

Préambule : Le résumé suivant est rédigé à partir de notes prises au vol. Des erreurs ou fautes de frappe sont possibles.

Voici le lien pour visualiser les visioconférences HUG-CHUV (nouveau) :

<https://www.hug.services/groupe/departement-enfant-et-adolescent>

La première fois il faut créer un compte externe (onglet), puis après s'identifier comme collaborateur externe.

Colloque de pédiatrie Lausanne-Genève du mardi 8 avril 2019

1^{re} heure :

Urgences gynécologiques de l'adolescente

Dre M. Jocat-Guillarmod, CHUV

L'adolescente se présentant aux urgences soulève différentes problématiques : elle a une prise de risque augmentée, un processus d'autonomisation faisant intervenir la confidentialité, elle est à l'âge de la découverte de la sexualité (identité, passage à l'acte), un vécu des expériences sur le mode de l'urgence et une pensée magique d'invulnérabilité.

Examen : Nathalie, 16 ans, jeune fille au pair, présente des douleurs abdominales diffuses avec diarrhée. Elle est amenée aux urgences par la mère de la famille d'accueil, et aux urgences un enfant de 3,400 kg, nouveau-né à terme de 41 semaines, né sans problème. Dans ce cas, il y a eu un déni de grossesse.

Dans l'anamnèse, on retrouve une notion de rupture de préservatif, et une prise de poids qui a été banalisée.

Concernant la sexualité, en 2002, 50% des adolescentes âgées de 17 ans étaient sexuellement actives. Une étude récente a montré la même chose.

Les motifs de consultation sont les douleurs abdominales, les saignements, la grossesse. Les corps étrangers, les abus sexuels ne seront pas abordés dans cette conférence.

Les douleurs abdominales peuvent comporter un risque vital, comme lors de grossesses extra-utérines, ou peuvent être plus communes comme dysménorrhée, mittelschmerz.

1) Grossesse extra-utérine : la douleur est latérale basse, avec saignement (pas toujours évident), nausées, vomissements. Il existe un risque de choc hémorragique. Il y a une clinique d'abdomen aigu. L'échographie montre l'absence de grossesse intra-utérine, et une masse annexielle avec des battements cardiaques foetaux parfois perçus. Si la patiente est instable, la chirurgie s'impose. Si la patiente est stable, un traitement de Méthotrexate se discute.

2) Fausse couche du premier trimestre : les douleurs abdominales sont basses, les métrorragies très importantes. Il y a également une clinique d'abdomen aigu. L'échographie montre une grossesse intra-utérine en voie d'expulsion ou un œuf clair.

3) torsion ovarienne : La douleur est latéralisée, en coup de couteau, irradiant dans le dos, le flanc ou l'aîne, avec nausées, vomissements. La torsion est souvent déclenchée par un effort et survient plus souvent à droite. Il y a interruption du flutter ovarien, la torsion ovarienne représente environ 3% des abdomens aigus. L'échographie doppler montre une masse annexielle avec reflux interrompu. Le traitement est chirurgical dans les 6 heures, avec détorsion +/- kystectomie.

Causes d'urgence plus communes, non vitales.

4) dysménorrhée. 40 à 90% des adolescentes présente une dysménorrhée d'intensité très variable. Les douleurs sont crampiformes, médianes, irradiant dans le dos, parfois avec nausées et céphalées.

5) mittelschmerz : la douleur survient en milieu de cycle. C'est un processus de l'ovulation durant de quelques minutes à quelques heures, un saignement impossible. L'échographie abdominale montre du liquide libre, parfois l'ovulation. Le traitement se fait par AINS ou contraception œstroprogestative. S'il y a une contre-indication aux œstrogènes, par progestatif seul.

6) PID (Pelvic Infectious Disease) : les douleurs sont abdominales basses, latéralisées, parfois avec leucorrhées purulentes. Dans le syndrome de Fitz Hugh Curtis, les douleurs sont dans la loge hépatique. Au toucher vaginal, les douleurs existent à la mobilisation du col. Le PID peut évoluer vers un abcès tubo-ovarien.

7) rupture de kyste ovarien : la douleur est latéralisée, d'apparition soudaine. La patiente est très algique, on trouve du liquide libre à l'échographie, un kyste rétracté est parfois visible. Le traitement se fait par repos, anti-inflammatoires non stéroïdiens. Parfois un drainage peut être nécessaire.

8) grossesse

Anomalie de saignement : les saignements peuvent être excessifs, trop forts : hyperménorrhée.

L'anamnèse révèle un changement trop fréquent de tampons, des caillots, un débordement nocturne, une durée de règles de plus de 8 jours. Le score de Higham peut-être utile.

On peut rechercher des causes, comme la maladie de Van Willebrand, d'autres déficits de coagulation. Il peut y avoir une cause iatrogène coma traitement anticoagulant un dispositif intra-utérin. Parfois un traumatisme avec une lacération vaginale. Il faut aussi penser à la grossesse avec une fausse couche hémorragique. Mais la cause la plus fréquente est l'immaturation de l'axe hypothalamogonadique. L'évaluation se fait par une formule sanguine simple, une crase, un test de

grossesse. Un traitement d'acide tranexamique peut être utile, la prophylaxie se fait avec une pilule œstroprogestative forte (50 µg) s'il n'y a pas de contre-indication.

Grossesse : en 2016, il y avait entre 15 et 19 ans, deux pour 1000 grossesses en Suisse (six pour 1000 en Italie, 12 pour 1000 ans Grande Bretagne). L'interruption de grossesse en Suisse de 15 à 40 ans et de 7.1 alors que la moyenne Européenne et de 27.

Pour la contraception, le préservatif et la pilule sont les plus employés mais le stérilet est de plus en plus répandu.

Dans la prise en charge, il est nécessaire de procéder à l'évaluation des adolescentes avec l'aide du questionnaire HEAADSSS. Il est nécessaire de voir l'adolescente seule, en confidentialité. Le test de grossesse ne doit pas être oublié.

Dans les questions qui ont suivi, a été abordé la question de l'endométriose. Actuellement, il n'y a pas de d'outil diagnostique, le diagnostic n'est pas fréquent à l'adolescence et ne doit pas être surévoqué.

Compte rendu du Dr V. Liberek

vliberek@bluewin.ch

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch