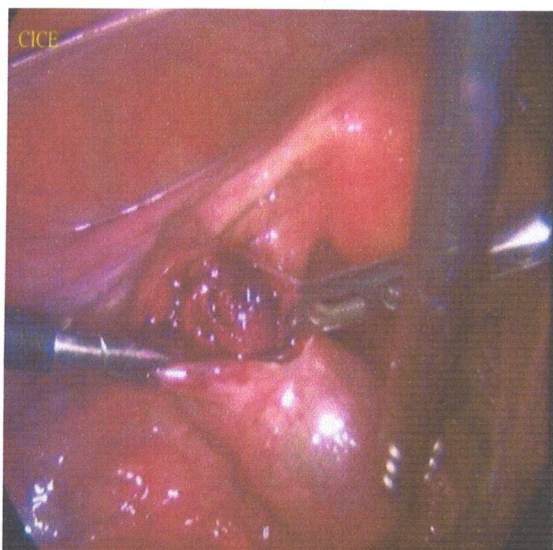
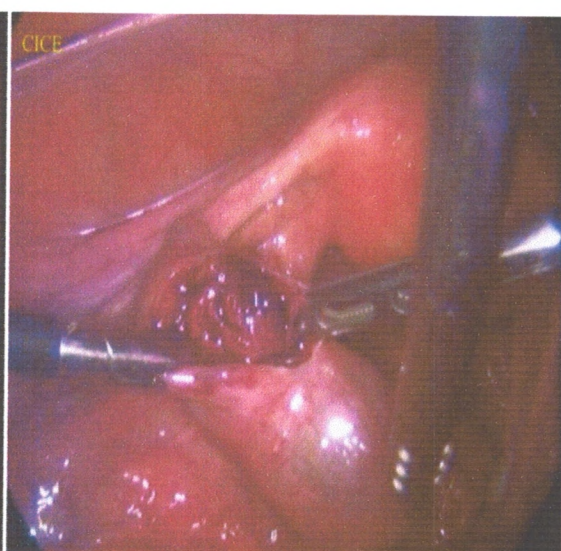
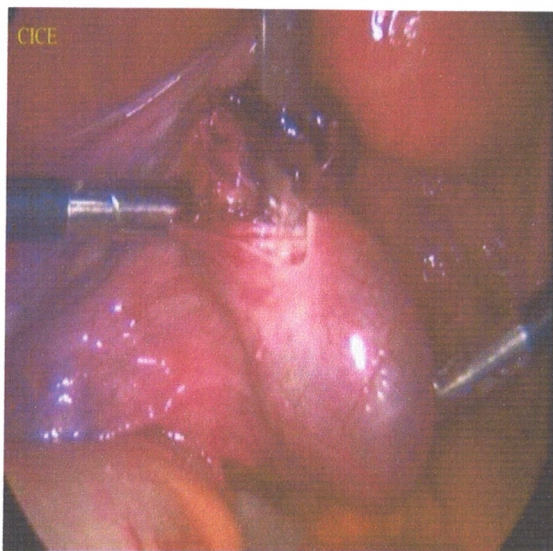
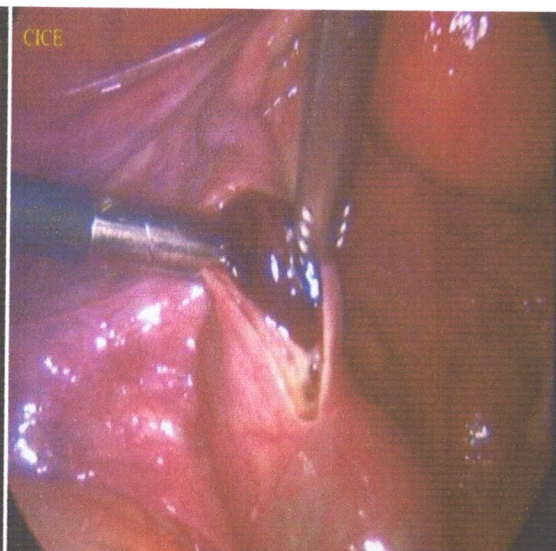
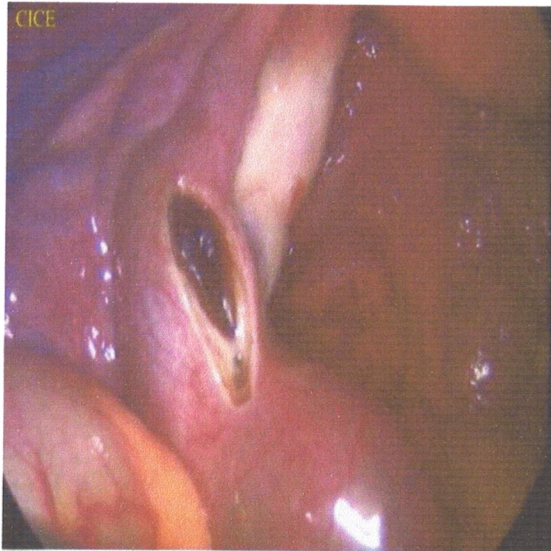


Dans notre contexte, toute GEU diagnostiquée est traitée **chirurgicalement**.

La coeliochirurgie dans le traitement de la GEU est de pratique courante dans les pays développés. Elle s'est considérablement développée ces dernières années.

Le traitement par cœlioscopie a pour avantage de réduire la durée d'hospitalisation des malades, de réduire ou même éviter les risques d'infection des suites opératoires. Mais surtout de permettre un traitement conservateur. Ceci augmente les chances de procréer.





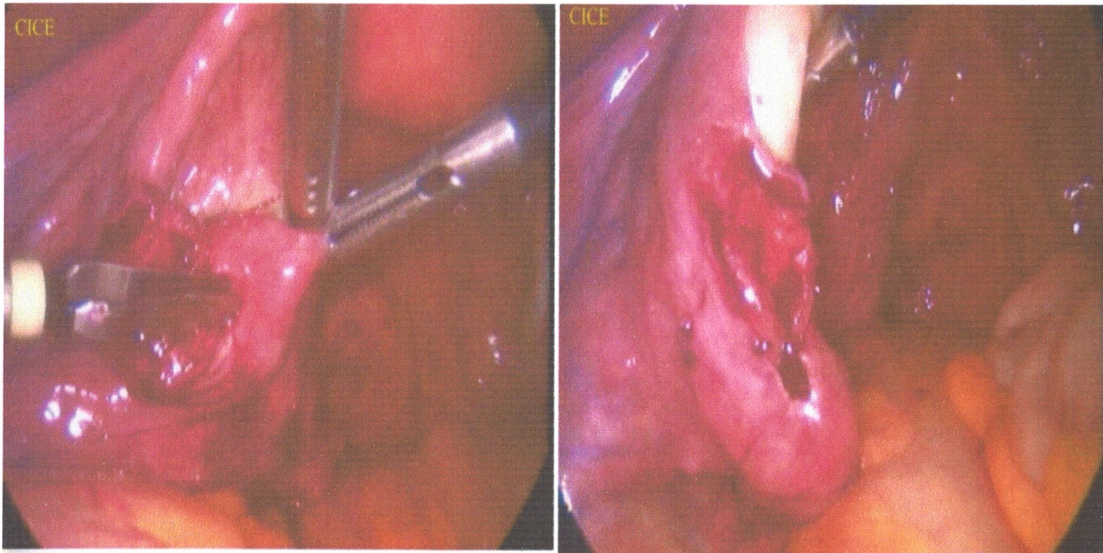


Figure 10 : coeliochirurgie

Après une GEU, le risque de récurrence est d'environ 10 à 20 %. Ce taux est identique, que le traitement soit conservateur ou radical (GEU controlatérale). Ce taux dépend de l'état de la trompe controlatérale : trompe normale ou abîmée.

La fertilité après une GEU dépend également des autres facteurs d'infertilité ainsi que de l'âge de la femme. L'augmentation du risque de récurrence d'une GEU implique une consultation précoce, dès le début d'une prochaine grossesse, afin de s'assurer par prise de sang et par échographie de sa bonne localisation intra-utérine.

2. TORSION D'ANNEXE:

La torsion d'annexe est l'une des rares urgences gynécologiques. Son diagnostic difficile est trop souvent tardif, entraînant un acte chirurgical irréversible : l'annexectomie. La torsion peut intéresser une annexe saine ou pathologique.

2.1. Pathogénie :

Différents facteurs favorisant la survenue possible d'une torsion d'annexe peuvent être évoqués.

En ce qui concerne les annexes saines, des prédispositions anatomiques éthémodynamiques semblent favoriser l'accident :

- Longueur excessive du mesosalpinx.
- Absence congénitale de mesosalpinx.
- Présence de reliquats embryonnaires.
- Longueur et flexibilité plus grandes des veines du mesosalpinx par rapport aux artères favorisant la torsion en situation de congestion veineuse (existant lors de la stimulation hormonale pré pubertaire).

Lorsqu'il s'agit d'une annexe pathologique, l'épisode de torsion est révélateur de la pathologie annexielle.

Ainsi, l'existence d'un kyste de l'ovaire peut prédisposer à la torsion. Il s'agit le plus souvent d'une tumeur bénigne, les adhérences aux tissus voisins, voire l'envahissement, évitent en général la torsion des tumeurs malignes.

L'augmentation du poids de la trompe en présence d'un hématosalpinx, conséquence d'une malformation congénitale utero vaginale peut également favoriser une torsion d'annexe.

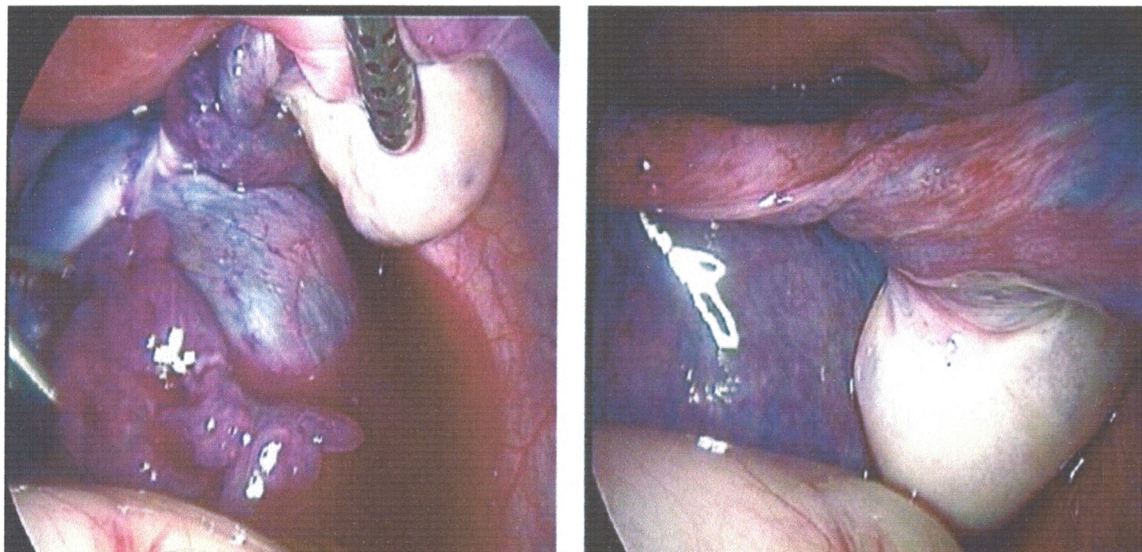


Figure 11 : torsion de kyste para tubaire

2.2. Clinique :

L'intensité de la douleur et son caractère inopiné et brutal amènent la patiente à consulter rapidement.

La douleur évolue par crise de durée variable. Son siège est iliaque ou hypogastrique. Des nausées, voire des vomissements, sont contemporaines de la douleur.

Il est essentiel, car très évocateur du diagnostic, de rechercher dans les semaines, voire les mois précédents l'existence de crises similaires correspondant à des épisodes de subtorsion.

Pendant la crise, la palpation abdominale est douloureuse avec une défense pariétale. Au toucher pelvien on retrouve le plus souvent une masse douloureuse à la pression.

Il existe deux formes cliniques :

- Les formes aiguës, véritable urgence chirurgicale, de diagnostic préopératoire difficile, et qui sont associées à des lésions ischémiques plus ou moins sévères.
- Les formes chroniques sans ischémie, découvertes fortuitement lors d'interventions réalisées pour le traitement de masses annexielles.

2.3. Examen complémentaire :

L'échographie pelvienne doit être demandée en urgence devant cette patiente qui souffre.

Cet examen met en évidence, en lieu et place de l'ovaire, une masse d'échogénicité homogène au début ou plus tardivement hétérogène avec les zones kystiques correspondant à des zones de nécrose hémorragique.

L'existence d'un épanchement dans le cul-de-sac de Douglas est habituelle. Son abondance doit laisser craindre la non-viabilité de l'annexe.

Le diagnostic coelioscopique est le plus souvent évident devant une annexe augmentée de volume et dont l'inspection des pédicules permet d'affirmer la torsion.

Ce diagnostic peut être difficile si le kyste est très volumineux, gênant l'inspection du pédicule, ou parce que la torsion évolue depuis plusieurs jours ou semaines et que l'annexe ischémique est recouverte par les adhérences qu'elle a contractées avec les organes de voisinage.

