

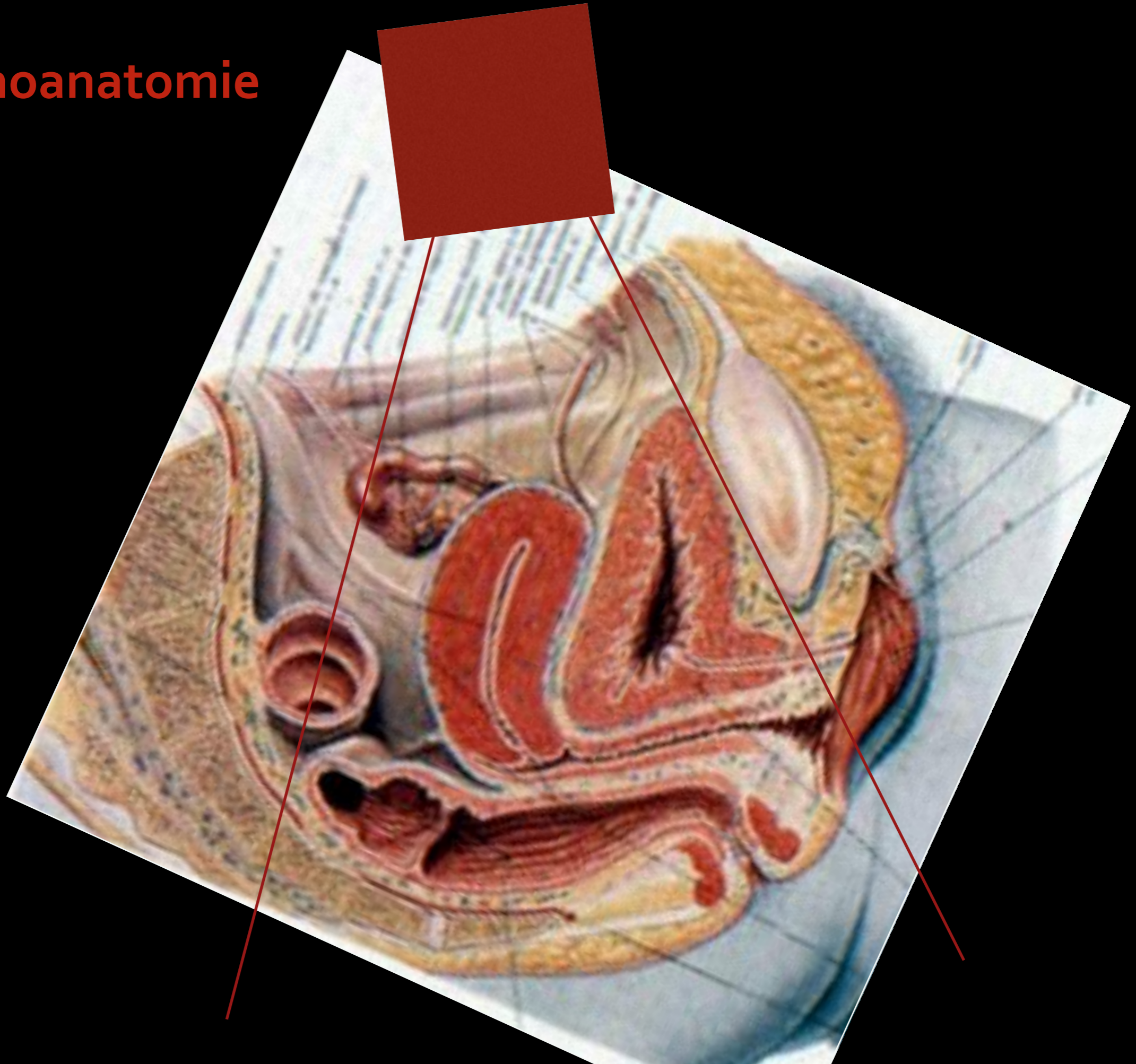
Douleurs pelviennes

Séminaire ECAU 2016

Objectifs et plan

- Dans le contexte, sérier ce qui doit aller au bloc opératoire, en consultation gynéco en urgence ou de manière différée
 - Pelvis normal
 - Pathologique

- **Échoanatomie**



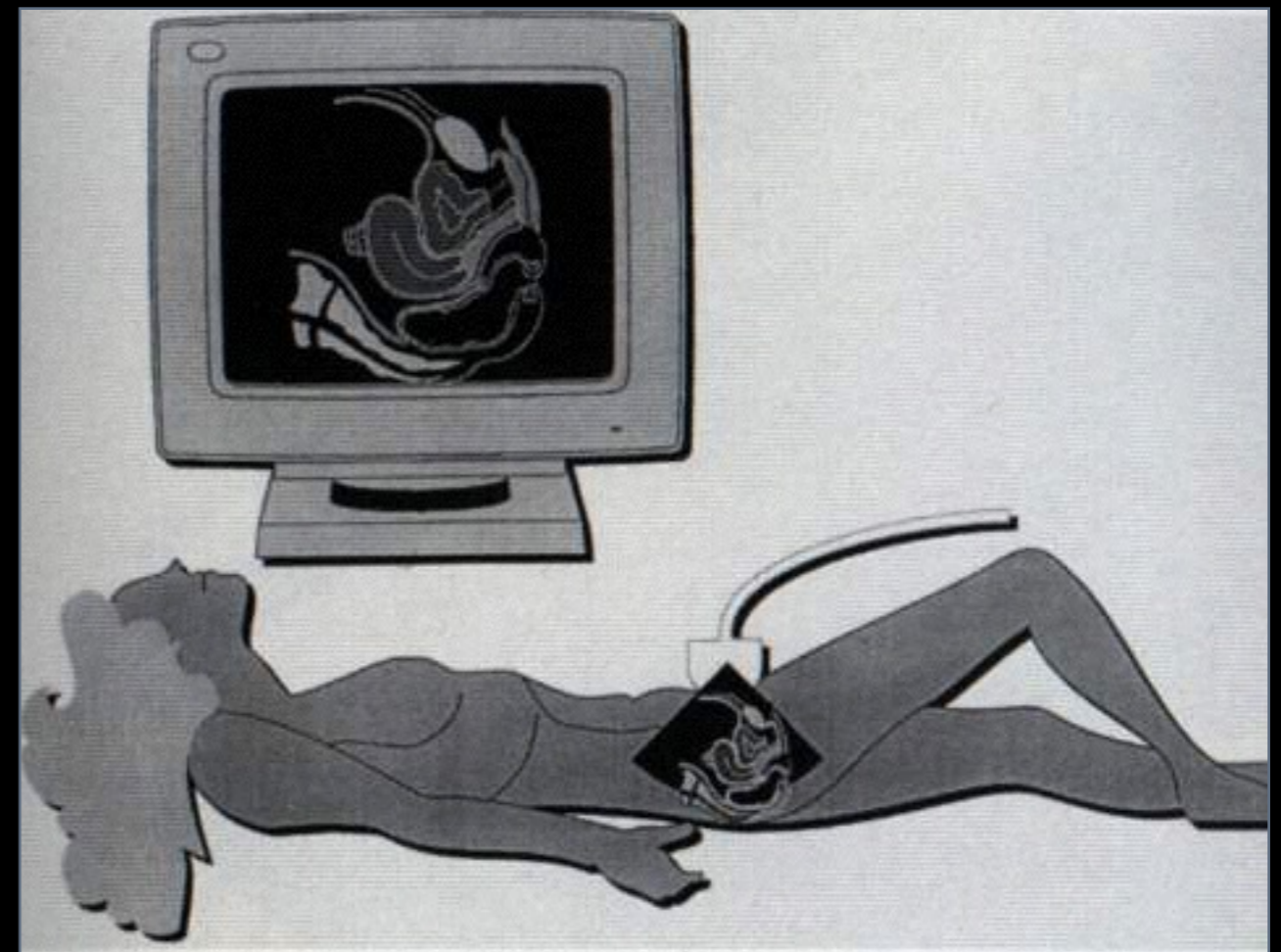
Aspects techniques : réalisation de l'échographie

Vessie semi-pleine +++

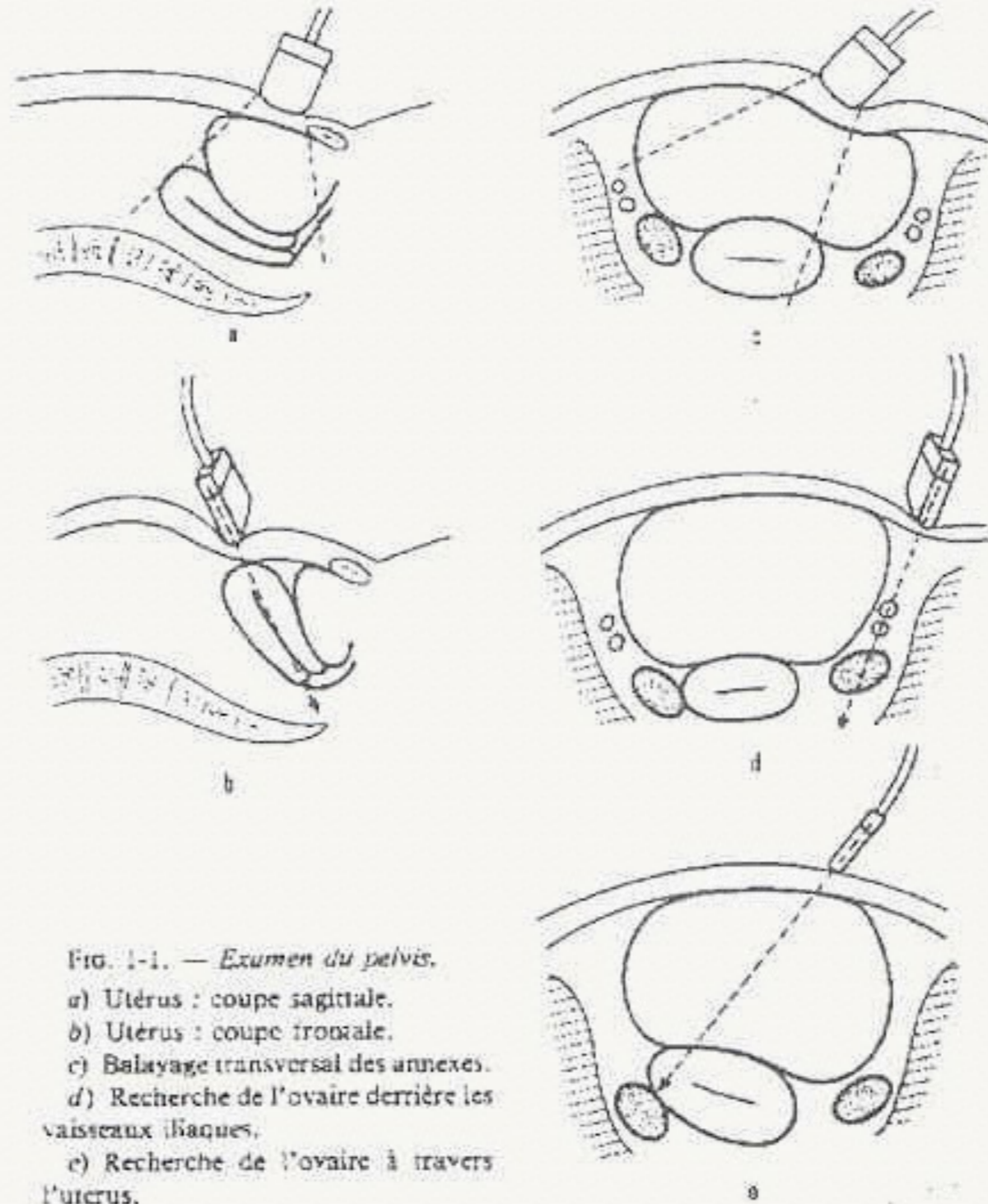
Exploration de l'ensemble de l'abdomen

Quantifier l'abondance de l'épanchement en premier...

