

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, SpO₂, 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, anciens ECG, dossiers éventuels, dates d'hospitalisations antérieures).

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 pré-établi :
 - pose une voie veineuse de calibre 18G 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.
 - met en route une analgésie en l'absence de contre-indication et selon l'intensité de la douleur.
 - **En l'absence d'urgence vitale**
 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, SpO₂, 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. Appelle le médecin qui examine la patiente et prescrit des examens complémentaires si nécessaire.
 5. Rassure la patiente et explique les gestes entrepris.
 6. Surveille spécifiquement la titration morphinique.
 7. 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.

DOULEURS GYNÉCOLOGIQUES*

COMITÉ SCIENTIFIQUE : Frédéric Lapostolle - Agnès Ricard-Hibon - Axel Ellrodt - Pierre-Yves Gueugniaud - Bruno Garrigue
 RÉDACTEURS : Marc Freysz - Anne Le Berre - Elisabeth Menthonnex

GÉNÉRALITÉS

DOULEUR

- La douleur se caractérise par sa localisation et ses éventuelles irradiations, son type (crampes, strictions, 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 pré-menstruelles, 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** : 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).

Douleur de cause utérine :

- **Nécrobiose d'un fibrome utérin** : douleur utérine localisée et paroxystique avec une fièvre à 38°C - 38,5°C ; 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.
- **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.

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'étiologie, 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, 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 type paracétamol (1 g x 4/j) et/ou d'anti-inflammatoires non stéroïdiens type ibuprofène (400 mg x 3/j).

STRATÉGIE D'ANALGÉSIE

Dysménorrhée

VOIE ORALE POSSIBLE

PARACÉTAMOL
1 g PO x 3/j

et/ou

IBUPROFÈNE
400 mg PO x 3/j/6 h

ou

DICLOFÉNAC
50 mg PO

±

PHLOROGLUCINOL
lyoc 80 mg x 2/j
ou
suppo 150 mg x 3/j

VOIE ORALE IMPOSSIBLE

PARACÉTAMOL
1 g IVL sur 15 min/6 h

et/ou

KETOPROFÈNE
100 mg IVL
sur 15 min/8 h

±

PHLOROGLUCINOL
40 mg/8 h IV

Diagnostic étiologique non fait

30 ≤ EVA < 60

PARACÉTAMOL
1 g IVL sur 15 min/6 h

+

PHLOROGLUCINOL
40 mg/8 h IV

±

NÉFOPAM
20 mg IVL sur 45 min/8 h

ou

TRAMADOL
100 mg IV la 1^{re} h
puis titration/50 mg
(dose max. 250 mg)
Relais 50-100 mg/4-6 h

RÉÉVALUATION RAPIDE DE LA DOULEUR
Diagnostic et traitement étiologiques

EVA > 60

PARACÉTAMOL
1 g IVL sur 15 min/6 h

±

MORPHINE titrée
0,05 mg/kg IVD (2 min)
puis bolus de
2-3 mg/5 min

COMPLÉMENT D'ANALGÉSIE

- Traitement anti-émétique et antispasmodique.

Références bibliographiques

- Langer B. Conduite à tenir devant des douleurs pelviennes (en dehors de la grossesse). In: Urgences en gynécologie obstétrique. Masson 2004 : 203-20.
- Beucher G, Beillat T, Dreyfus M. Prise en charge des fausses couches spontanées du 1^{er} trimestre. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2003 ; 32 (1) : 5-21.
- Chapron C. Douleur et endométriose profonde. J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod. 2003 ; 32 : 4532-4536.
- 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) : 3518-3527.