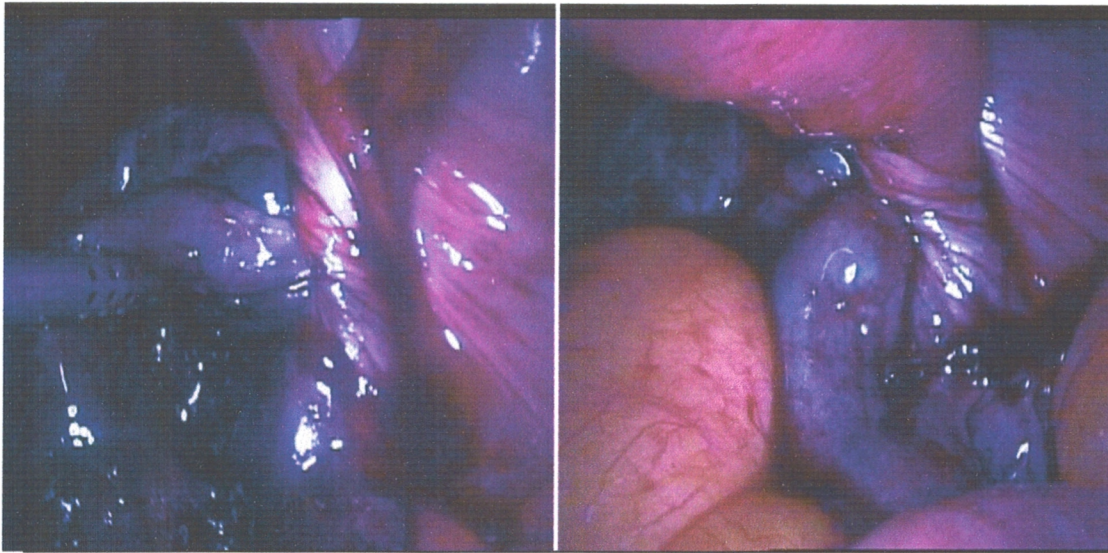


Figure 12 : nécrose de l'annexe

2.4. Diagnostic différentiel :

Lorsque les symptômes sont plus localisés à droite, le diagnostic retenu est celui d'une appendicite aiguë. La découverte d'un appendice saine à l'intervention impose de vérifier l'intégrité des annexes et permet de redresser le diagnostic.

Quelques nuances en préopératoire peuvent évoquer l'appendicite aiguë. Les vomissements suivent de quelques heures le début de la douleur. Il existe souvent une petite fébricule associée.

Le diagnostic différentiel entre ischémie sévère et lésions irréversibles peut être difficile. En pratique, il semble que l'indication de la conservation ovarienne doit être posée sur la récupération des lésions tubaires. Si 10 minutes après la détorsion, la trompe reste noire, les lésions sont irréversibles et l'ovaire ne récupèrera pas.

2.5. Diagnostic étiologique et traitement :

Le diagnostic de torsion d'annexe est souvent porté au cours de l'intervention. L'annexe tordue peut être indemne de toute pathologie. Ceci concerne plus souvent les filles en pré puberté avec un maximum entre 8 et 11 ans.

La torsion peut avoir lieu sur une annexe pathologique : il s'agit le plus souvent d'un kyste dermoïde dont son existence a pu être suspectée en préopératoire par l'existence de calcifications intra-ovariennes visibles sur l'échographie ou sur l'abdomen sans préparation.

D'autres pathologies annexielles peuvent être en cause, soit kyste séreux ou mucineux de l'ovaire, soit kyste du para-ovaire.

Les autres facteurs peuvent favoriser la torsion d'annexe mais d'un degré moindre que ceux déjà cités ; l'hyperstimulation ovarienne, grossesse extra utérine, hydrosalpinx, adhérences, et les anomalies congénitales.

De la rapidité avec laquelle est décidée la coelioscopie dépend l'avenir de l'annexe. Si la torsion est vue précocement, le chirurgien peut réaliser une détorsion, s'assurer de la recoloration des tissus et fixer cette annexe.

La découverte d'un kyste ovarien à la surface de l'ovaire ou après ouverture de la capsule impose sa résection.

La détorsion :

Ce geste simple est réalisé avec un palpateur mousse ou une pince atraumatique. Il faut :

- Reconnaître le sens de la rotation, selon Kustner la torsion se fait en direction de l'utérus, dans le sens horaire à gauche et anti horaire à droite.
- Préférer la mobilisation de l'annexe à la préhension qui est traumatique pour ces tissus fragiles.
- Revenir progressivement, à la situation anatomique normale, grâce à des rotations successives de 90° à 180°.
- Utiliser un deuxième instrument pour stabiliser le résultat intermédiaire obtenu.

- S'aider de gestes complémentaires, tels que la ponction d'un kyste ou la section d'une bride autour de laquelle serait organisé la torsion.

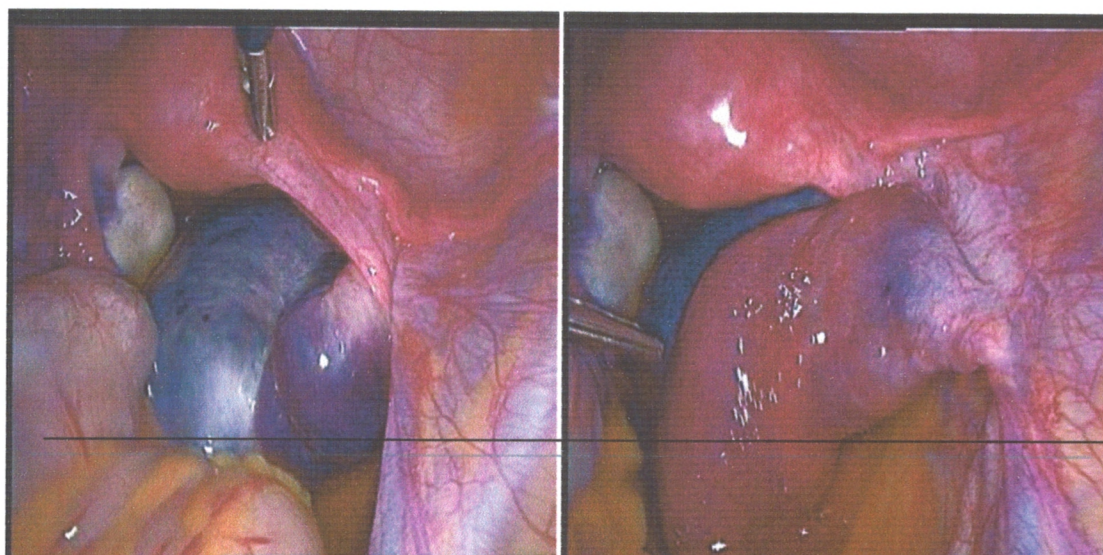


Figure 13 : détorsion

Si l'annexe est nécrosée et si la détorsion qui doit toujours être tentée (bien que certaines craignent la migration d'embolies à partir d'une veine thrombosée) n'aboutit pas à la recoloration des tissus, une annexectomie est à réaliser. Celle-ci est possible par cœlioscopie.

Les résultats à long terme, confirment l'intérêt du traitement conservateur. Les récurrences sont rares et peuvent concerner l'annexe controlatérale, ce qui plaide contre le traitement radical. La récupération anatomique et fonctionnelle, observée au cours d'échographie, d'hystérosalpingographie ou de cœlioscopie, et les résultats de fertilité confirment que les annexes préservées sont fonctionnelles ce qui justifie l'intérêt de la détorsion systématique.

3. LES INFECTIONS GENITALES HAUTES :

Salpingite, endomérite, annexite, c'est l'atteinte infectieuse par des germes pathogènes de l'endomètre, des trompes et plus rarement des ovaires. Elles sont fréquentes et multiples.

Elles exposent à des complications immédiates dépendantes du degré et de l'étendue de l'infection, et des complications ultérieures par leur retentissement sur l'appareil génital créant des séquelles dont la plus importante est la stérilité; en effet 20% des femmes resteront stériles après la salpingite aiguë, La salpingite représente le principal facteur de risque de stérilité d'origine tubaire et de grossesse extra-utérine .on se résumera dans notre étude aux cas recensés des salpingites.

3.1. Définition :

La salpingite correspond à l'inflammation des trompes de Fallope (trompes utérines). Elle est le plus souvent bilatérale car les deux trompes utérines communiquent avec la cavité utérine.

Une salpingite peut être aiguë ou chronique :

- **Salpingite aiguë** : le tableau est bruyant : douleur vive, fièvre, syndrome inflammatoire aigu.
- **Salpingite chronique** : elle évolue à bas bruit. Dans ce cas elle peut même passer inaperçue.

3.2. Physiopathologie :

La contamination se fait habituellement par voie génitale ascendante. Des germes sexuellement transmissibles ou des germes pathogènes issus de la flore vaginale remontent le long de la filière génitale : vagin, col utérin, cavité utérine puis trompes utérines (cervico-vaginite, endo-cervicite, endométrite puis salpingite).

Les cas résultats d'une contamination par contiguïté (contact directe avec une appendicite) ou par voie hématogène sont exceptionnels.

Ainsi, les germes le plus souvent mis en cause sont soit sexuellement transmissibles, soit appartenant à la flore vaginale. Dans 50 % des cas il s'agit d'une infection poly microbienne associant plusieurs germes différents, ce qui explique la nécessité d'un traitement par plusieurs antibiotiques.

❖ **Germes sexuellement transmissibles :**

- Chlamydiae Trachomatis (50 %, première cause de salpingite).
- Gonocoque (environ 5 % des salpingites).
- Mycoplasme Hominis.

❖ **Germes appartenant à la flore vaginale :**

Leur présence sur un prélèvement vaginal ne signifie pas forcément la présence d'une salpingite ou d'une infection :

- Escherichia Coli.
- Proteus.
- Klebsiella.
- Streptocoque A ou B.
- Staphylocoque Aureus.
- Bacteroides Fragilis.
- Peptococcus.
- Peptostreptococcus.

Les principaux facteurs de risque d'une salpingite à germe sexuellement transmissible sont :

- Le jeune âge de la patiente.
- Le nombre de partenaires sexuels.
- Rapports sexuels non protégés.
- Antécédent de salpingite.
- IVG par aspiration.
- Curetage.

Les principaux facteurs de risque d'une salpingite à germes appartenant à la flore vaginale :

- Diminution de l'immunité locale (HIV, inflammation du col utérin).

- Contraception par stérilet.
- Geste endo-utérin : hystérosalpingographie, hystérocopie, curetage, stérilet, insémination. Il s'agit alors d'une infection dite « iatrogène ».

3.3. Les aspects cliniques :

La suspicion du diagnostic sera établie sur l'existence d'une **triade** symptomatique classique comprenant :

- **La douleur** : souvent d'apparition brutale, présentant des exacerbations parfois sur un fond continu. Elle est retrouvée dans la région hypogastrique unilatérale dans 39,6 % des cas, elle est bilatérale dans 59,7 % des cas et retrouvée dans 99,3 % des cas. Elle siège dans la région hypogastrique, s'étendant plus ou moins latéralement, elle peut présenter des irradiations plus ou moins diverses.
- **La fièvre** : oscille entre 38 et 40 °. Elle est présente dans 73 % des cas.
- **A l'examen**: la palpation de l'hypogastre, des fosses iliaques est douloureuse avec une hyperesthésie unie ou bilatérale des culs-de-sac vaginaux dont l'importance empêche habituellement la perception de la tuméfaction annexielle. La présence d'une défense hypogastrique est retrouvée dans 26,5 % des cas, alors que la douleur au toucher vaginal dans 97 % des cas.

Les formes pauci-symptomatiques ou asymptomatiques qui sont les plus fréquentes et dues à *Chlamydia Trachomatis*, sont malheureusement trop souvent diagnostiquées à l'occasion de bilans de stérilité, séquelle de ces infections. C'est rappeler l'intérêt de leur diagnostic précoce, qu'elles soient aiguës, subaiguës ou latentes. En effet, il existe des thérapeutiques antibiotiques efficaces. D'autre part, on peut espérer stopper leur transmission par leur dépistage chez les adolescentes, les jeunes femmes en activité sexuelle et leur(s) partenaire(s), ainsi que par des mesures préventives.

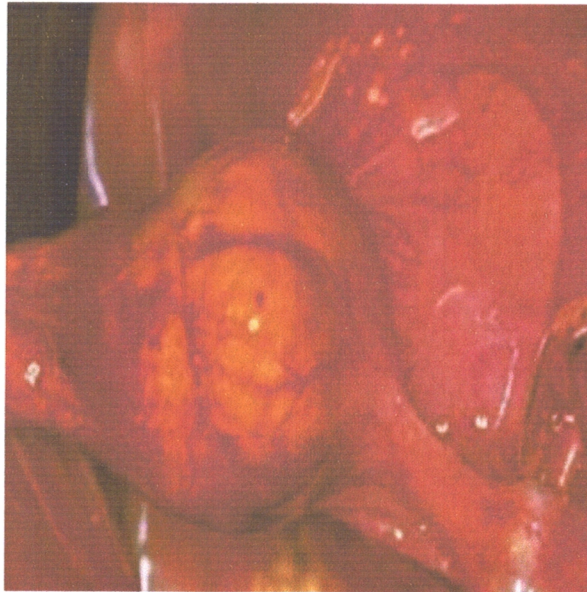


Figure 14 : salpingite

3.4. Examens complémentaires :

➤ Echographie pelvienne :

L'échographie pelvienne peut être normale en cas de salpingite, mais elle peut retrouver également :

- Un épaississement des trompes utérines.
- Un épanchement liquidien intra péritonéal.
- Une collection tubaire (hydrosalpinx).
- un abcès tubaire (pyosalpinx).
- Un abcès pelvien.

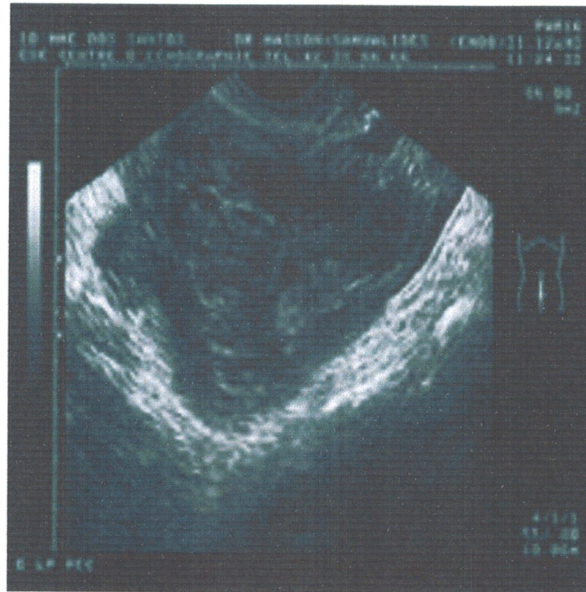


Figure 16: échographie

➤ **Prélèvements et examens bactériologique :**

Avec la recherche de Chlamydiae et Mycoplasme :

- Prélèvements au niveau des culs de sac vaginaux, de l'endocol, de l'endomètre, du méat urétral et des orifices des canaux excréteurs des glandes de Skène +/- mise en culture du D.I.U, +/- anus, +/- cavité buccale.
- Au cours de la cœlioscopie des prélèvements seront effectués au niveau du péritoine pelvien, des pavillons tubaires, du cul de sac de Douglas.
- En post-partum prélèvements de lochies.
- Des hémocultures seront pratiquées si la température est $> 38^{\circ}5C$, mais qui seront rarement positives.
- Prélèvement du premier jet d'urines.
- ECBU.

➤ **Numération formule sanguine, CRP :**

Avec la recherche des marqueurs de l'inflammation :

- Hyperleucocytose (augmentation du nombre des globules blancs)

- Elévation de la CRP, VS, β hCG pour éliminer une GEU,
- A l'occasion du diagnostic d'une salpingite, il est conseillé de rechercher d'autres infections sexuellement transmissibles associées comme la Syphilis, le SIDA (HIV) ou l'hépatite B.

➤ **Cœlioscopie :**

La cœlioscopie permet d'affirmer la présence d'une salpingite par l'aspect inflammatoire ou purulent des trompes utérines. Elle est indiquée essentiellement en cas de doute diagnostique (appendicite aigue), dans les formes graves ou dans les formes résistantes au traitement antibiotique.

La cœlioscopie permet de pratiquer des prélèvements bactériologiques ; de faire un bilan des lésions provoquées par la salpingite ; de drainer un abcès pelvien ; d'effectuer une toilette abdominale (lavage et drainage) et d'améliorer le pronostic tubaire (adhésiolyse).

Une cœlioscopie de contrôle est parfois proposée secondairement, à distance, afin d'évaluer le pronostic tubaire et d'essayer de préserver la fertilité.

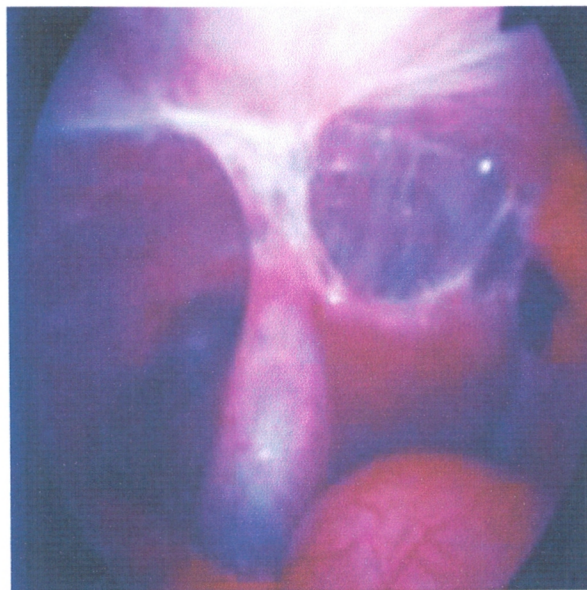


Figure 17: cœlioscopie

3.5. Evolution – Complications :

Non traitée ou insuffisamment, la salpingite aigue peut évoluer vers des formes graves péritonéales et les formes subaiguës pouvant évoluer à bas bruit vers des séquelles tubaires.

➤ Les complications aiguës :

- Pelvipéritonite : tableau d'abdomen chirurgical avec syndrome infectieux sévère voire pyosalpynx ou abcès ovarien.
- Le traitement est chirurgical préférentiellement par voie cœlioscopique.
- En cas d'abcès du Douglas collecté, isolé, on pourra envisager un drainage par colpotomie postérieure (incision du cul de sac vaginal postérieure).

➤ Les complications à moyen et long terme :

- Inflammation résiduelle avec lésions de la muqueuse tubaire ou adhérences péri-tubo-ovariennes: facteur de risque de GEU (X10), d'infertilité, de douleurs.
- Phimosi tubaire, responsable d'infertilité.
- Obstruction tubaire avec hydrosalpynx. responsable d'infertilité et de réveils infectieux.
- Dystrophie kystique ovarienne liée à des adhérences péri-tubo-ovariennes.
- Les manifestations cliniques persistantes peuvent être des algies pelviennes chroniques (20 à 40% des cas), une dyspareunie profonde, une irrégularité menstruelle.
- Des Récidives infectieuses peuvent survenir dans 20% des cas.

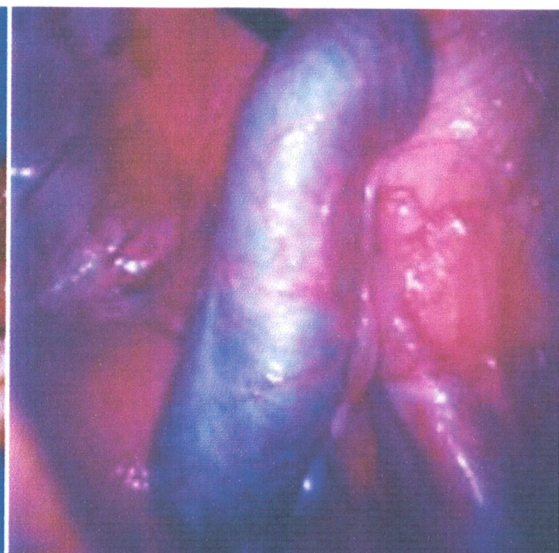


Figure 18 : phimosi tubaire

Figure 19 : hydrosalpinx droit

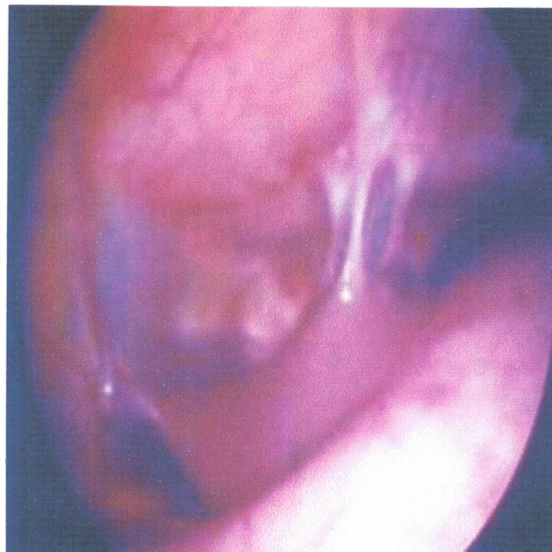


Figure 20 : adhérences hépatiques en "Cordes de violon"

3.6. Traitement :

Le traitement médical doit être initié en urgence et débuté en hospitalisation. Il comporte :

- Une poly-antibiothérapie bactéricide et synergique à bonne diffusion intracellulaire :
- Administrée par voie intraveineuse (dès que les prélèvements bactériologiques ont été réalisés), puis adaptée secondairement à l'antibiogramme. Il sera prolongé par voie intraveineuse 48 heures après l'apyrexie puis sera relayé par un traitement per os.

- En première intention, une des trois associations :
 - Amoxicilline + Aminoside + Métronidazole.
 - Amoxicilline + Acide Clavulanique (Augmentin*) (en l'absence d'allergie) : 4 g/24 h + Cycline : 100 mg/12 h.
 - Fluoro-quinolones: Ofloxacin (Oflocet*) ou Pefloxacin (Peflacine*), en cas d'allergie aux β lactamines.

- Adaptation du traitement :
 - Chlamydia, mycoplasmes ou si germe non retrouvé => Augmentin* pendant 15 j Cycline : 3 à 6 semaines.
 - Gonocoque: Amoxicilline 3 g/j pendant 15 j (ou Rocéphine* 2 g/j).
 - Anaérobies: Métronidazole.

- Mesures associées :
 - Ablation du D.I.U.
 - Repos strict au lit (-> héparines de bas poids moléculaires).
 - Antalgique et antispasmodique, glace sur le ventre.
 - Contraception orale pour mise au repos des ovaires, et éviter les abcès.
 - Arrêt de travail 1 mois après la sortie.
 - Protection des rapports sexuels (préservatifs).
 - Traitement du partenaire après prélèvement urétral et ECBU.
 - Administration d'anti-inflammatoires dans le but de diminuer l'inflammation péritonéale et la formation d'adhérences est de plus en plus discutée : après 48H d'antibiothérapie efficace.

➤ **Traitement préventif :**

- Information sur les MST.
- Dépistage et traitement précoces des infections génitales basses.
- Respect des contre-indications du stérilet et des règles de pose.
- Dépistage et traitement des partenaires.
- Déclaration obligatoire si gonocoque.

➤ **Éléments de surveillance :**

- Elle sera avant tout clinique :

Sous traitement, les douleurs doivent disparaître en 2-3 jours de même que la fièvre (sinon il faut suspecter un abcès pelvien).

- La surveillance para clinique comporte:
 - Une NFS et une VS (ou un CRP) qui seront renouvelées une fois par semaine jusqu'à normalisation. La VS mettra parfois 2 à 3 mois avant de se normaliser.
 - Un prélèvement génital bactériologique de contrôle.
 - Une cœlioscopie de contrôle à 3 mois pourra être indiquée en cas de désir de grossesse, persistance des douleurs ou du syndrome inflammatoire, ou pour libérer des adhérences après une forme sévère de salpingite (pelvipéritonite, collection abcédée).
Le meilleur critère clinique de guérison est la grossesse intra utérine évolutive.



METHODOLOGIE

METHODOLOGIE

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude descriptive, transversale à collecte prospective.

2. Période d'étude :

Notre étude s'est déroulée du 1^{er} janvier 2011 au 30 novembre 2011.

3. Population d'étude :

Il s'agit de toutes les patientes reçues dans le service pendant la période d'étude.

4. Critères d'inclusion :

Il s'agit des patientes reçues en urgence à la maternité et prises en charge dans le service.

5. Critères de non inclusion :

Il s'agit de toutes les patientes ne présentant aucune urgence gynécologique.


6. Collecte des données :

Les données ont été recueillies à partir :

- des fiches d'enquêtes portées en annexe.
- du registre des avortements.
- du registre du bloc opératoire.
- des dossiers des malades

7. Traitement informatique :

Les données ont été portées ; analysées en utilisant les logiciels Microsoft Word et Epi info version 3.3.2.

A blue ribbon graphic with a central rectangular box containing the word "RESULTATS". The ribbon has a 3D effect with a shadow underneath.

RESULTATS

RESULTATS

I – ETUDE GENERALE :

A – Fréquence globale des urgences gynécologique :

Année	2011
Nombre d'hospitalisation	14763
Nombre d'urgence gynécologique	556
Fréquence	3.76

Tableau I: répartition des urgences gynécologiques selon la fréquence globale

II – ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE :

A –Age :

Tranche d'âge	Avortement	GEU	Kyste ovarien en torsion	Salpingite
15 – 20 ans	1.2 %	0%	5.6%	0%
20 – 25 ans	14.2%	16.7%	44.4%	0%
25 – 30 ans	25.8%	27.7%	16.7%	0%
30 – 35 ans	21.6%	25%	0%	50%
35 – 40 ans	19.4%	25%	16.6%	0%
40 – 45 ans	16.6%	5.6%	16.7%	0%
45 – 50 ans	16.1%	0%	0%	50%