ECHOANATOMIE NORMALE



Positions de la sonde



Utérus

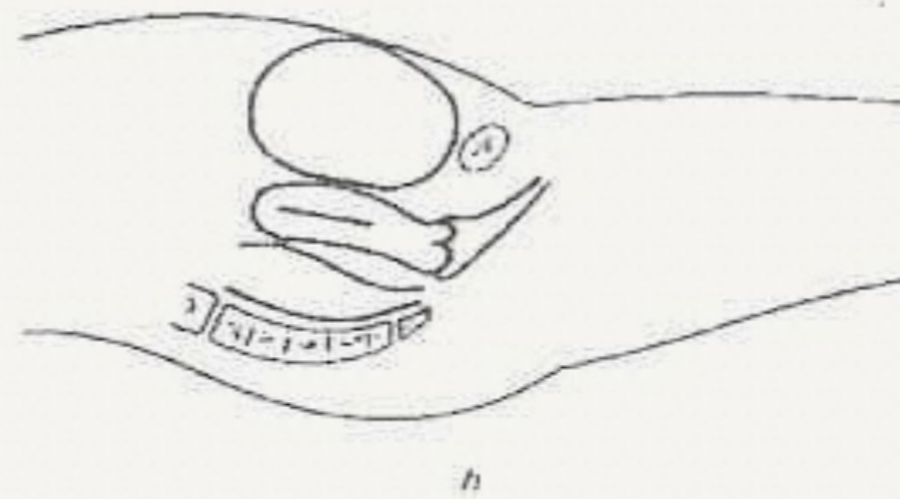
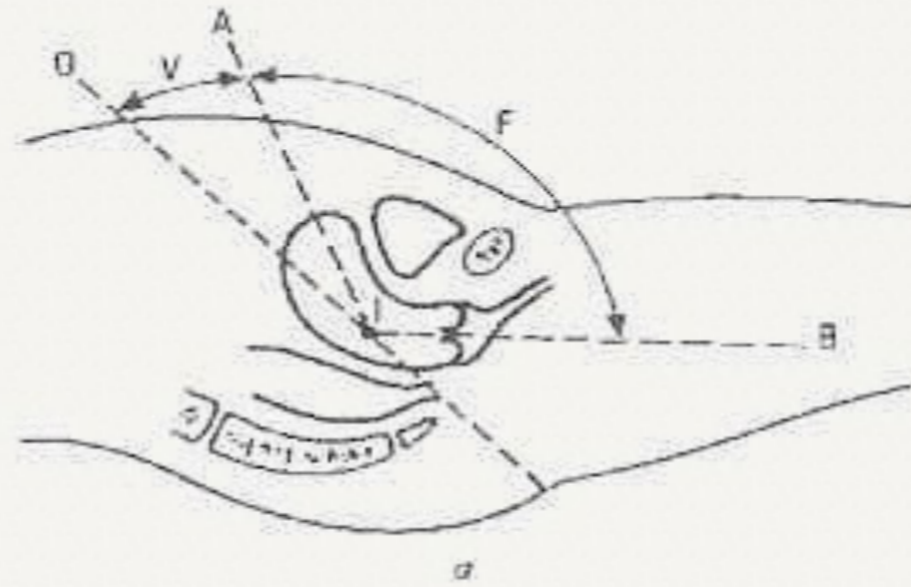
Position

- Antéversé /antéfléchi

Taille : Très variable au cours de la vie génitale :

- 3cm à la naissance (imprégnation hormonale maternelle)
- petit, cylindrique dans l'enfance
- piriforme à la puberté et pdt la période d'activité génitale (7-11 cm)
- petit, calcifié à la ménopause

Utérus





<1-2>



0 ◆

5 ◆

10 ◆

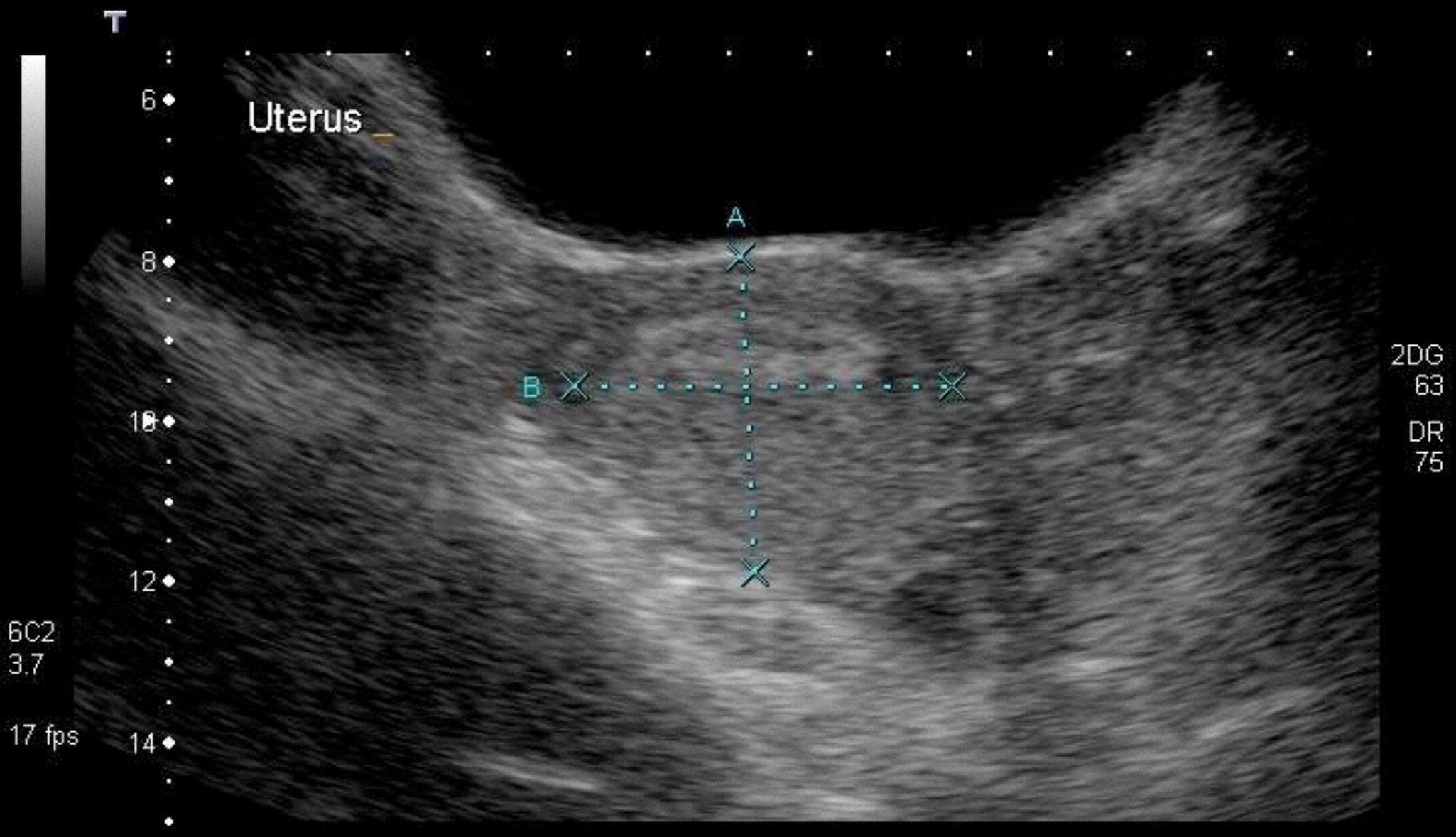
6C1
diffT5.0

22 fps

T



2DG
79
DR
60



Utérus

- **Variation de l'endomètre au cours du cycle**
 - ◆ Phase folliculaire
 - J₁-J₄ menstruations : liquide et caillots dans la cavité, endomètre fin
 - J₄-J₁₁ phase proliférative, épaissement de l'endomètre, aspect hypoéchogène
 - ◆ Phase péri-ovulatoire
 - Aspect en cible : endomètre hypoéchogène de contours échogènes. Glaire cervicale dans l'endocol
 - ◆ Phase lutéale
 - Endomètre hyperéchogène, épaissement progressif

Tapez pour saisir le texte

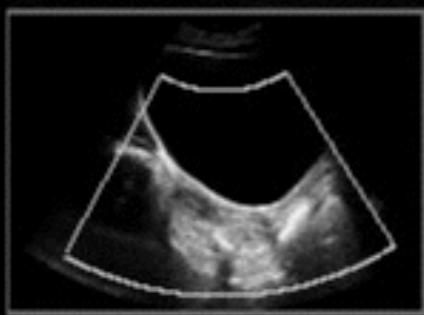


19
dem. : 09016219050
sc examen : EPELV
-19 (TOUT) >

GE

1 D 4.32
Har-B
Puiss. 1
G1
C8
P3
SR

ENDOMETRE



Texte Pos

11 sec

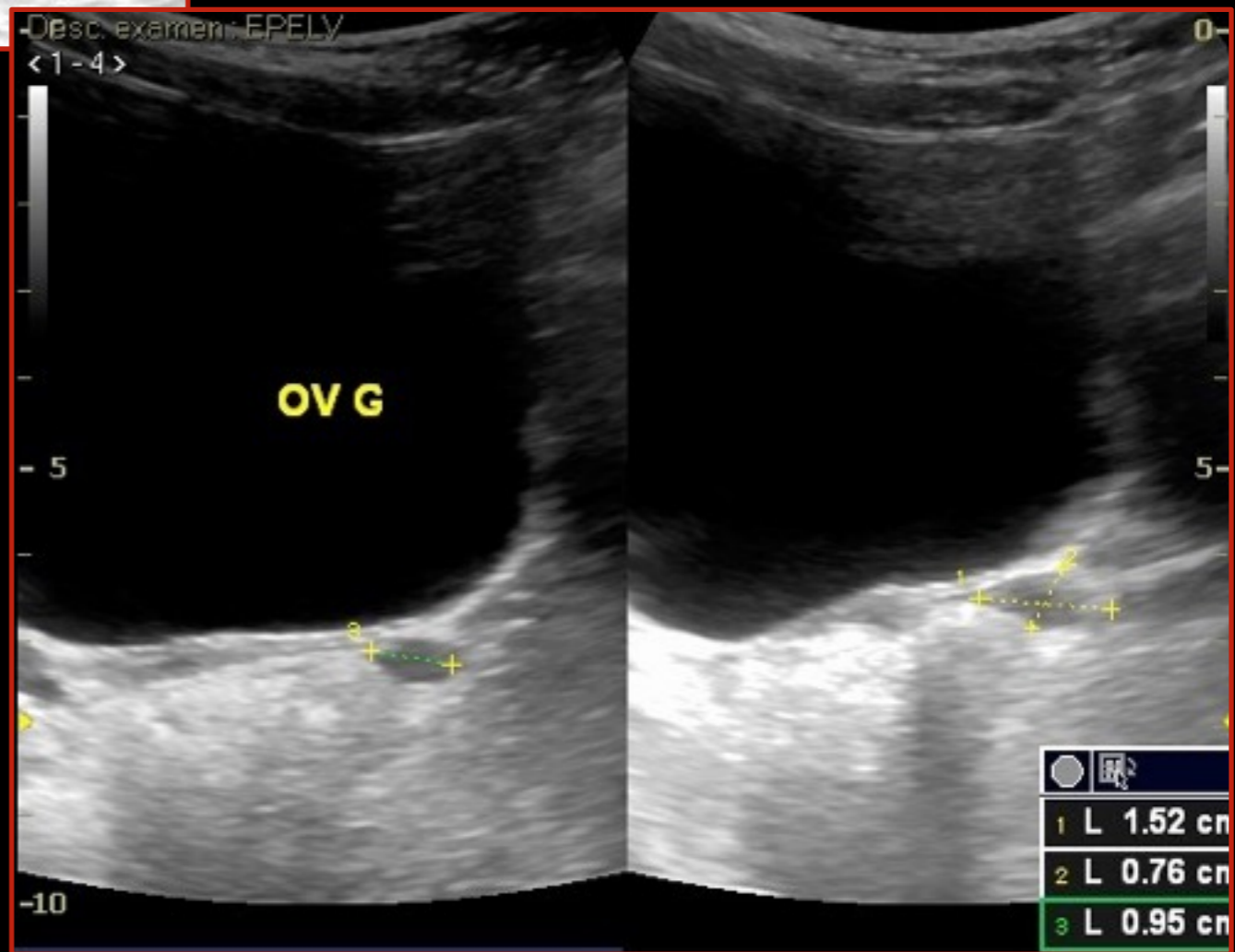
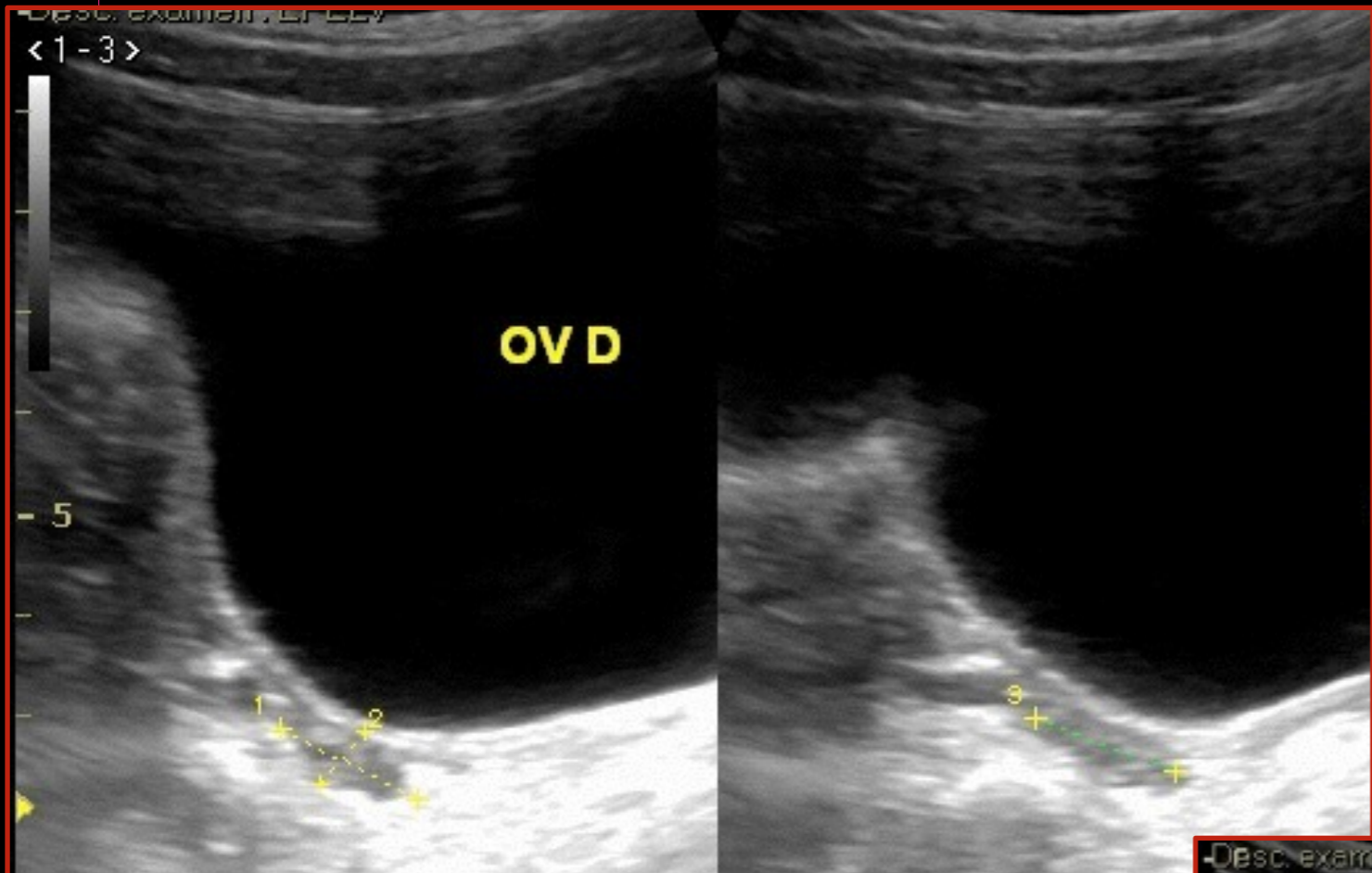
Les ovaires :