Tableau II: répartition des urgences gynécologiques selon l'âge

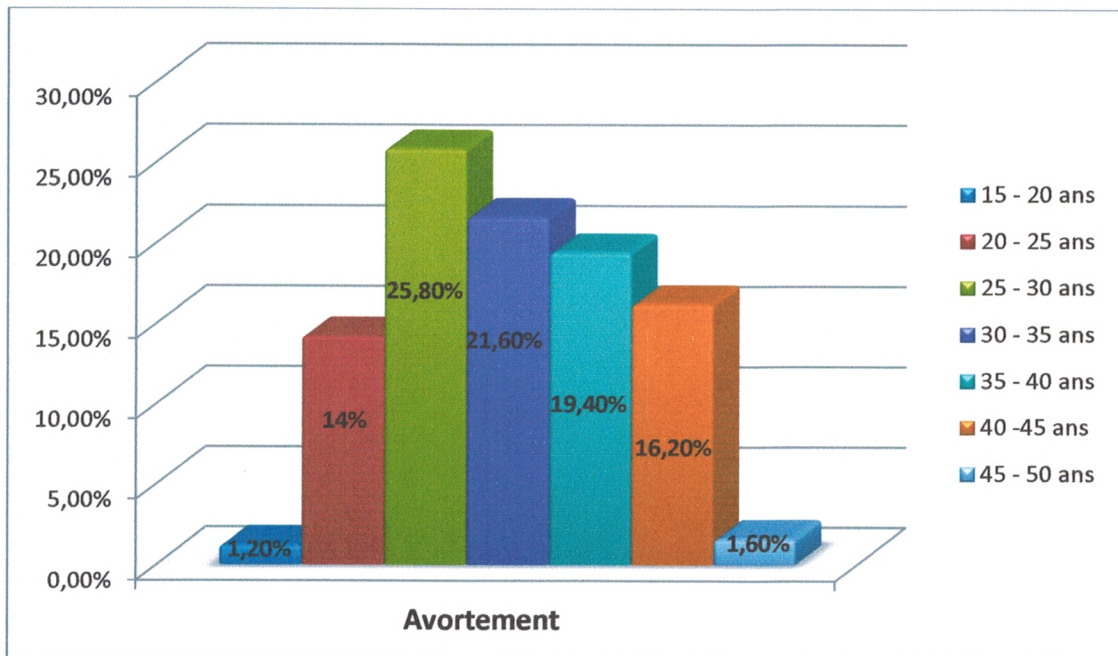


Figure II₁ : répartition des avortements en cours selon l'âge

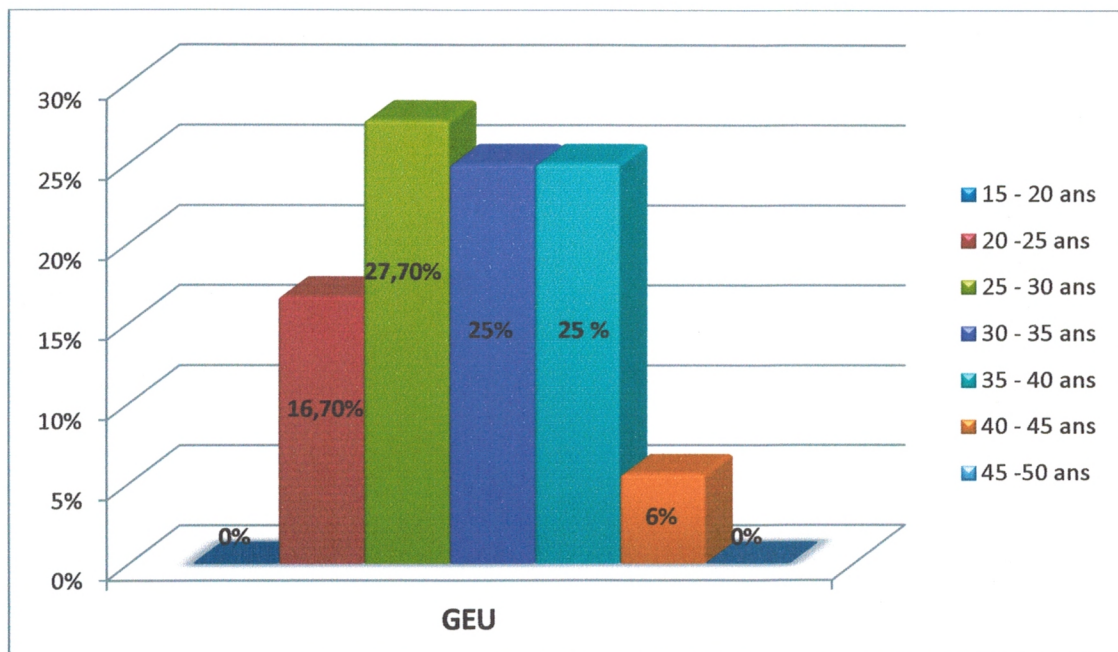


Figure II₂ : répartition des GEU selon l'âge

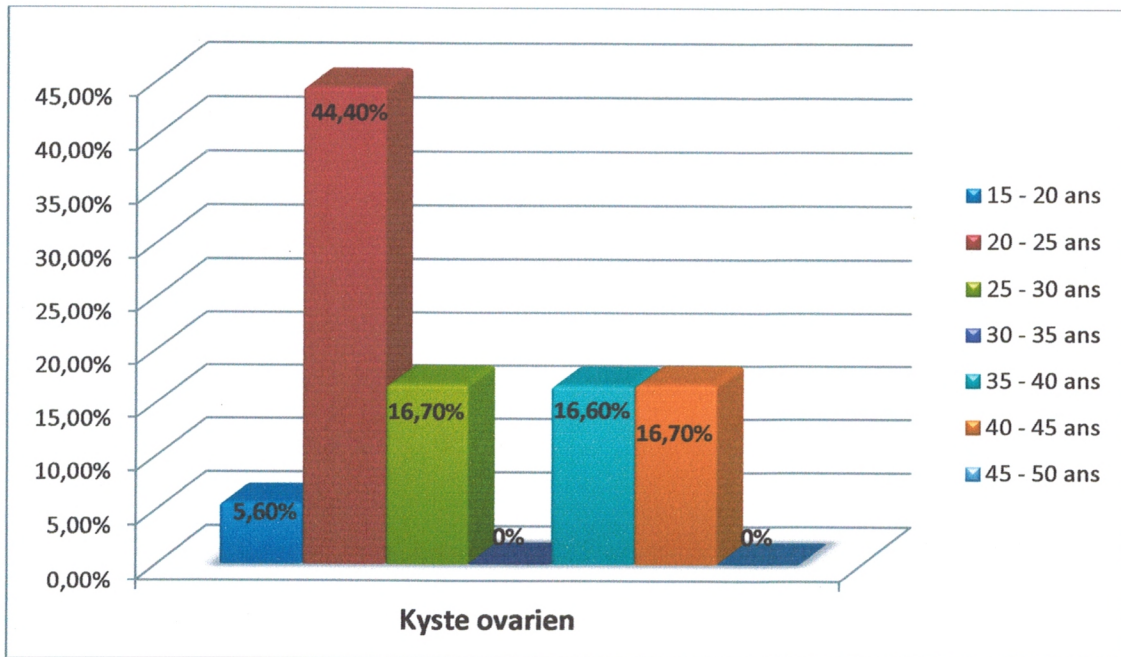


Figure II₃ : répartition des kystes ovariens en torsion selon l'âge

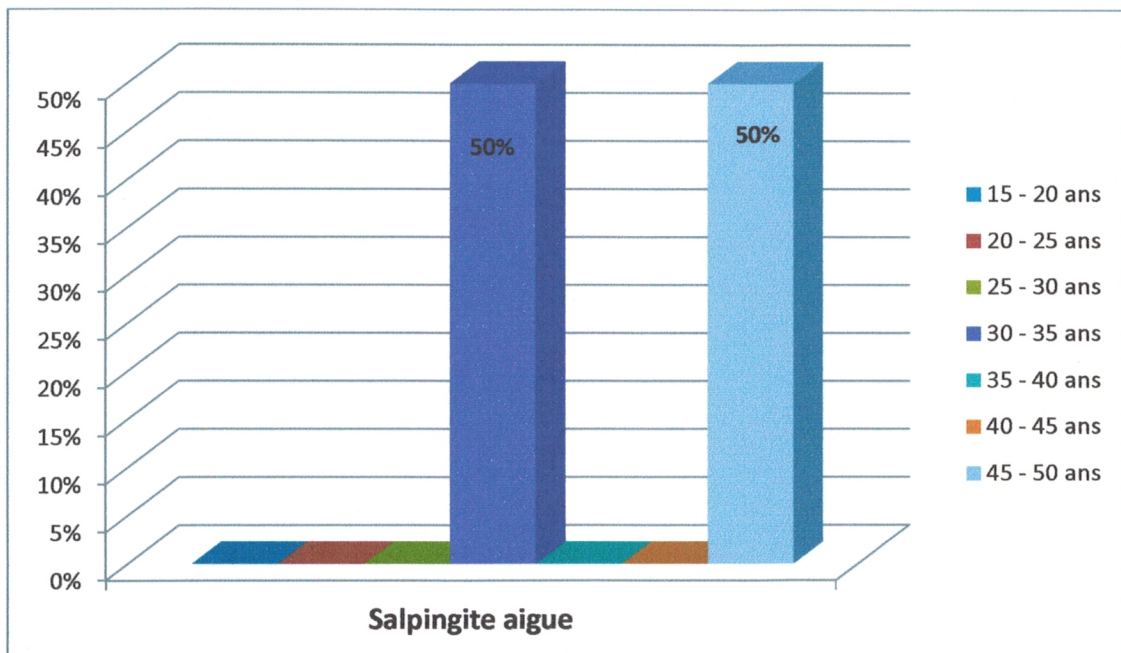


Figure II₄ : répartition des salpingites selon l'âge.

B – Parité :

Parité	Fréquence	Pourcentage
Nullipare	160	28,8%
Primipare	154	27,7%
Paucipare	232	41,7%
Multipare	10	1,8%
Total	556	100%

Figure III: répartition des urgences gynécologique selon la parité

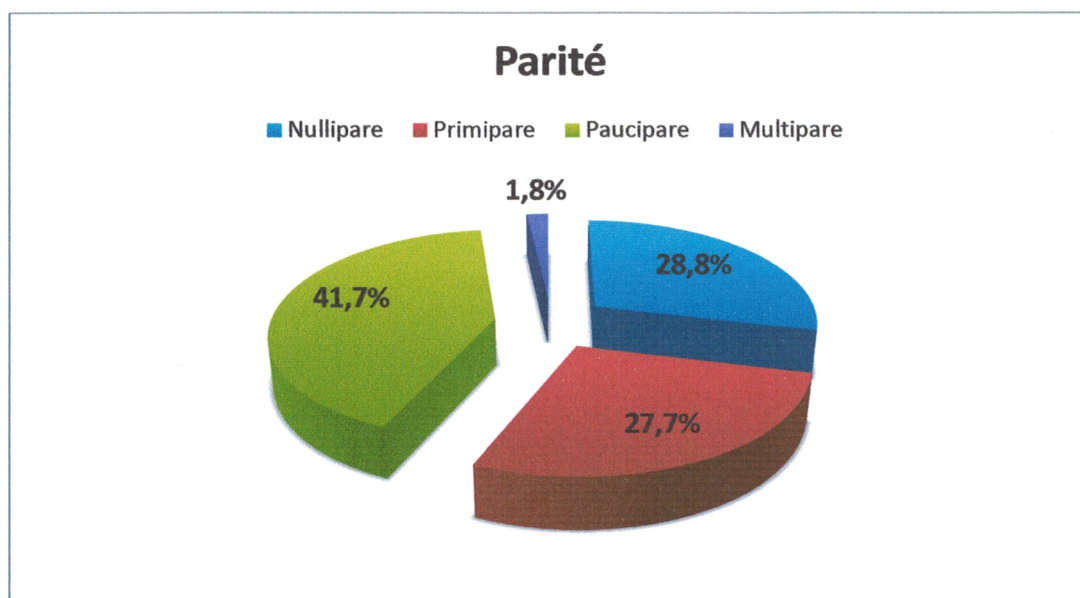


Tableau III: répartition des urgences gynécologique selon la parité

C - Mode de suivi :

Mode de suivi	Fréquence	Pourcentage
Aucun	411	73,9%
Généraliste	59	10,6%
Gynécologue-obstétricien	47	8,5%
Hôpital	8	1,4%
PMI	31	5,6%
Total	556	100,0%

Tableau IV: répartition des urgences gynécologique selon Le mode de suivi

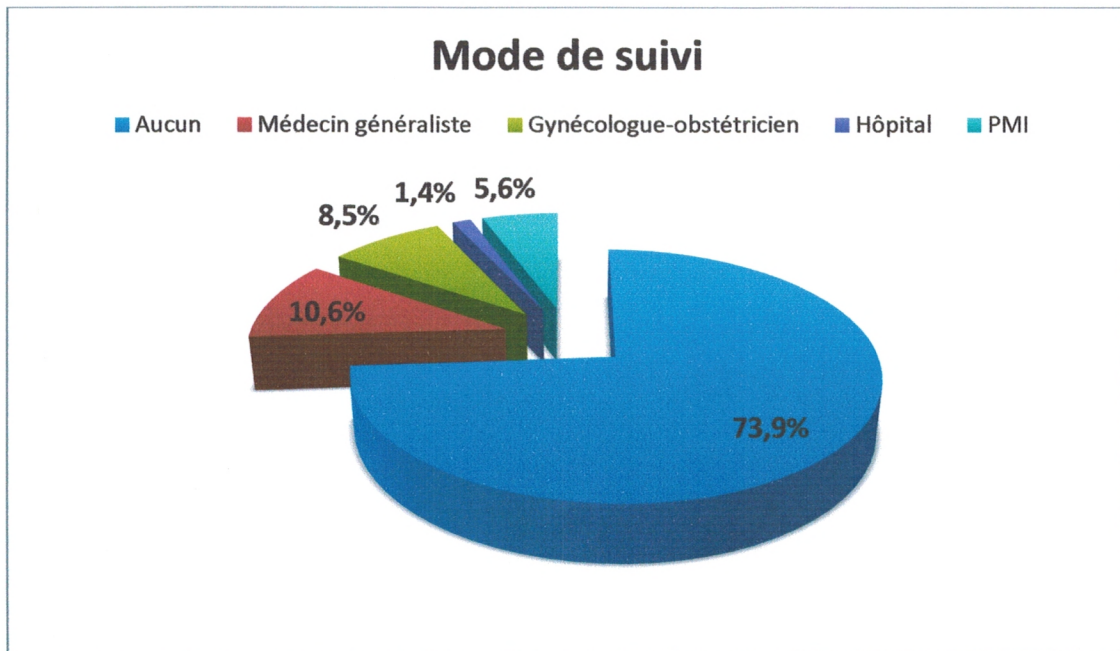


Figure IV: répartition des urgences gynécologique selon le mode de suivi

D - Nature de l'urgence gynécologique :

Type d'urgence	Fréquence	Pourcentage
Avortement en cours	500	89,9%
GEU	36	6,5%
Kyste ovarien en torsion	18	3,2%
Salpingite	2	0,4%
Total	556	100,0%

Tableau V: répartition des urgences gynécologique selon la nature

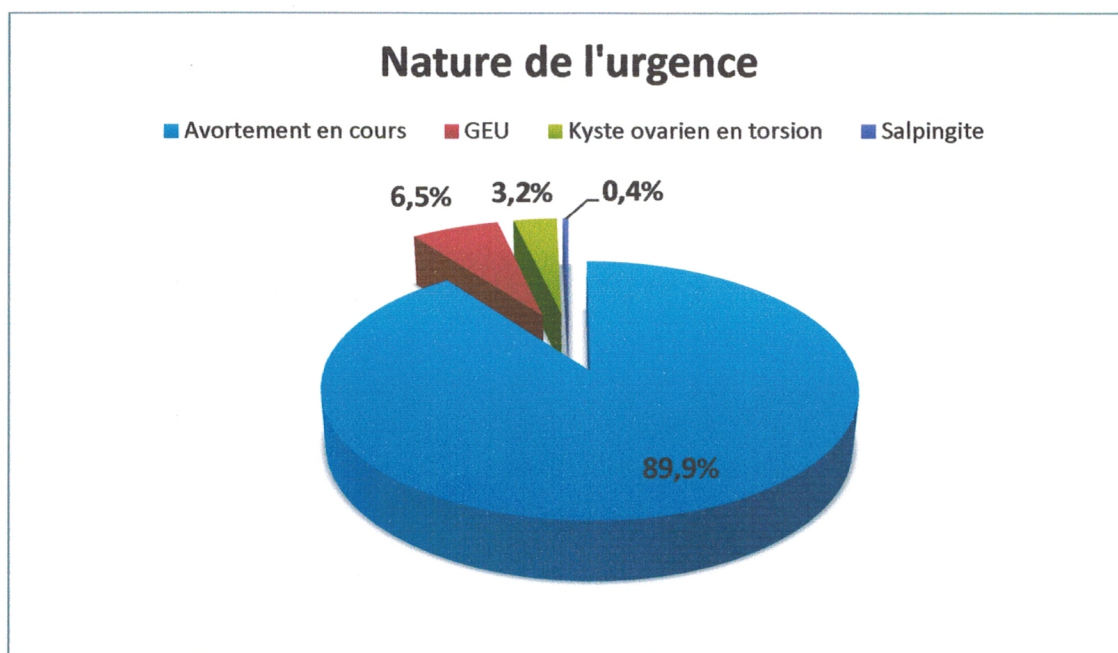


Figure V : répartition des urgences gynécologique selon la nature

E - Provenance des malades :

Secteur d'origine	Fréquence	Pourcentage
Ghazaouet	4	0,7%
Hennaya	18	3,2%
Hors wilaya	13	2,3%
Maghnia	10	1,8%
Nedroma	3	0,5%
Ouledmimoune	35	6,3%
Remchi	57	10,3%
Sebdou	14	2,5%
Sebra	13	2,3%
Tlemcen	389	70,0%
Total	556	100,0%

Tableau VI: répartition des urgences gynécologique selon la provenance des malades

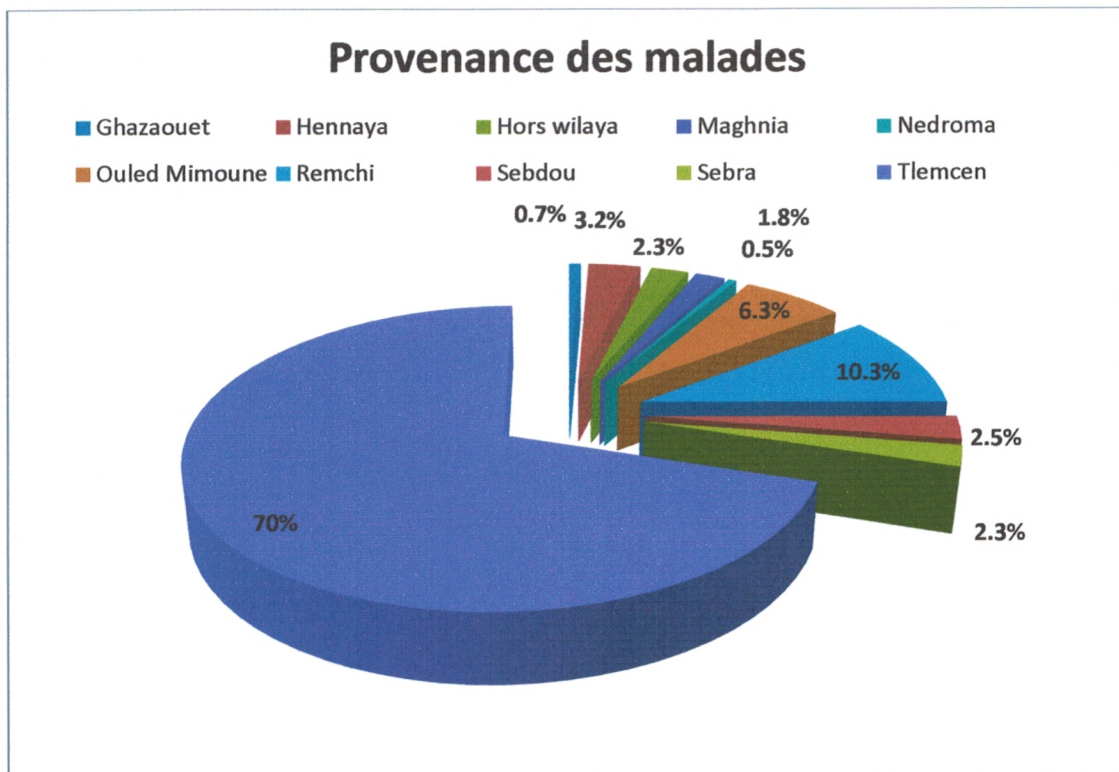


Figure VI: répartition des urgences gynécologique selon la provenance des malades

F - Mode d'arrivée :

Mode d'arrivée	Fréquence	Pourcentage
Ambulance	75	13,5%
Propre moyen	480	86,3%
SAMU	1	0,2%
Total	556	100,0%

Tableau VII: répartition des urgences gynécologique selon le mode d'arrivée

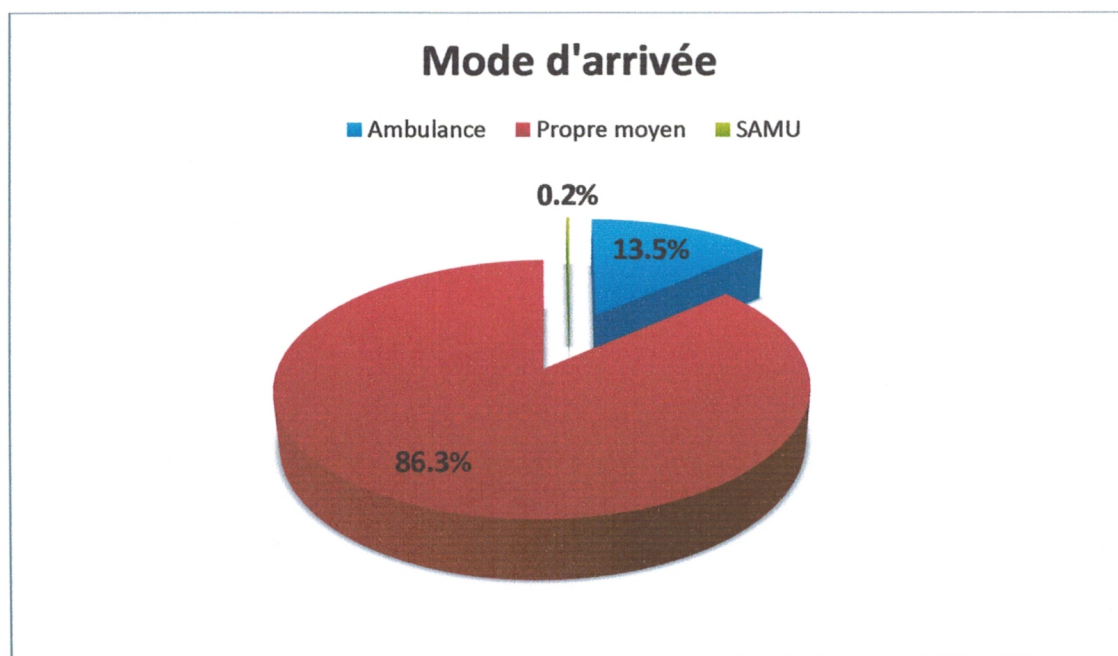


Figure VII: répartition des urgences gynécologique selon le mode d'arrivée

G - Personnel d'accueil :

Personnel d'accueil	Fréquence	Pourcentage
Médecin résident et médecin interne	556	100%
Médecin spécialiste	0	0%
Sage-femme	0	0%
Total	556	100%

Tableau VIII : répartition des urgences gynécologique selon le personnel d'accueil

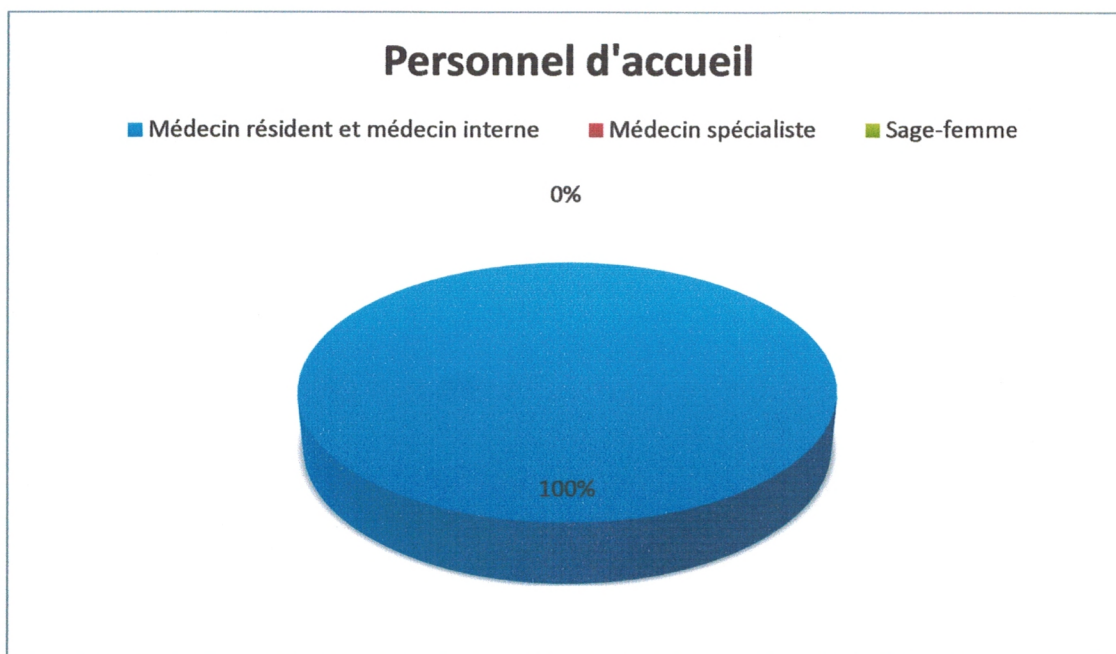


Figure VIII: répartition des urgences gynécologique selon le personnel d'accueil

H - Unité d'accueil :

Unité d'accueil	Fréquence	Pourcentage
Bloc opératoire	399	71,8%
Unité de gynécologie	136	24,5%
Unité de réanimation	21	3,8%
Total	556	100,0%

Tableau IX: répartition des urgences gynécologique selon l'unité d'accueil

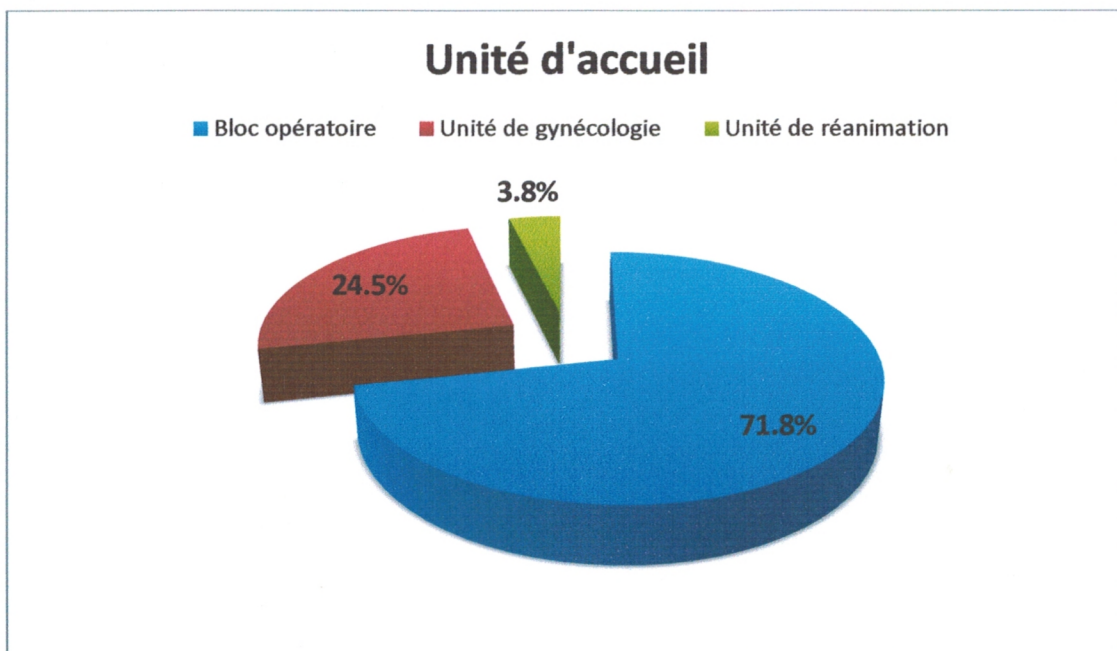


Figure IX: répartition des urgences gynécologique selon l'unité d'accueil

III – ETUDE CLINIQUE :

A - Motif de consultation :

Motif de consultation	Fréquence	Pourcentage
Douleur	34	6,1%
Douleur et saignement	265	47,7%
Saignement	257	46,2%
Total	556	100,0%