Position : variable, souvent latéraux au contact des vaisseaux iliaques

Taille : - variable au cours de la vie génitale
- 3-4 cm de long en période d'activité génitale

Variation au cours du cycle

- ◆ Phase folliculaire
 - 1ère semaine : plusieurs petits follicules
 - 2ème semaine : développement préférentiel d'un follicule
- ◆ Phase péri-ovulatoire : follicule de 20-25mm puis rupture et libération de l'ovocyte
- ◆ Phase lutéale : corps jaune



Z



Abd/General
_C4-1/CH4MHz
DR60/M3/P3
- G72/E1/100%
- MI1.3 TIs0.4
- 16.0 cm
- 11 Hz
- ZSI 0
- **Image**

mindray

MINDRAY Medical France
20130225-190901-8356

25/02/2013

19:12:54

AP 97%

MI 0.7 TIS 0.6

Emergency

C5-2s

GYN

M7

B1

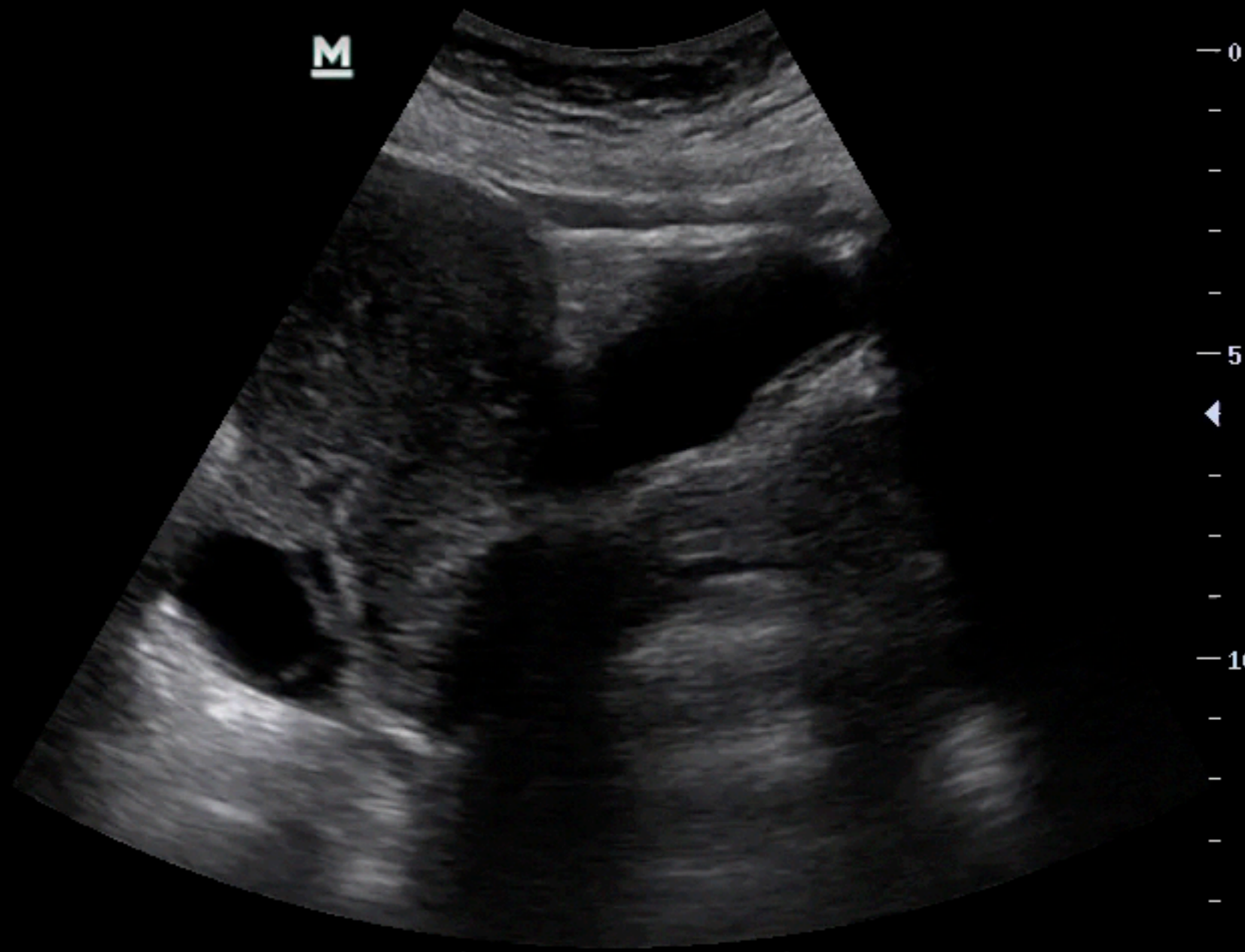
FH5.0 /D14.8

G43 /FR23

IP4 /DR95



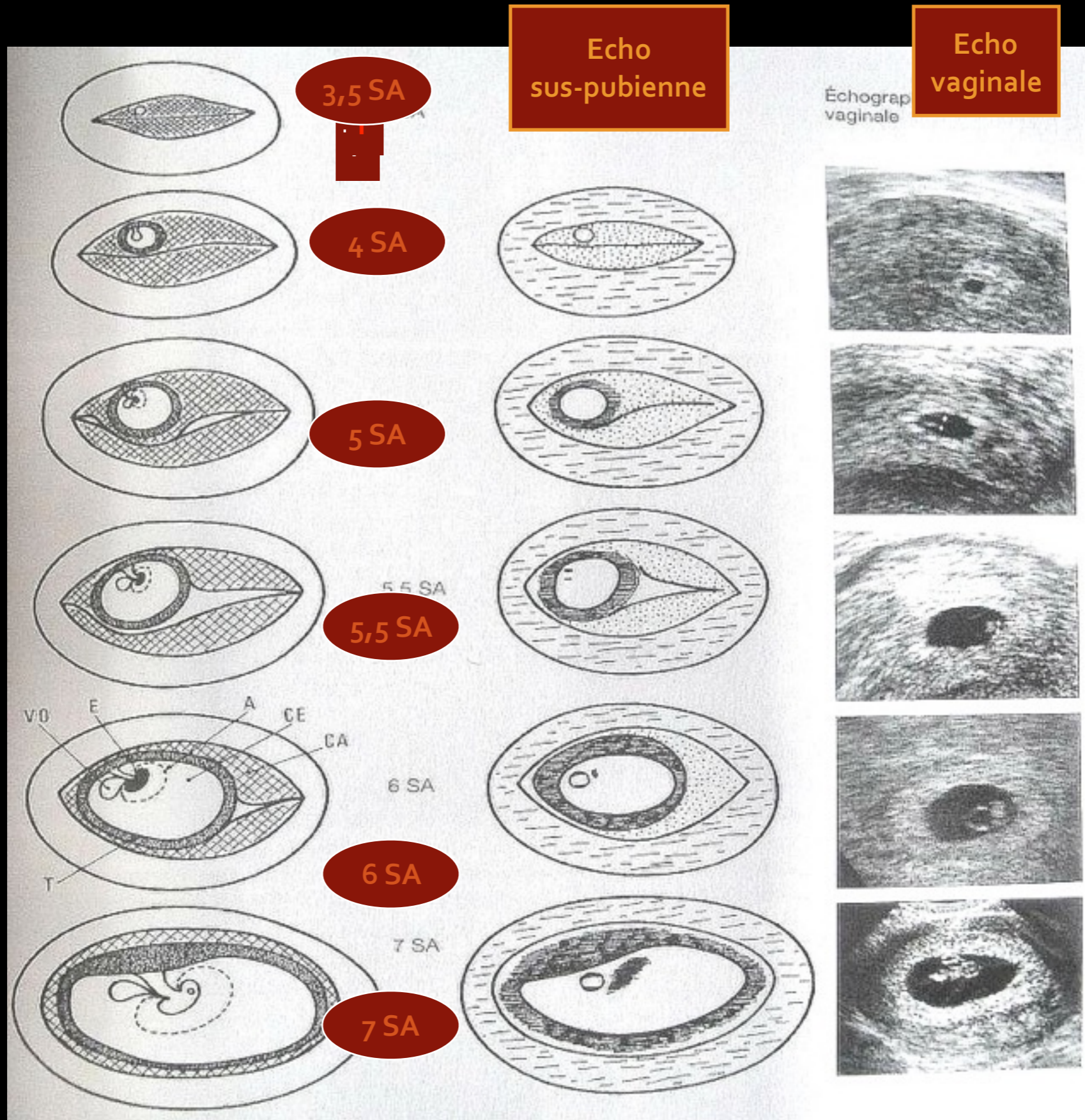
M



1/3309

La grossesse normale

- Sac intra-utérin :
 - au sein de l'endomètre
 - double couronne trophoblastique
 - variation d'aspect selon le terme