Tableau X: répartition des urgences gynécologique selon le motif de consultation

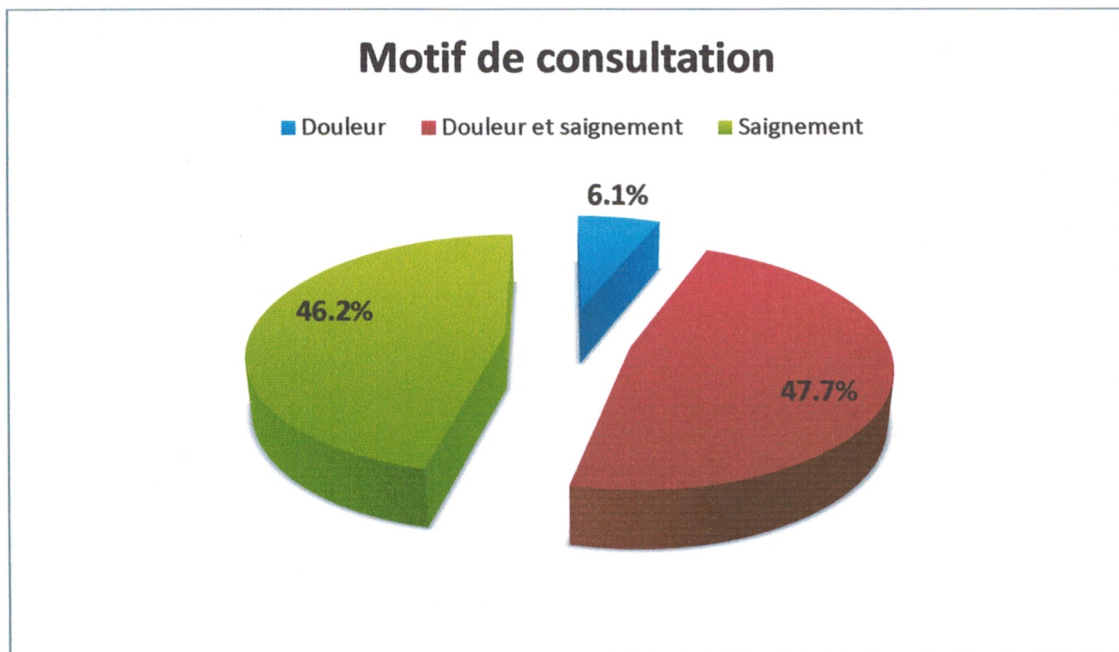


Figure X: répartition des urgences gynécologique selon le motif de consultation

B - Données de la biologie médicale :

Bilan biologique	Fréquence	Pourcentage
NFS	552	99.3%
Bilan d'hémostase	554	99.6%
β -hCG	46	8.3%
Urée/créat	20	3.6%
Glycémie	13	2.3%
VS-CRP	7	1.3%
Marqueurs tumoraux	2	0.4%

Tableau XI: répartition des urgences gynécologique selon les données de la biologie médicale

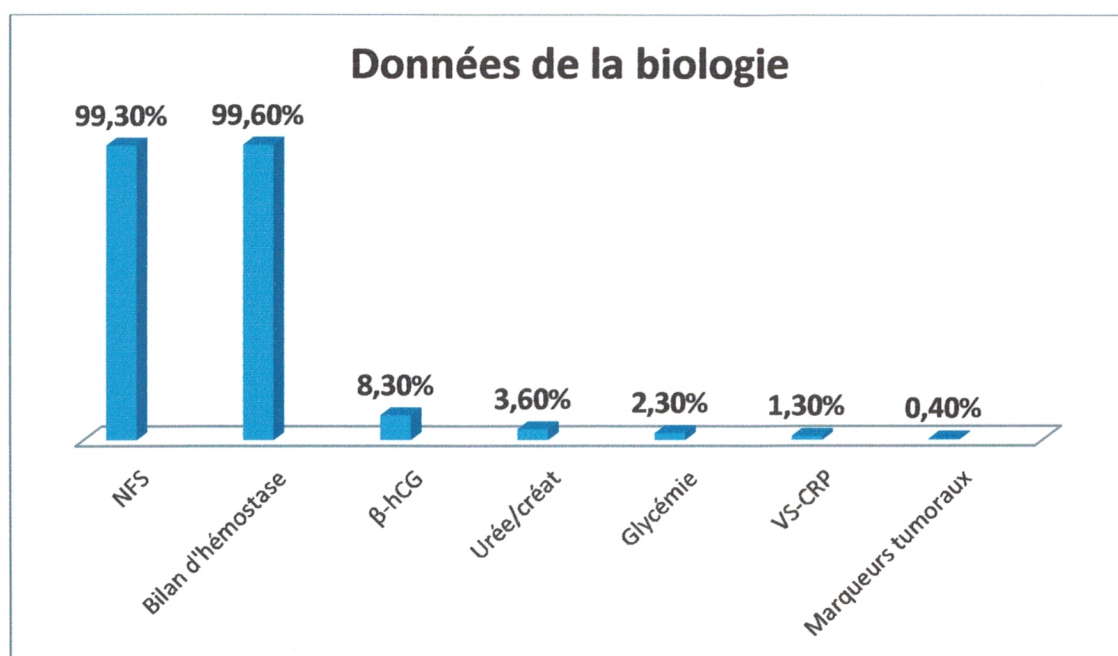


Figure XI: répartition des urgences gynécologique selon les données de la biologie

C - Données de l'imagerie médicale :

Examen d'imagerie	Fréquence	Pourcentage
Echographie abdominale	554	99.6%
Echographie cardiaque	7	1.3%
Téléthorax	3	0.5%
Echographie rénale	2	0.4%
Scanner	2	0.4%

Tableau XII: répartition des urgences gynécologique selon les données de l'imagerie médicale

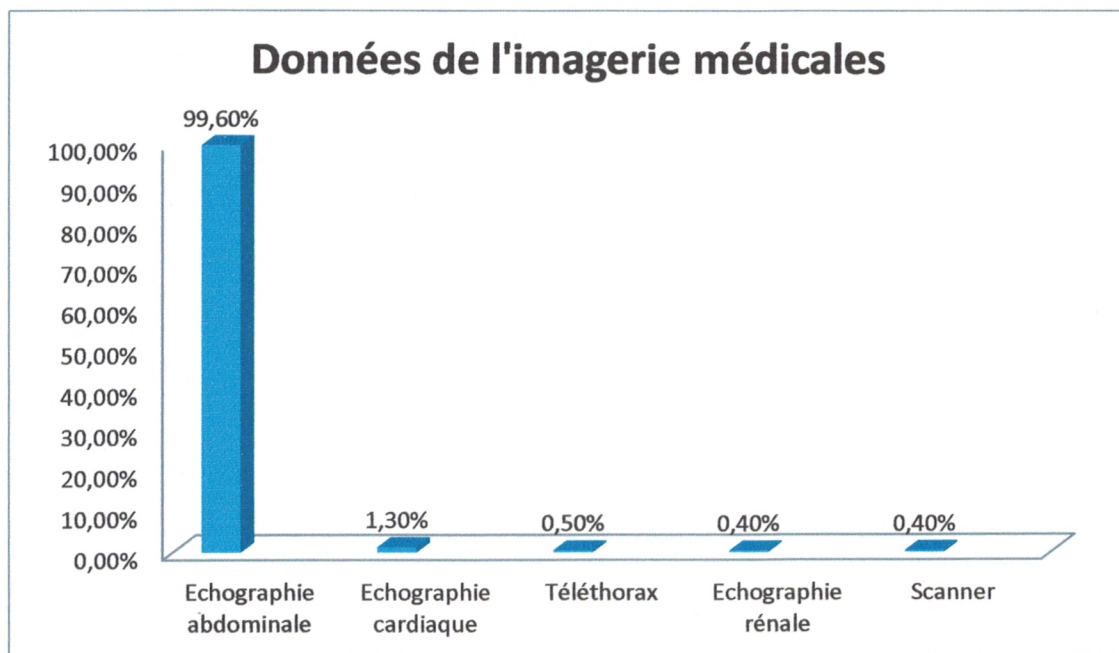
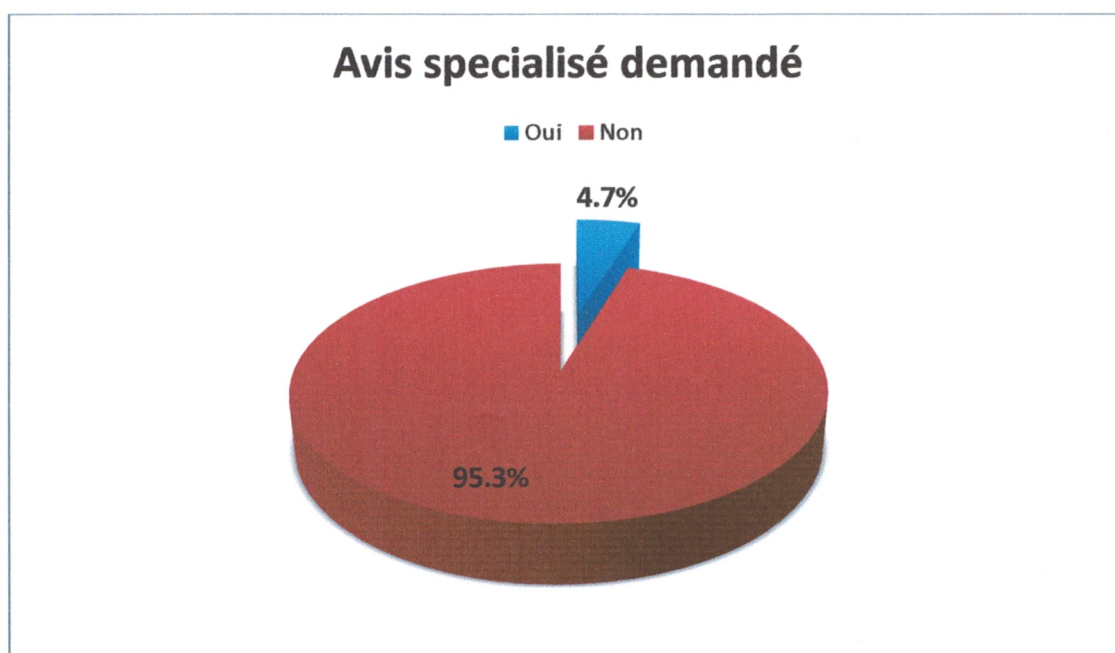


Figure XII: répartition des urgences gynécologique selon les données de l'imagerie médicale

D - Avis spécialisé demandé :

Avis demandé	Fréquence	Pourcentage
Oui	26	4,7%
Non	527	95,3%
Total	553	100,0%

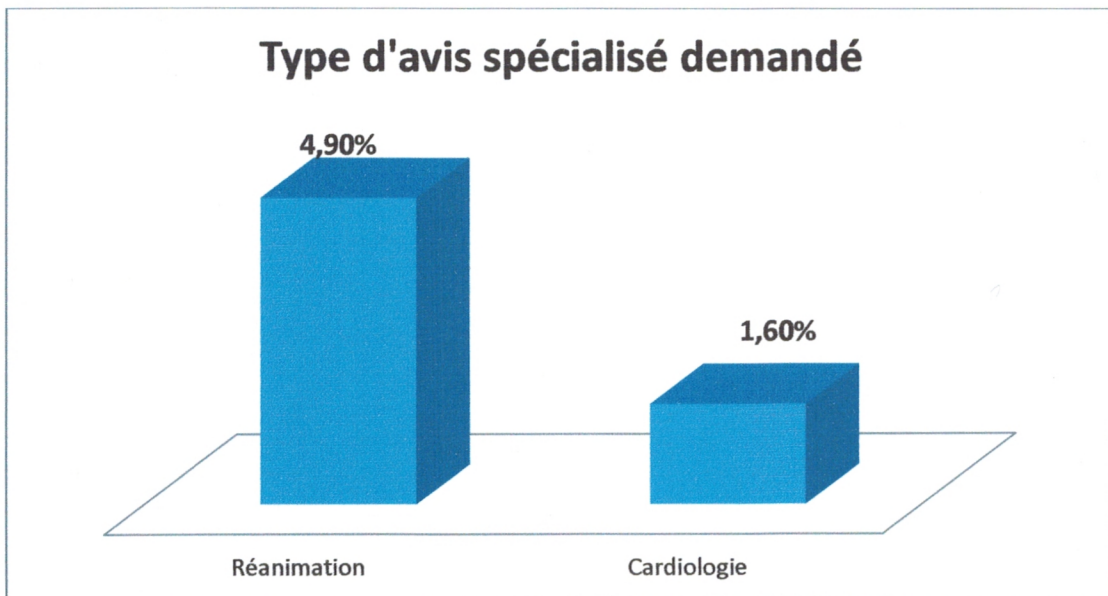
TableauXIII₁: répartition des urgences gynécologique selon l'avis spécialisé demandé



FigureXIII₁: répartition des urgences gynécologique selon l'avis spécialisé demandé

Avis spécialisé demandé	Fréquence	Pourcentage
Réanimation	27	4.9%
Cardiologie	9	1.6%

TableauXIII₂: répartition des urgences gynécologique selon le type d'avis spécialisé demandé



FigureXIII₂: répartition des urgences gynécologique selon le type d'avis spécialisé demandé

E - Conditionnement du malade :

Conditionnement	Fréquence	Pourcentage
Transfusion	123	22.1%
VVP	554	99.6%
VVC	2	0.4%
Oxygénothérapie	72	12.9%
Intubation	51	9.2%
Remplissage	69	12.4%
Antispasmodiques	13	2.3%
Antibiotiques	539	96.9%
Utérotoniques	512	92.1%
Sonde urinaire	62	11.2%

Tableau XIV: répartition des urgences gynécologique selon le conditionnement du malade