Corrélation anatomo-échographique

GIU

TAUX HCG	ECHOGRAPHIE
< 10 mUI/ml	Pas de grossesse
Entre 10 et 500 mUI/ml	Présence d'une grossesse; pas de repérage échographique possible
Entre 500 et 1000 mUI/ml	Œuf mesure 1 à 3 mm Visible par voie endovaginale 1à2x/3
Entre 1000 et 7000 mUI/ml	Un œuf intra-utérin doit être visible par voie vaginale (Seuil de visibilité à 2500 par voie abdo)
> 7000 mUI/ml	Un œuf intra-utérin est toujours visible; il contient une vésicule ombilicale (au delà de 10000 l'embryon et l'activité cardiaque sont habituellement retrouvés)

Z



GYN/Pelvien
_C4-1/CH4MHz
DR70/M3/P2
-G64/E1/100%
MI1.1 TIs0.4
- 12.0 cm
- 13 Hz
- ZSI 0
- **Image**

ID_20140419_014738

HOPITAL BICETRE - SAU

19/04/14
01:47:40

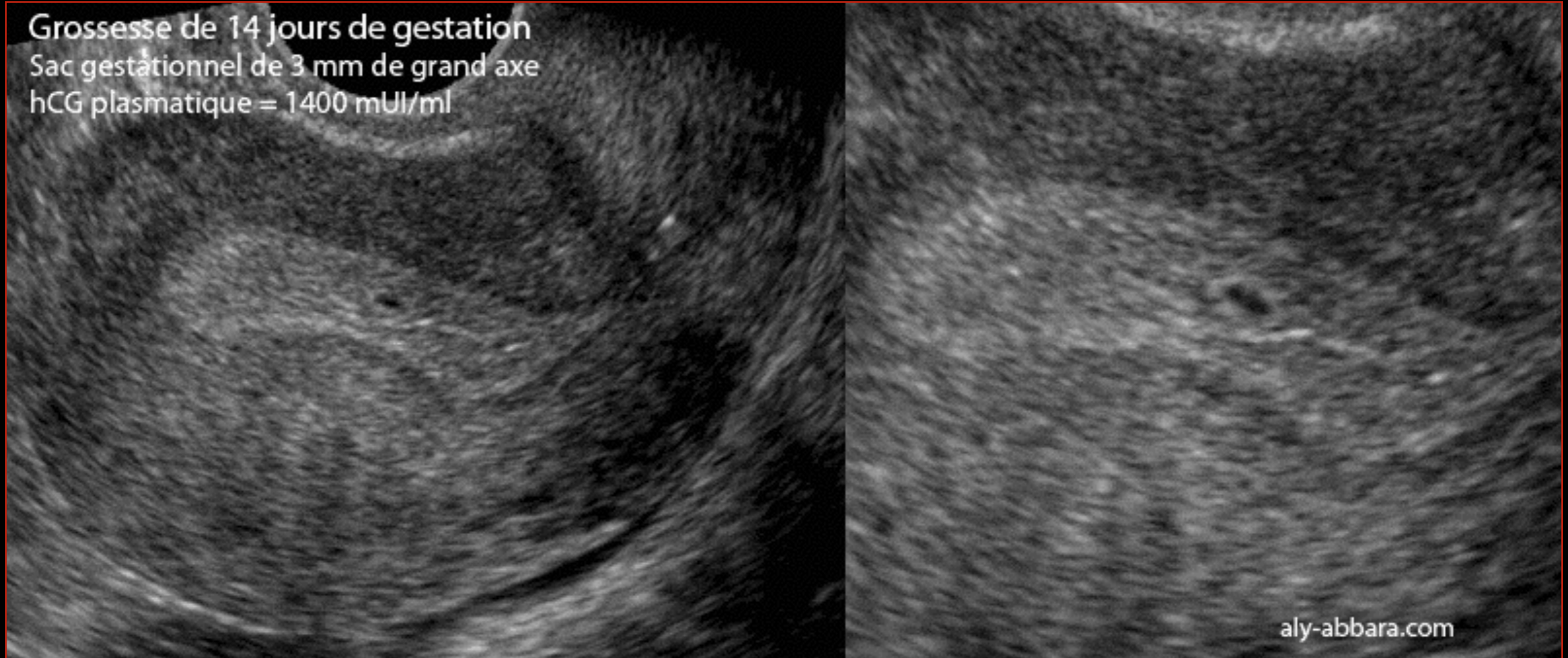
Z



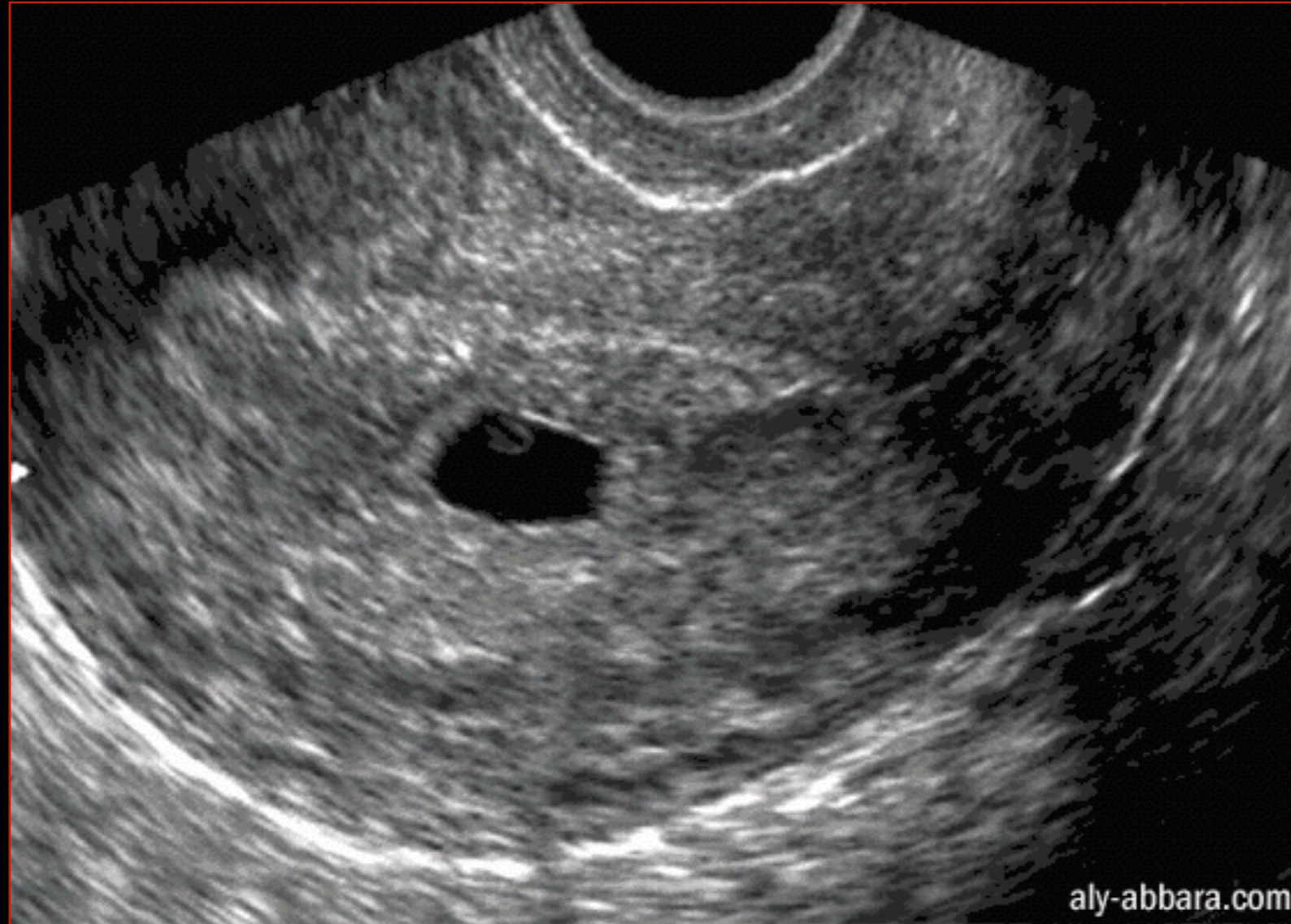
GYN/Pelvien
_C4-1/CH4MHz
DR60/M3/P3
- G72/E1/100%
- MI1.3 TIs0.4
- 16.0 cm
11 Hz
ZSI 0
Image

GIU

Grossesse de 14 jours de gestation
Sac gestationnel de 3 mm de grand axe
hCG plasmatique = 1400 mUI/ml



GIU



GIU

8SA



GIU : On retiendra.....

Un sac ovulaire >10 mm	Doit contenir une vésicule ombilicale
Un sac ovulaire >16 mm	Doit contenir un embryon vivant
Un embryon > 4 mm	Doit toujours présenter une activité cardiaque

Le pelvis pathologique

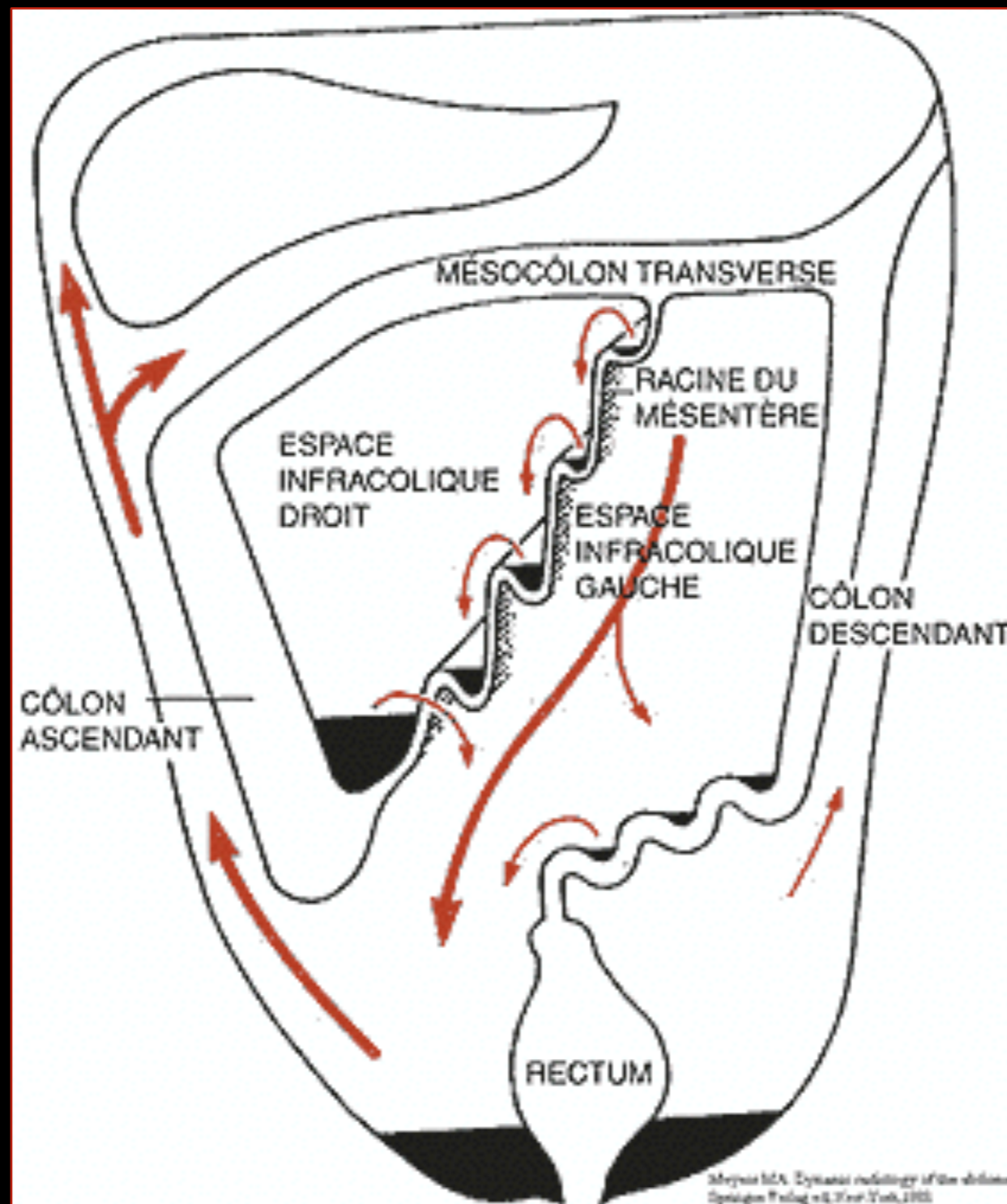
- GEU rompue et non rompue
- Pseudo-sac gestationnel
- Décollement décidual
- Grossesse molaire
- Hyperstimulation ovarienne
- Kystes de l'ovaire
- Quelques mots sur...

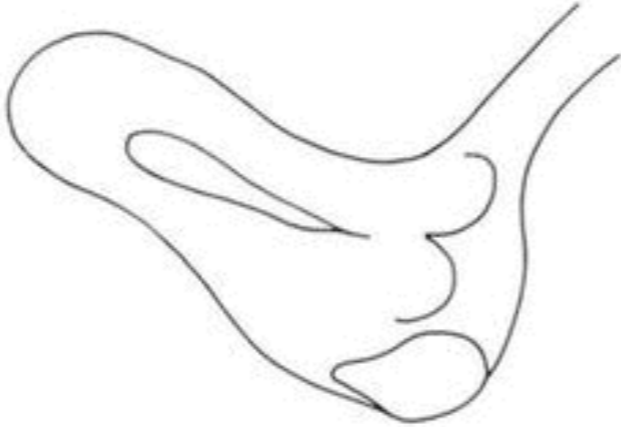
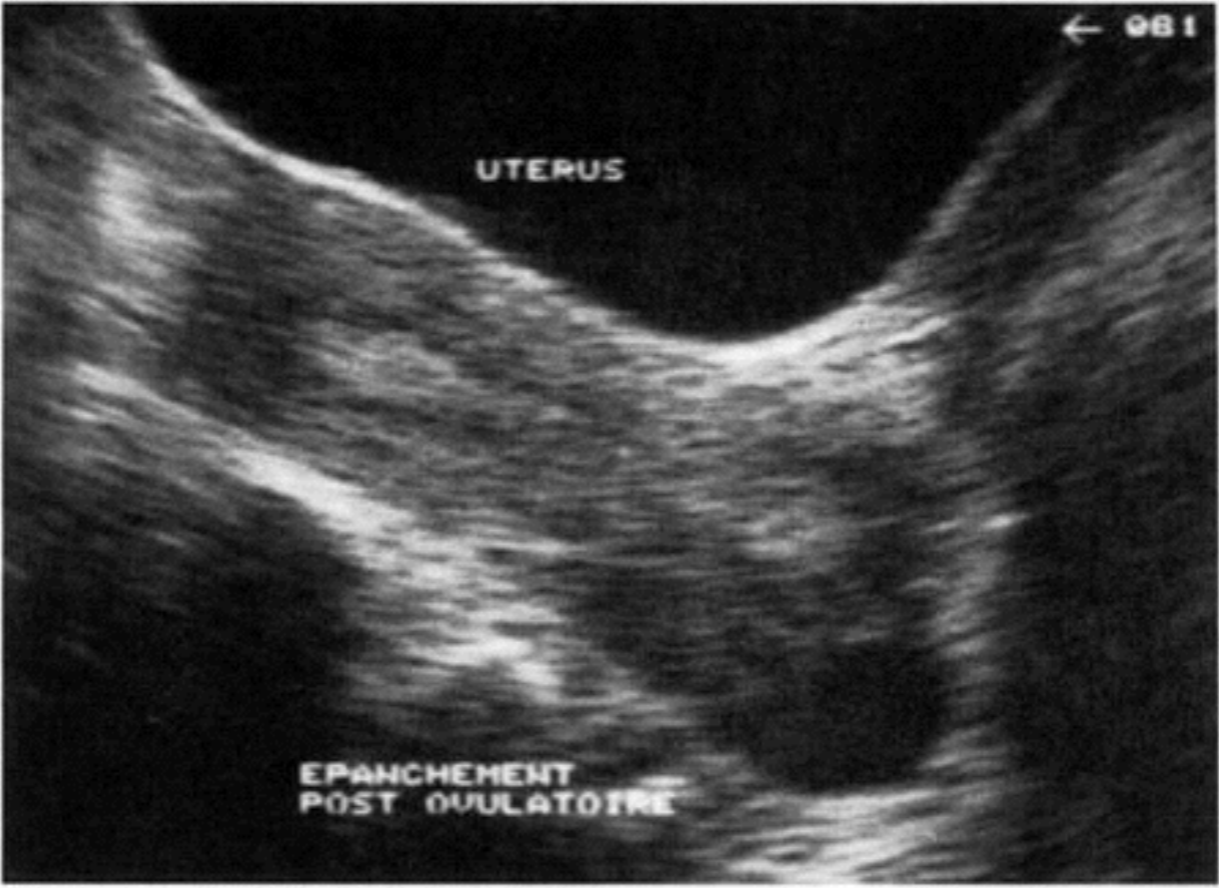
GEU : Epidémiologie

- Incidence difficile à évaluer: en 1992 un registre départemental a trouvé 1,6% des grossesses
- Identification des facteurs de risque:
 - 6 FDR majeurs:
 - DIU,
 - Stérilisation tubaire,
 - ATCD GEU,
 - ATCD chirurgie tubaire,
 - Distilbène,
 - ATCD lésion tubaire
 - Cas particulier des PMA
 - 4 à 5% des grossesses après FIV
 - Reflux de l'embryon dans la trompe
 - La visualisation d'une GIU n'exclue pas une GEU (1/8000)

GEU rompue

- Tableau de choc avec douleur abdomino-pelvienne chez une femme en âge de procréer
- Epanchement péritonéal ?
 - oui : bloc opératoire
 - non : β hcg, GIU ?





GEU

- Asymptomatique
- Douleur, métrorragies
- Deux outils : β hcg et échographie

GEU : β HCG

VPN = 100%

Quantitatif: des taux de 10 à 100 000 UI/L

Cinétique +++:

- doublement à 48H en faveur d'une GIU
- **MAIS** existe dans 17% des GEU et 15% des GIU évolutives ont une augmentation des HCG <66%
 - À J4 une diminution > 50% = FCS très probable
 - Une élévation > 50% = GIU très probable
 - Une diminution ou une élévation < 50% = GEU probable

GEU : échographie

- **Signes directs:**
 - Sac gestationnel (hypervascularisation doppler)
 - Hématosalpinx
 - Hématocèle
- **Signes indirects:**
 - Vacuité utérine (si GIU, pas de GEU (1/1million))
 - Pièges:
 - Attention à la PMA: association GIU + GEU (1/8000)
 - Le pseudo sac: décidualisation de l'endomètre associée à l'hémorragie endocavitaire : double couronne+++
 - Épanchement péritonéal

le + souvent = aspect de « masse » latéro utérine

GEU : échographie

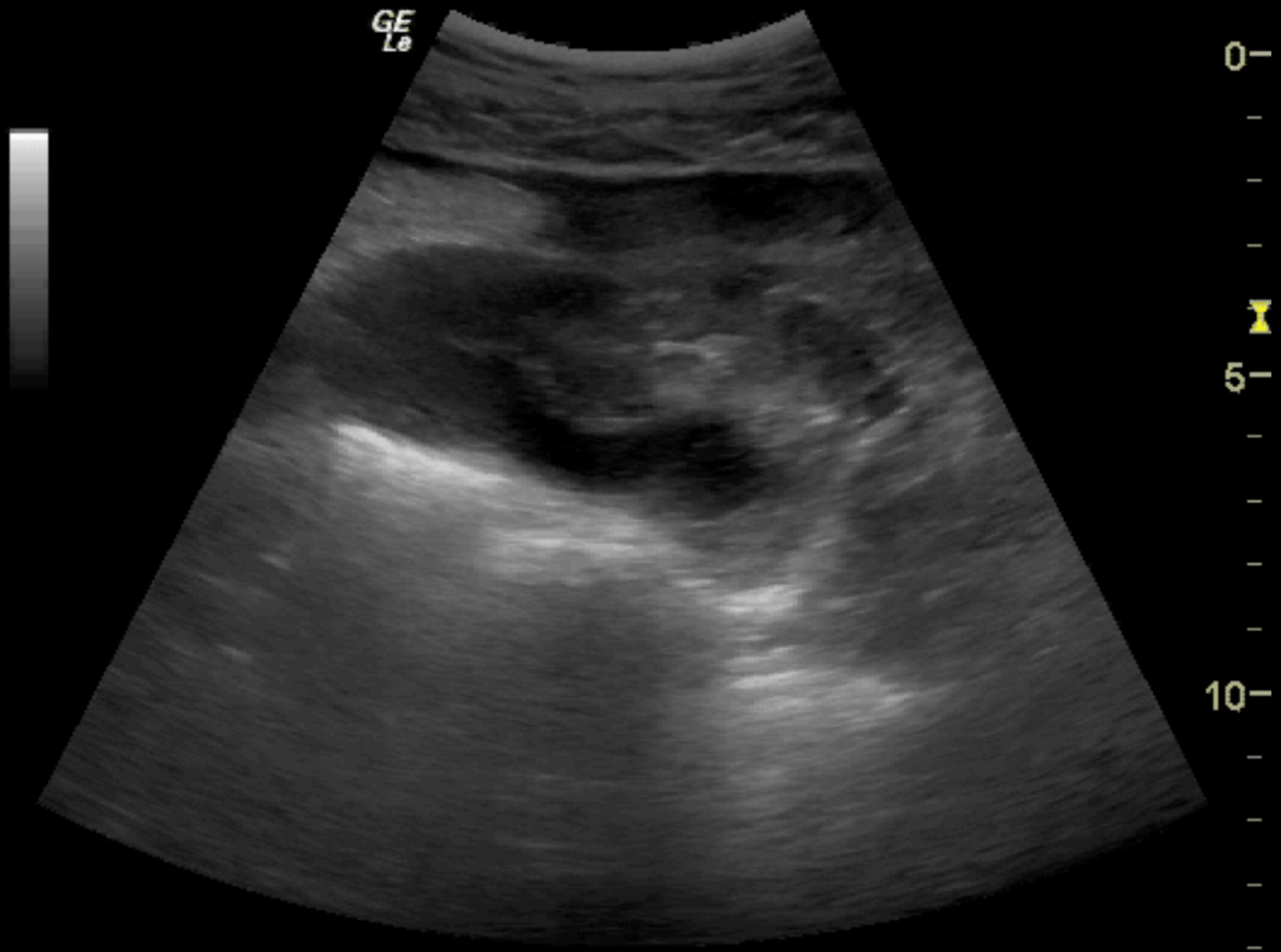
Masse extra-utérine et para-ovarienne

+

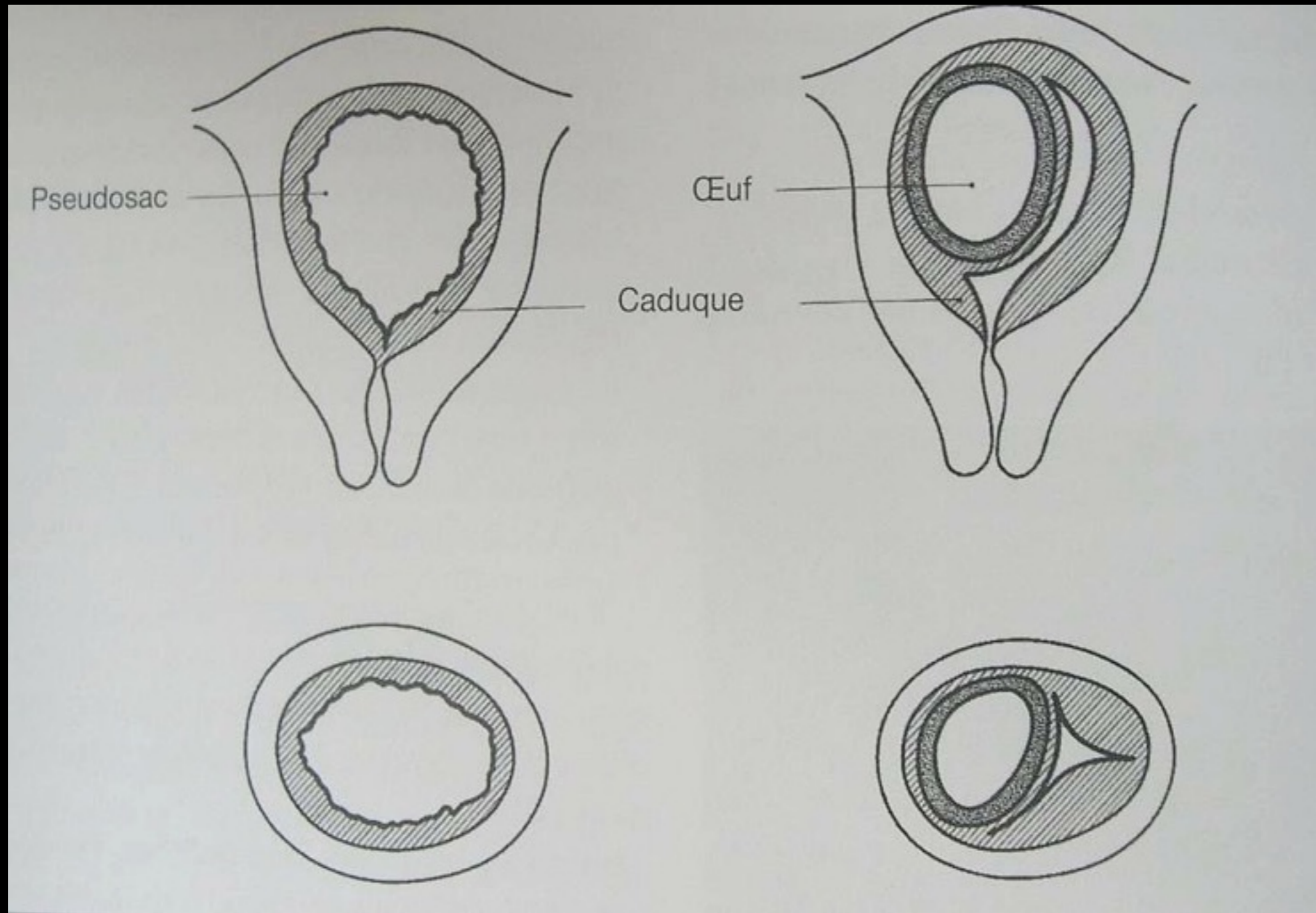
β HCG +

= GEU (92-98%)