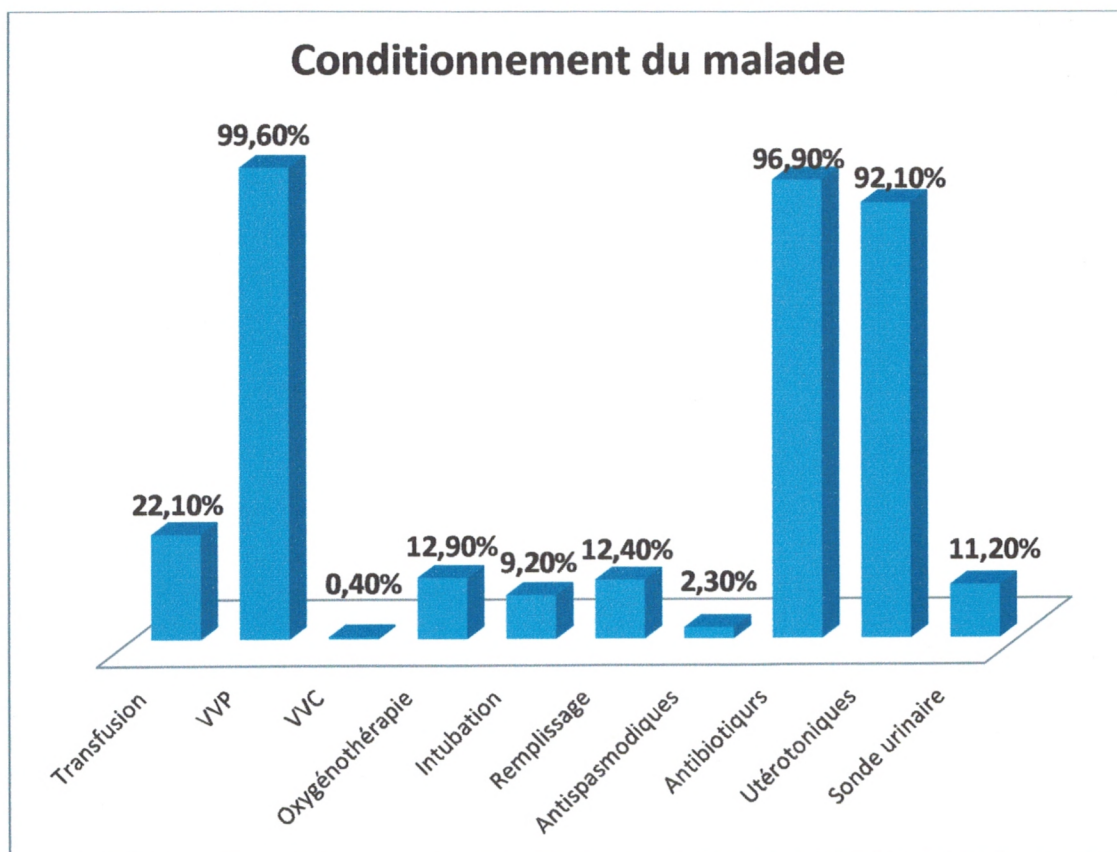


Figure XIV: répartition des urgences gynécologique selon le conditionnement du malade

F – Interventions chirurgicales :

Intervention chirurgicale	Fréquence	Pourcentage
Curetage	446	80.2%
Laparotomie exploratrice	41	7.4%
Salpingectomie	27	4.9%
Hystérectomie	1	0.2%
Kystectomie	6	1.1%
Annexectomie	4	0.7%

Tableau XV: répartition des urgences gynécologique selon l'intervention chirurgicale

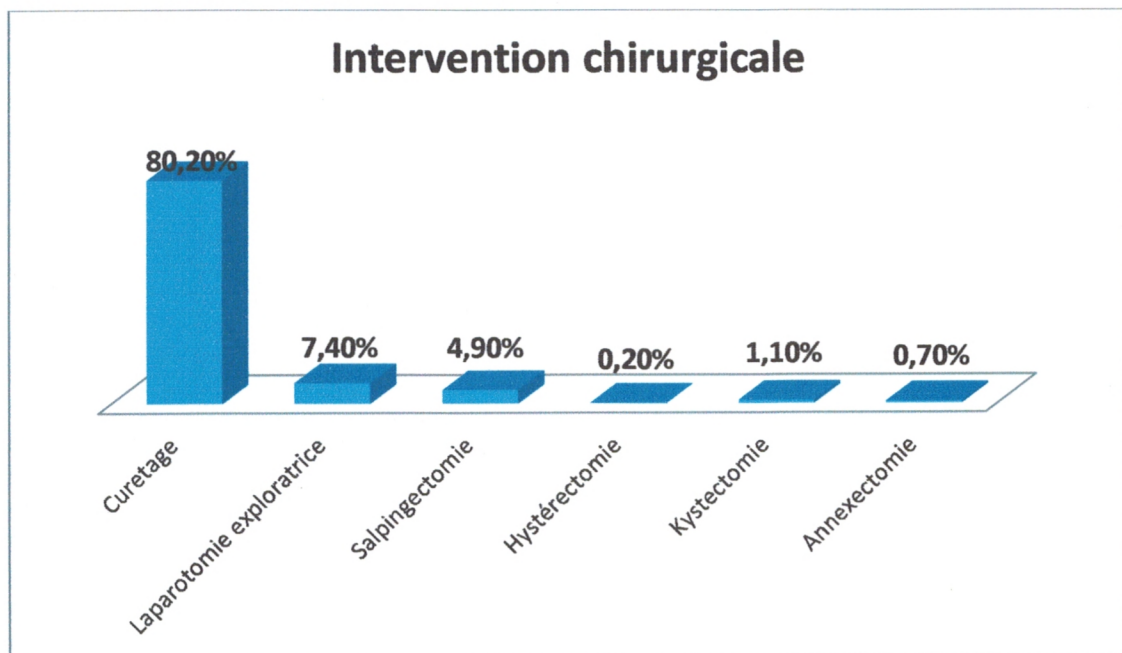


Figure XV: répartition des urgences gynécologique selon l'intervention chirurgicale

IV – PRONOSTIC :

A – Morbidité générale :

La morbidité	Fréquence	Pourcentage
Anémie	122	21.9%
Infection	3	0.5%

Tableau XVI : répartition des urgences gynécologique selon la morbidité générale

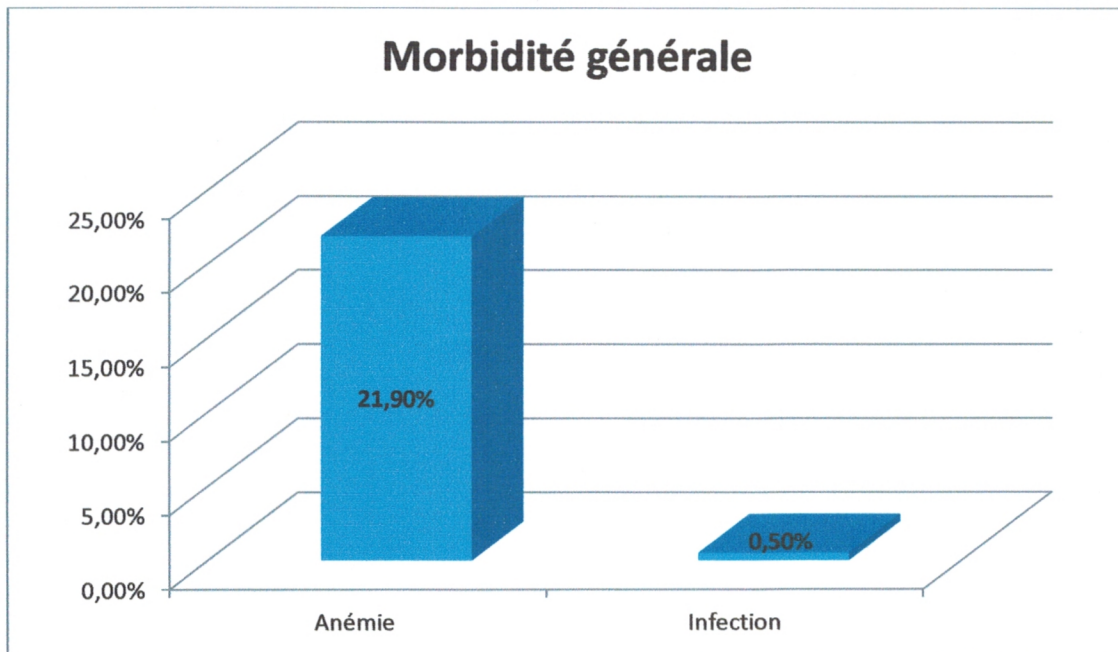


Figure XVI: répartition des urgences gynécologique selon la morbidité générale

B – Mortalité maternelle :

Décédé	Fréquence	Pourcentage
Non	556	100,0%
Total	556	100,0%

Tableau XVII: répartition des urgences gynécologique selon la mortalité maternelle

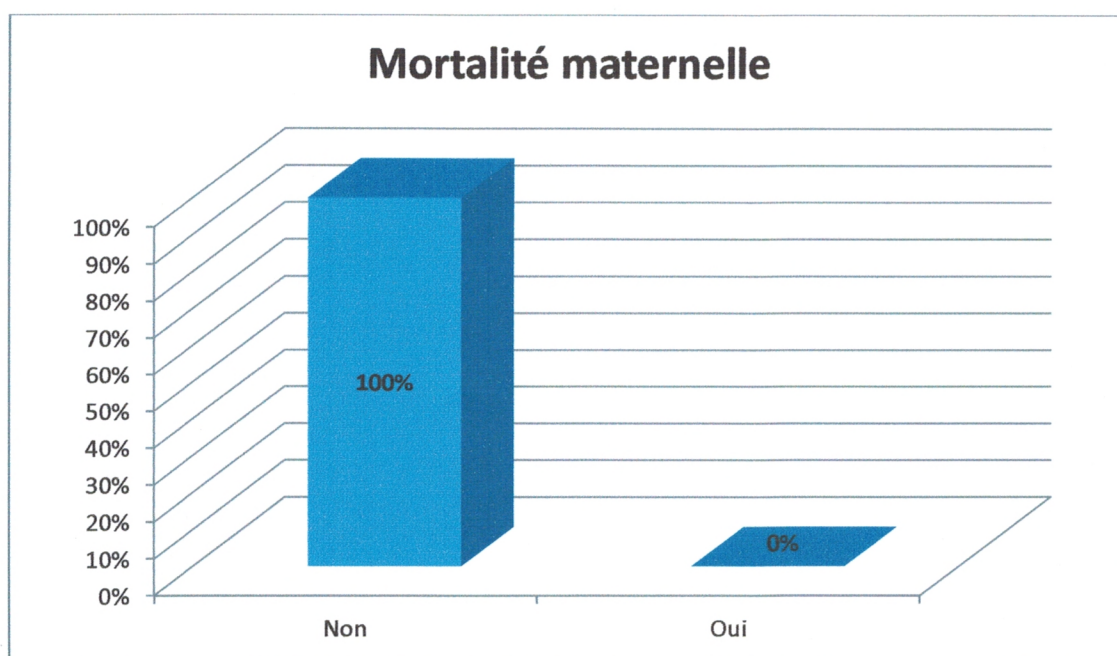



Figure XVII: répartition des urgences gynécologique selon la mortalité maternelle

A blue ribbon graphic with a central rectangular section containing the word "DISCUSSION". The ribbon has a 3D effect with a light blue top and a darker blue bottom. The word "DISCUSSION" is written in a bold, black, sans-serif font, centered within the white rectangular area of the ribbon.

DISCUSSION

DISCUSSION

I. ETUDE GENERALE :

A. Fréquence globale des urgences gynécologique :

La fréquence des urgences gynécologiques dans notre service est de **3.76 %** sur un total de **14763** patientes enregistrées en **11** mois.

Cette fréquence s'explique par le fait que le service de maternité de Tlemcen reçoit la majorité des urgences gynécologique de la wilaya.

Cette baisse progressive des urgences est le témoin d'une amélioration des infrastructures sanitaires et le renforcement des capacités en matière de réduction de la mortalité fœto-maternelle.

II. ETUDE EPIDEMIOLOGIQUE :

A. Age :

La majorité des patientes consultant aux urgences gynécologiques ont entre **20** et **40** ans. En effet la majorité des motifs de consultation sont en rapport avec la période d'activité génitale.

B. Parité :

Les nullipares et les primipares représentent respectivement **28.8 %** et **27.7 %** dans notre étude.

Les paucipares et les multipares représentent respectivement **41.7 %** et **1.8 %** et dans notre série. Le risque chez ces femmes est dû à la fragilité de l'utérus consécutive à des grossesses multiples et rapprochées.

C. Mode de suivi :

Dans notre étude **73.9 %** de nos patientes n'avaient fait aucune consultation prénatale d'après le tableau IV ; **8.5 %** de nos patientes suivaient chez un gynécologue obstétricien contre **10.6%** chez un médecin généraliste ; **1.4 %** de nos patientes avaient fait une consultation au niveau de l'hôpital contre **5.6 %** au niveau des PMI. Ce résultat peut s'expliquer par les problèmes économiques et socioculturels.

L'absence de surveillance pendant la grossesse et la mauvaise qualité des CPN constituent un facteur évident de risque au cours de la grossesse et un risque identique au cours de l'accouchement.

D. Nature de l'urgence gynécologique :

L'étude de la nature de l'urgence gynécologique montre que les avortements en cours sont en tête de fil avec un taux de **89.9 %** ; suivies des GEU avec **6.5 %**, puis les kystes ovariens en torsion avec un taux de **3.2 %** ; en fin les salpingites en dernier avec un taux de **0.4 %**.

E. Provenance des malades :

On note que le taux de provenance des malades est en rapport avec la distribution géographique de la masse démographique.