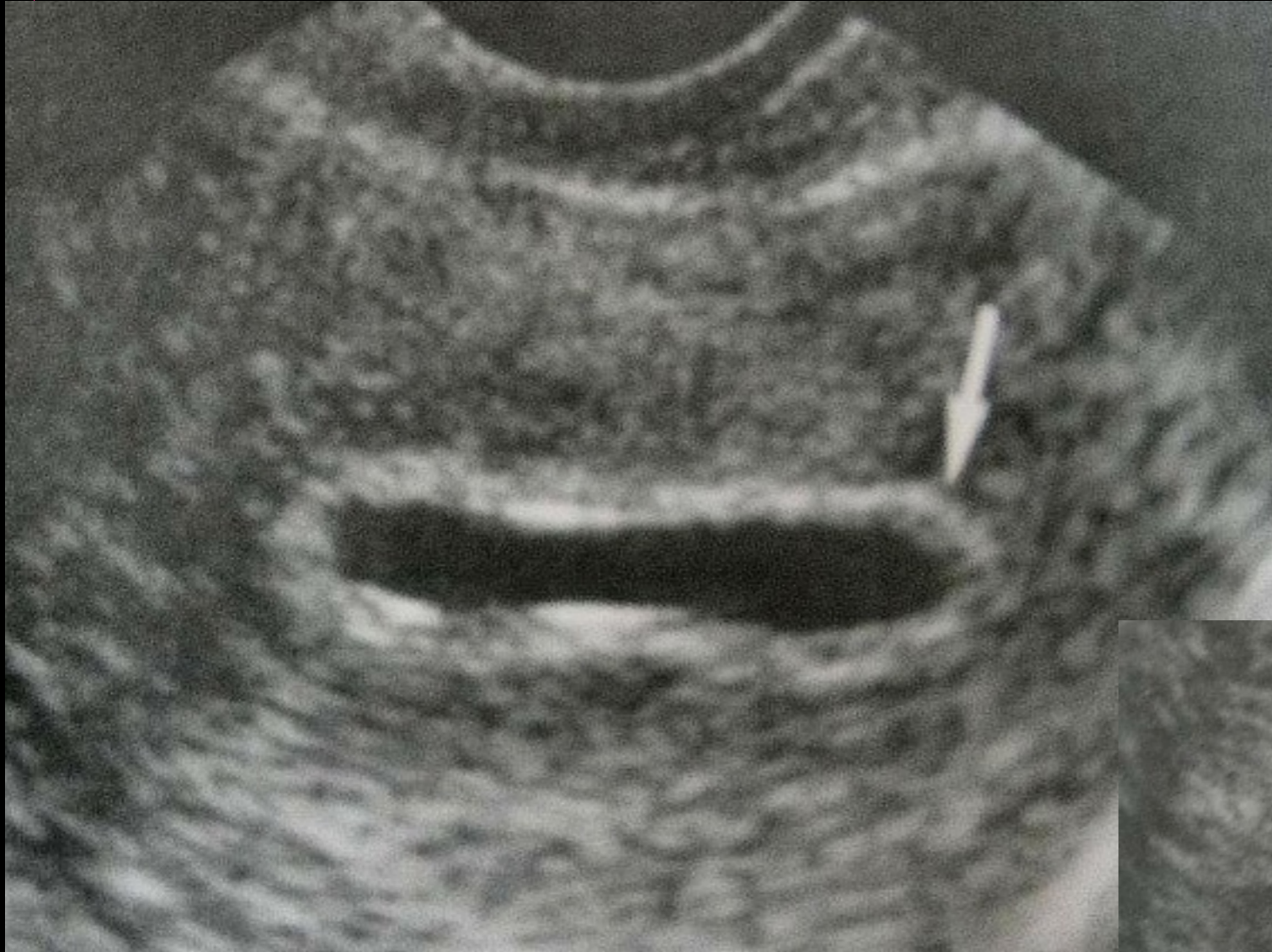
Tapez pour saisir le texte



GIU et pseudo-sac gestationnel



Où est la grossesse ?



Une seule « couronne endométriale »



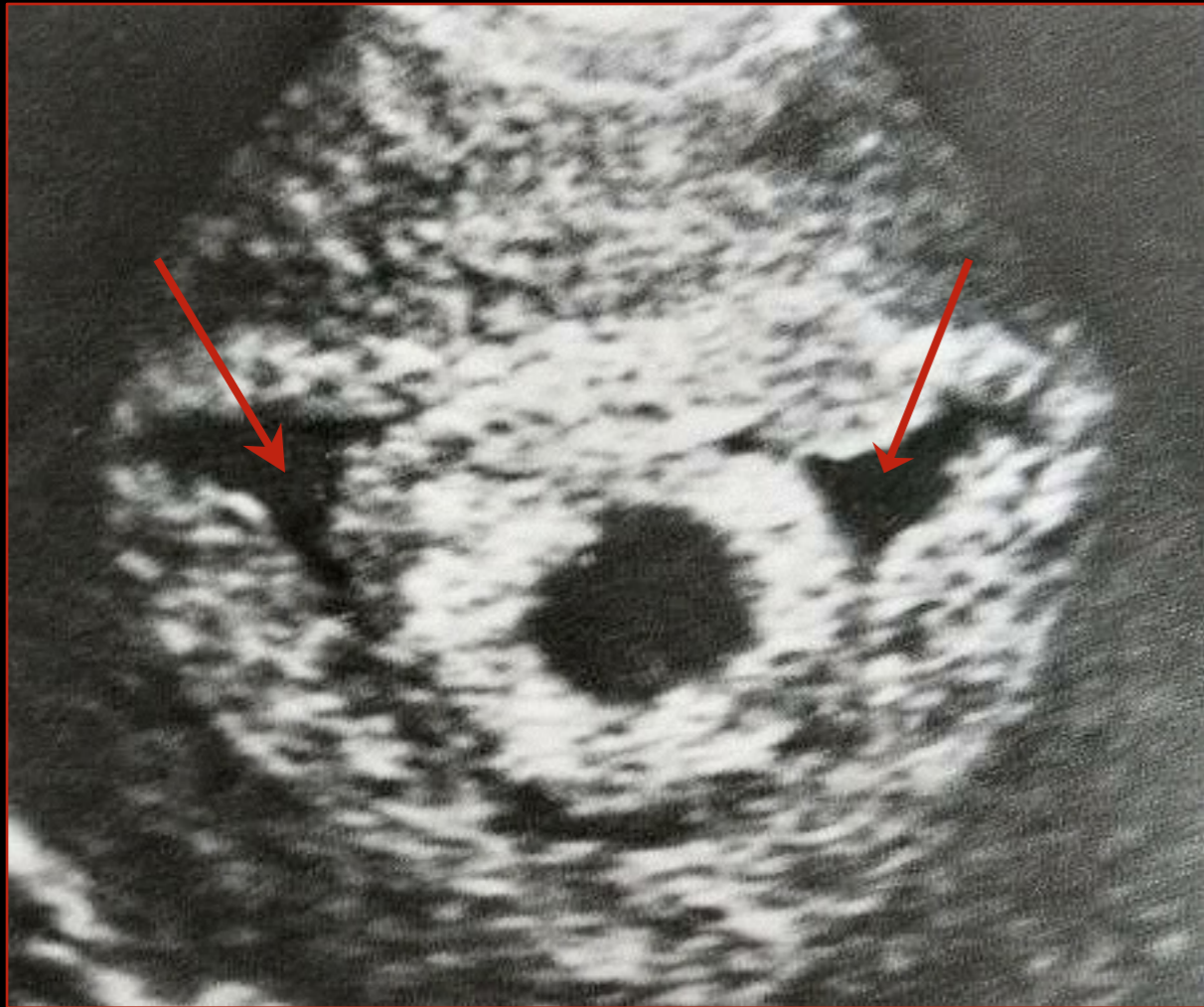
Œuf clair avec double couronne, trophoblastique et endométriale

Avortement en cours

- Expulsion en cours
- Expulsion complète:
 - Vacuité utérine
 - FCS/GEU?
- Rétention ovulaire partielle
 - Doppler +

Hématome décidual

- = hématome péri-ovulaire partiel
- = décollement ovulaire partiel
- Saignement au niveau de l'endomètre décidualisé donc hors de l'œuf
- Mécanisme?
- Aspect très variable mais situé tjs en dehors de la couronne trophoblastique
- Le plus souvent de bon pronostic dans 80% de cas



11 SA

Hématome décidual

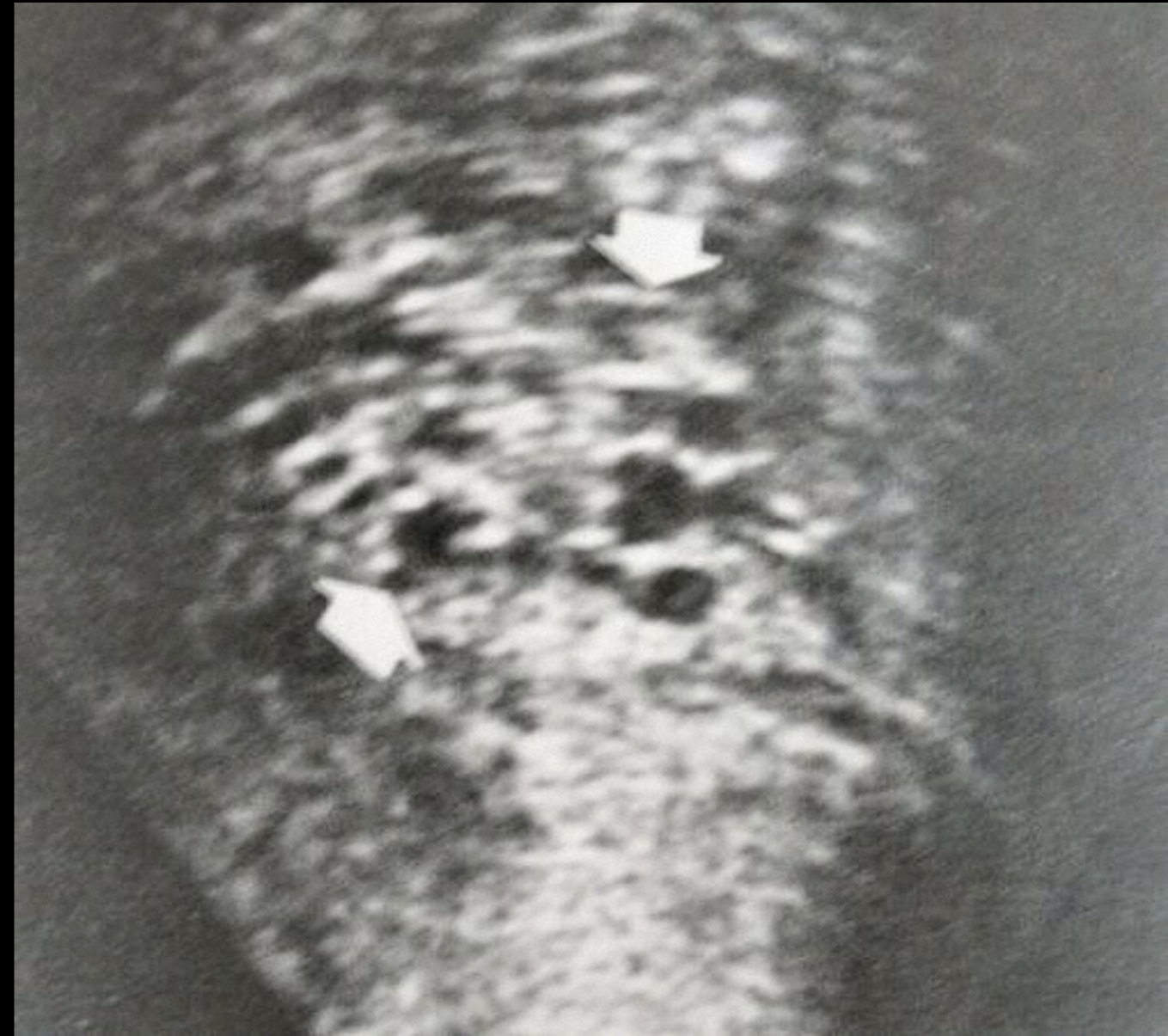
Grossesse molaire

- 1/1000 grossesses en France
- Dégénérescence multi-kystique du trophoblaste sans développement embryonnaire
- Aspect échographique typique seulement à partir de 2 mois
- Avortements molaires possibles
- Risque: prolifération trophoblastique invasive et choriocarcinome imposant une surveillance prolongée

Môles complètes



Môle hydatiforme à 12 SA



Môle hydatiforme à 8 SA

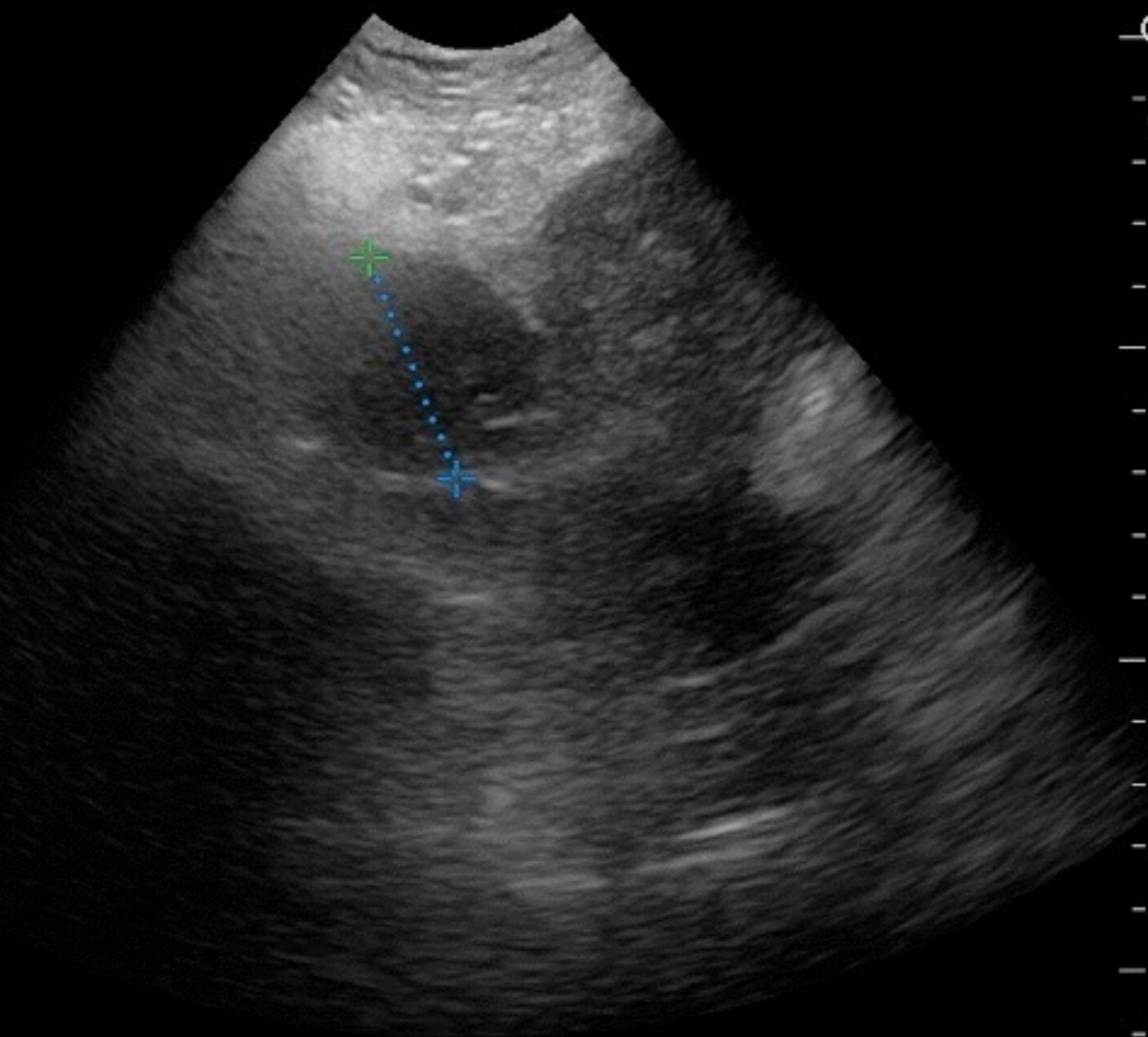


Kystes de l'ovaire

- Plus de 3 cm et jusqu'à...
- Peut se révéler par un tableau de colique néphrétique par compression extrinsèque
- Se complique d'hémorragie
- Est responsable de torsion d'annexe

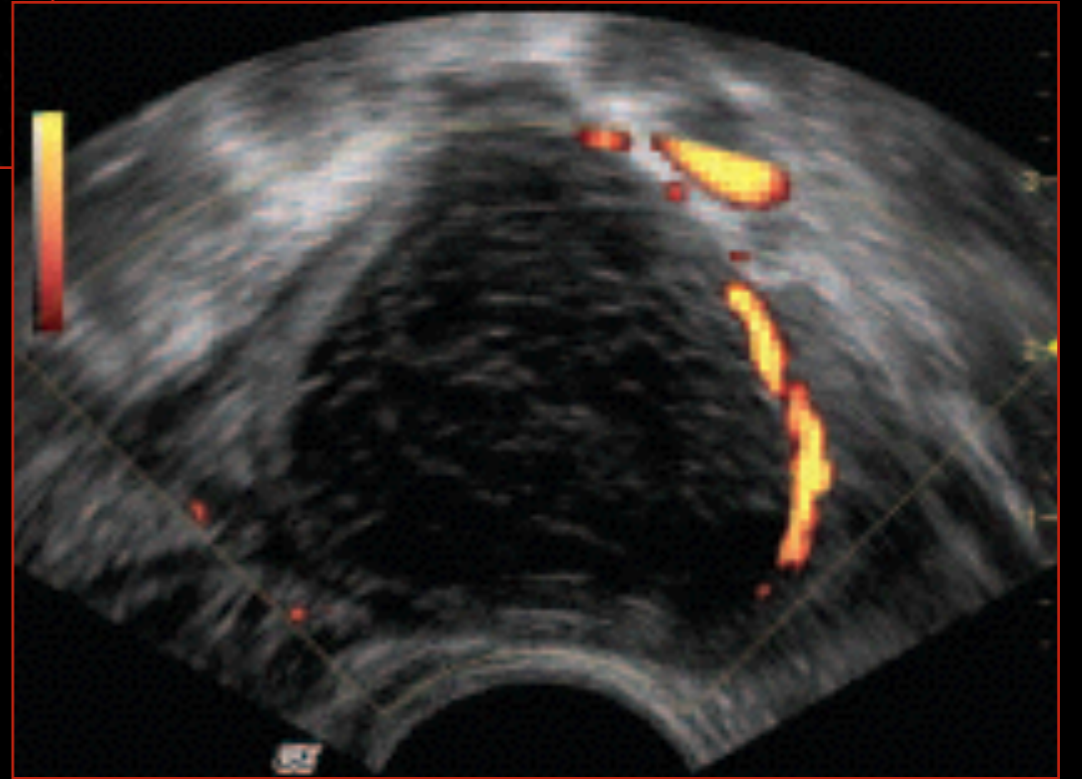
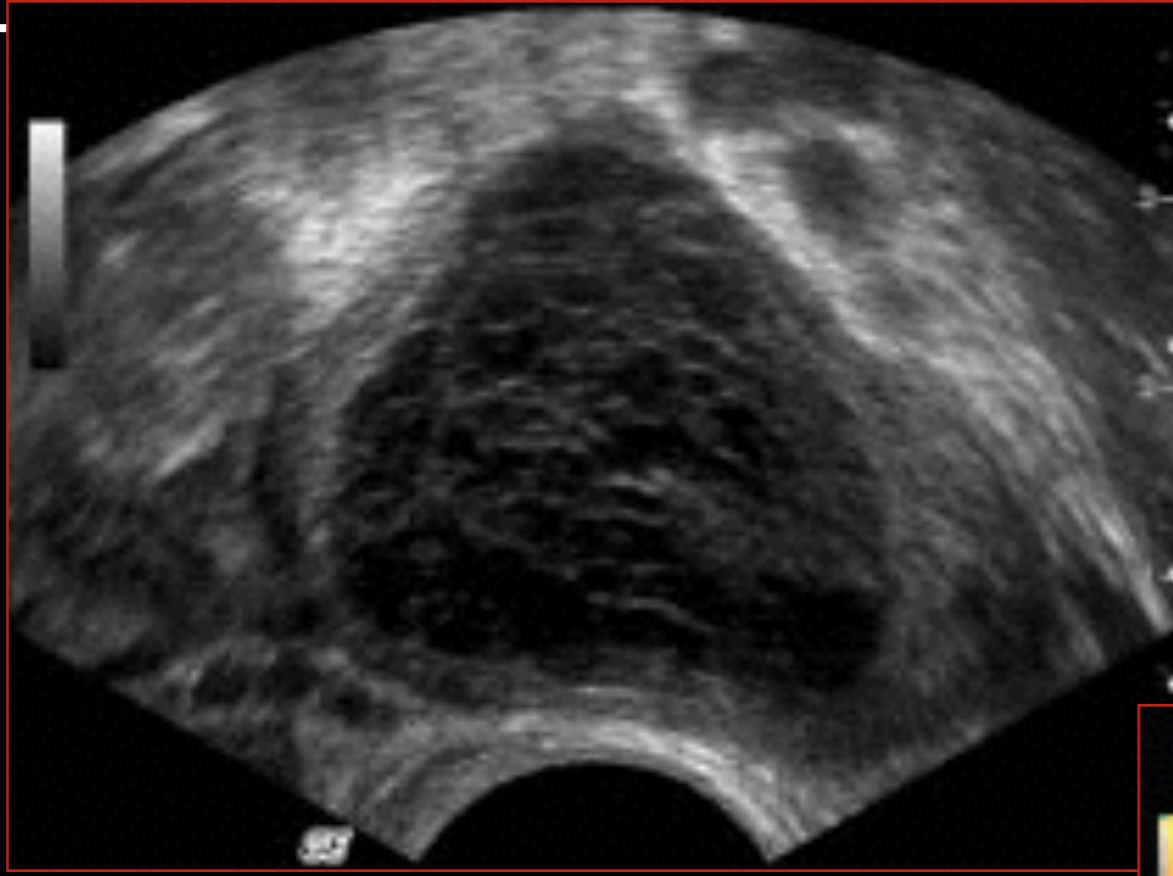
OVAIRE