Les patientes venues de la ville de Tlemcen sont les plus nombreuses : **389** cas, soit **70 %**.

Le reste des nos patientes proviennent des régions périphériques de la ville ; en premier lieu Remchi avec **10.3 %**, suivi de Ouled Mimoune **6.3 %**, Hennaya **3.2 %**, Sebduou **2.5 %**, Sebra **2.3 %**, Maghnia **1.8 %**, Ghazaouat **0.7 %** et en dernier lieu Nedroma avec **0.5 %** des cas.

On a noté aussi **13** cas, soit **2.3 %** en provenance d'autres wilaya essentiellement des régions du sud algérien, cela s'explique par le manque d'infra structures adéquates et de personnels qualifiés.

F. Mode d'arrivée :

Dans notre étude, nous avons recensé **480** cas arrivés par leur propre moyen, soit **86.3 %** ; contre **75** cas évacués par le biais d'ambulance, soit **13.5 %** des cas.

On a noté un seul cas évacué par le biais du SAMU, soit **0.2 %** des cas.

G. Personnel d'accueil :

La totalité des patientes ont été vues et examinées dans un premier temps par le médecin interne, ensuite elles ont été présentées au médecin résident dans un deuxième temps pour compléter et orienter la prise en charge des patientes.

H. Unité d'accueil :

Avec **71.8 %**, le bloc opératoire occupe la première place des unités d'accueil de la de notre série, suivie de l'unité de gynécologie avec **24.5 %** des malades.

Seulement **3.8 %** des patientes ont nécessité une prise en charge dans l'unité de réanimation.

III. ETUDE CLINIQUE :

A. Motif de consultation :

Le saignement est le motif de consultation le plus fréquents aux urgences gynécologiques : **257** patientes se sont présentées aux urgences gynécologiques avec un saignement et représente **46.2 %** des patientes.

Les douleurs abdominales se retrouvent dans des pathologies gynécologiques digestives et urinaires : **34** patientes, soit **6.1 %** se sont présentées aux urgences gynécologiques avec des douleurs abdominales.

Ce symptôme peut être associé au saignement et on constate que **265** patientes sont arrivées à la fois avec des douleurs abdominales et un saignement.

B. Données de la biologie médicale :

Avec **99.56 %**, le bilan d'hémostase occupe la première place des données de la biologie médicale de notre série. Cet examen a été fait en cas de saignement et en cas de bilan pré-opératoire.

La NFS a été réalisée chez **99.3 %** des patientes présentant un syndrome infectieux et des saignements importants, c'est l'examen le plus réalisé après le bilan d'hémostase car il donne les informations suivantes : anémie (via l'hémoglobine), thrombopénie (via les plaquettes) et infection (via les leucocytes).

390 dosages des β -hCG ont été effectués pendant les **11** mois d'étude, soit **8.3 %** des patientes. Le test est réalisé systématiquement chez les femmes en âge de procréer pour lesquelles l'échographie n'a pas suffi au diagnostic.

Dans notre échantillon, le bilan hépatique représente **3.6 %** de l'ensemble des données de la biologie médicale. Il permet de savoir s'il y a une souffrance hépatique.

C. Données de l'imagerie médicale :

La majorité des patientes ont eu une échographie. On relève en effet que **99.6 %** des consultations ont nécessité cet examen pour une aide au diagnostic, en visualisant le contenu utérin et les annexes on peut diagnostiquer une GIU (sac + vésicule ombilicale intra utérin), une GEU (MLU avec activité cardiaque), un kyste ovarien et un épanchement liquidien dans le cul de sac postérieur de Douglas.

7 patientes ont eu recours à une échographie cardiaque, soit **1.3 %** des malades.

3 patientes ont bénéficié de télé thorax, soit **0.5 %** des urgences gynécologiques.

2 échographies rénales ont été réalisées pour compléter l'examen clinique.

2 scanners ont été effectués. Cet examen est réalisé chez les patientes pour lesquelles l'échographie n'a pas suffi au diagnostic.

D. Avis spécialisé demandé :

26 avis spécialisés ont été demandés sur les 354 patientes dans notre étude, ce qui représente % de nos patientes. L'avis spécialisé a permis de compléter la prise en charge des malades.

On a répertorié 27 avis de réanimation, soit 4.9 % sur toute la période d'étude ; et seulement 9 avis de cardiologie, soit 1.6 %.

E. Conditionnement du malade :

Le conditionnement des malades était en rapport avec le type d'urgence et les données cliniques.

Les gestes réalisés pour les patientes ont été :

- La VVP 213 cas, soit 62 % contre 2 cas seulement de VVC, soit 0.4 %.
- La transfusion 123 cas, soit 22.1 %.
- Le remplissage 69 cas, soit 12.4 %.
- L'oxygénothérapie 72 cas, soit 12.9 %.
- L'intubation 51 cas, soit 9.2 %.
- La sonde urinaire 62 cas, soit 11.2 %.
- Les antibiotiques 539 cas, soit 96.9 %.
- Les utérotoniques 512 cas, soit 92.1 %.
- Les antispasmodiques 13 cas, soit 2.3 %.

F. Intervention chirurgicale :

L'attitude thérapeutique était fonction des données cliniques. Dans le cadre d'une prise en charge correcte et rapide de ces urgences.

Pour les urgences gynécologiques, les interventions les plus pratiquées ont été :

- Le curetage **446** cas soit **80.2 %**.
- La laparotomie exploratrice **41** cas soit **7.4 %**.
- La salpingectomie **27** cas soit **4.9 %**.
- La kystectomie **6** cas soit **1.1 %**.
- L'annexectomie **4** cas soit **0.7 %**.
- L'hystérectomie **1** cas soit **0.2 %**.

VI. PRONOSTIC :

A. Morbidité générale :

Malgré l'amélioration des conditions de prise en charge, quelques cas de complications ont été enregistrés avec **125** cas soit % de nos patientes.

Elles sont dominées par l'anémie **21.9 %**.

Le taux d'infection retrouvé est de **0.5 %**. Cela pourrait s'expliquer par une amélioration de la qualité de l'asepsie.

B. Mortalité maternelle :

Dans notre étude nous n'avons enregistré aucun décès maternel. Cela peut s'expliquer par la qualité des soins et la rapidité de la prise en charge des urgences gynécologiques.

A blue ribbon graphic with a central rectangular box containing the word "CONCLUSION". The ribbon has a 3D effect with a light blue top and a darker blue bottom, and it features a central rectangular box with rounded corners. The word "CONCLUSION" is written in a bold, black, sans-serif font within this box.

CONCLUSION

CONCLUSION

De janvier 2011 à novembre 2011, nous avons enregistré **556** urgences gynécologiques soit une fréquence de **3.76 %**.

Les différents facteurs influençant le pronostic de ces urgences sont constitués par :

- L'âge (20-40 ans) : **75.7 %**.
- La parité (paucipares) avec **41.7 %**.
- Les conditions d'évacuation (distance à parcourir, moyen de transport, le retard à l'évacuation).

Les principales pathologies rencontrées sont :

- L'avortement en cours : **89.9 %**.
- La grossesse extra utérine : **6.5 %**.
- Le kyste ovarien en torsion : **3.2 %**.
- La salpingite : **0.4 %**.

Le curetage a été l'intervention la plus pratiquée au cours de notre étude avec **446** cas soit **80.2 %**.

L'anémie, occupent la première place parmi les causes de morbidité maternelle liées à la pathologie gynécologiques.

Nous n'avons recensé aucun décès maternel.



RECOMMENDATIONS

RECOMMANDATIONS

1. Au Ministère de la santé :

- Doter les centres de santé des compétences obstétricales (sage femme, gynécologue obstétricien) et du matériel approprié (matériels du bloc, table d'accouchement).
- Doter les centres de santé en ambulance équipée, afin d'assurer les évacuations simultanées.
- Assurer la disponibilité de sang « mini- banque de sang » dans la maternité pour des possibilités transfusionnelles rapides car de nos jours, l'hémorragie reste la première cause de décès maternel.

2. Aux autorités municipales :

- Améliorer l'état des routes, des moyens de transport pour garantir l'évacuation rapide des patientes.

3. Au médecin chef :

- Assurer la formation continue des gynécologues obstétriciens, des sages femmes, des infirmières au sein de la maternité afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patientes.
- Développer un comportement éclairé et une collaboration d'équipe efficiente pour une qualité de prise en soin, face aux urgences gynécologiques.
- Appliquer et réaliser, conformément aux recommandations de bonnes pratiques, les gestes et techniques nécessaires à la prise en charge d'un patient présentant une urgence gynécologique.

4. Aux sages femmes :

- Pratiquer les consultations prénatales selon les normes afin de déceler toute anomalie de la grossesse.

- Evacuer les patientes devant toute urgence vers un centre plus adapté à sa prise en charge ce qui améliore le pronostic.
- Evacuer à temps les patientes.

5. Aux médecins et aux sages femmes :

- Promouvoir l'IEC pour la santé à l'endroit de toutes les femmes en âge de procréer sur les risques liés à l'avortement et à la méconnaissance des risques de complication de la grossesse.
- Organiser des audits internes devant tous cas de décès maternel et tous les autres cas compliqués.
- Reconnaître et comprendre les mécanismes d'apparition des principales urgences gynéco-obstétricales, afin d'en identifier les symptômes et de prévenir les complications.

6. Aux gestantes :

- Faire les consultations prénatales aussi vite que possible dès le début de la grossesse pour améliorer la qualité de la prise en charge.



BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

1. OMS.

Prise en charge des complications de l'avortement. Guide pratique. Genève OMS. 1997 : 81p.

2. Professeur Pierre BERNARD.

Corpus Médical – Faculté de Médecine de Grenoble.

Les infections génitales - Décembre 2002 (Mise à jour avril 2005)

3. Cours de médecine - Gynécologie obstétrique

Avortement spontané. (medsante. 2005)

<http://medecine.sante-dz.org/cours/gyneco/abrt.htm>

4. Docteur BENCHIMOL

Gynécologue Obstétricien à Paris. France

http://www.docteur-benchimol.com/grossesse_extra_uterine.html

5. Michel Canis et Céline Houle.

Service de gynécologie-obstétrique, médecine de la reproduction.

Clermont Ferrand - France.

Prise en charge chirurgicale des torsions d'annexes.

6. PAPIERNIK E., ROSENBAUM H., BELAISCH-ALLART J.

Gynécologie. 1ère édition. Paris : Flammarion, 1990 : 787.

7. POUSSET C., LOPES P.

D.C.E.M. Chirurgie (Obstétrique). 1ère édition. Paris : heures de France. 1985 : 175p.

8. TOURRIS DE H., HENRION R., DELECOUR M.

Gynécologie et obstétrique. 6ème édition. Paris : Masson. 1994 : 671.

9. A PROUST F., BOUVET E., DUSSAUX H. HOFMAN

Infections génitales hautes : endométrite - salpingites collection - infirmière. Fascicule 5.

Gynécologie - édition Vigot 1982, 94-100.

10. B. SEGUY et N. MARTIN.

Grossesse extra-utérine. Manuel de Gynécologie pratique 1977, 297-308 Maloine.

11. BELAÏSCH J., TAURELLE R.

Urgences en gynécologie-obstétrique. 1ère édition. Paris, Doin, 1992 : 78.

12. BENZ J., GLATTHAAR E.

Check-lists de médecine : gynécologie. 1ère édition. Paris : Vigot, 1994 : 270.

A blue ribbon graphic with a central rectangular section containing the word "ANNEXE". The ribbon has a 3D effect with a light blue top and a darker blue bottom. The central section is white with a thin blue border.

ANNEXE

ANNEXE

L'année :	Mois :	N°
Nom :	Prénom :	
Age : G P	Groupage :	

➤ Type d'urgence :

- GEU
- Avortement
- Salpingite aigue
- Kyste ovarien en torsion

➤ Mode de suivi :

- Généraliste
- Gynéco-obstétricien
- Hôpital
- PMI
- Aucun

➤ Secteur sanitaire d'origine :

- Maghnia
- Sebdou
- Nedroma
- Autre : préciser

➤ Mode d'arrivée :

- Ambulance
- Propre moyen
- SAMU
- Transfert intra-hospitalier
- Autre : préciser

➤ Personnel d'accueil :

- Sage-femme
- Médecin résident
- Médecin interne
- Médecin spécialiste

➤ Unité d'accueil :

- Bloc opératoire
- Unité de gynécologie
- Unité de réanimation

➤ Motif de consultation :

- Saignement
- Douleur
- Pathologie vulvaire
- Infection salpingite
- Brûlure mictionnelle
- Nausée vomissement
- Autre : préciser

➤ Bilans biologiques :

- B-hcg
- Urée-créa
- Glycémie
- Bilan d'hémostase
- Autre : préciser

➤ Imagerie médicale :

- Échographie abdominale
- Échographie rénale
- Scanner
- Radiographie thoracique
- Échographie cardiaque
- Autre : préciser

➤ Avis demandés :

- Réanimation
- Cardiologie
- Ophtalmologie
- Chirurgie viscérale
- Endocrinologie
- Autre : préciser

➤ Conditionnement :

- Transfusion
- V. Veineuse périphérique
- V. Veineuse centrale
- Oxygénothérapie
- Sonde urinaire
- Intubation
- Remplissage vasculaire
- Antihémorragiques
- Antispasmodiques
- Antihypertenseur
- Autre : préciser

➤ Interventions chirurgicales :

- Curetage
- Laparotomie exploratrice
- Salpingectomie
- Hystérectomie d'hémostase
- Autre : préciser

➤ Morbidité :

- Anémie
- Infection
- Suppuration pariétale
- Lâchage de points
- Eventration
- Occlusion post-opératoire
- Perforation utérine
- Autre : préciser

➤ Mortalité :

- Hémorragie sévère
- Septicémie
- Avortement
- GEU
- Autre : préciser