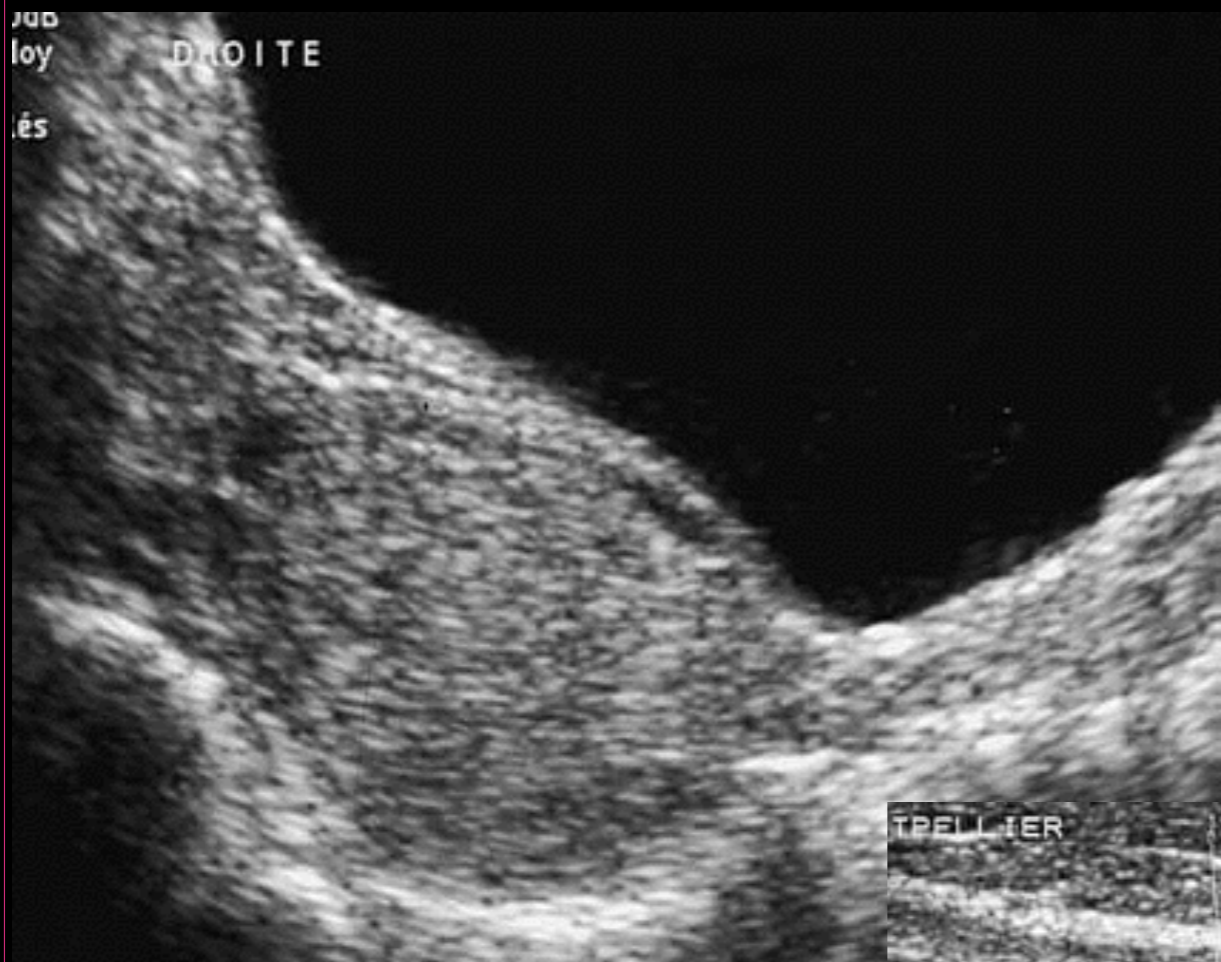
Z



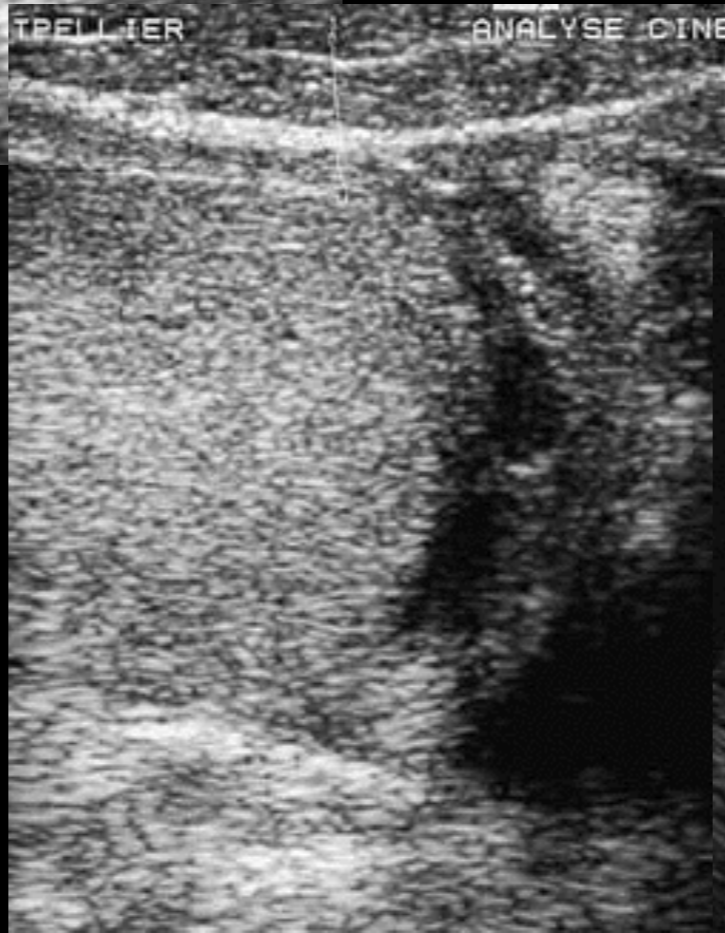
Abd/General
_C4-1/CH4MHz
DR60/M3/P3
G72/E1/100%
- MI1.3 TIs0.4
- 16.0 cm
- 11 Hz
- ZSI 0
Text

Dist 1: 3.81cm

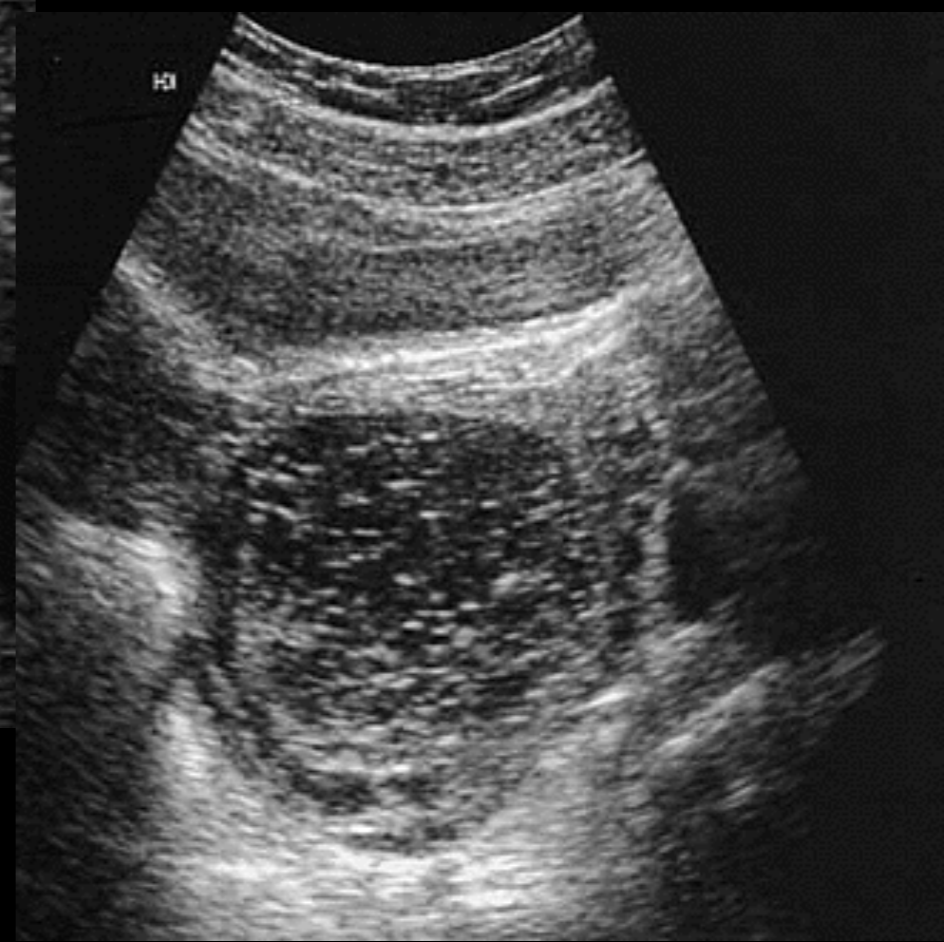




xte



Après 10 jours

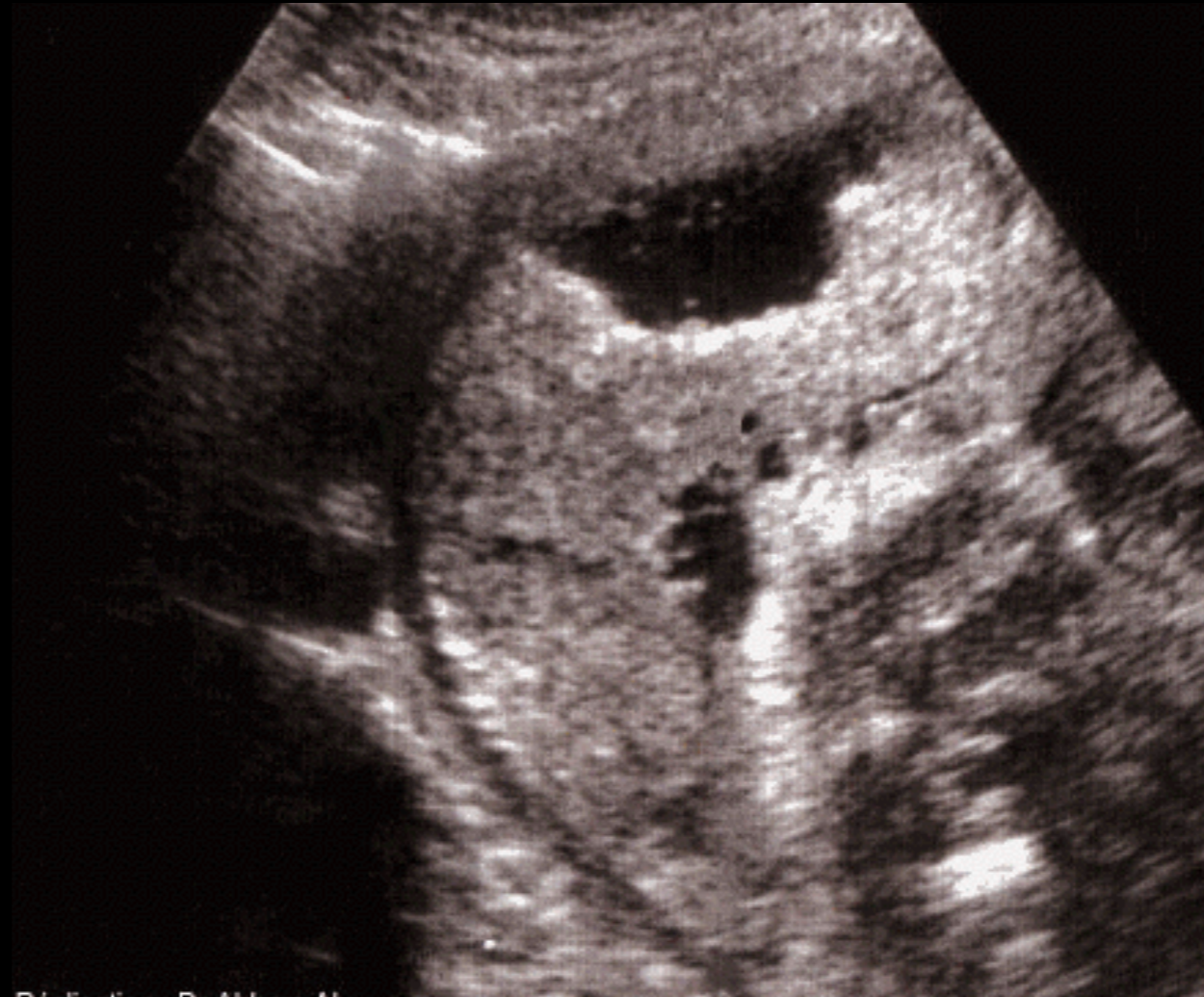


Pathologie ovarienne : torsion

- Douleurs unilatérales
- Nausées et vomissements
- Favorisée par masse kystique ou tumorale (kyste dermoïde++)
- Asymétrie ovarienne, contenu échogène, hétérogène, silence Doppler

Quelques mots pour :

Mme F. 33 SA d'aménorrhée, chute de son transat



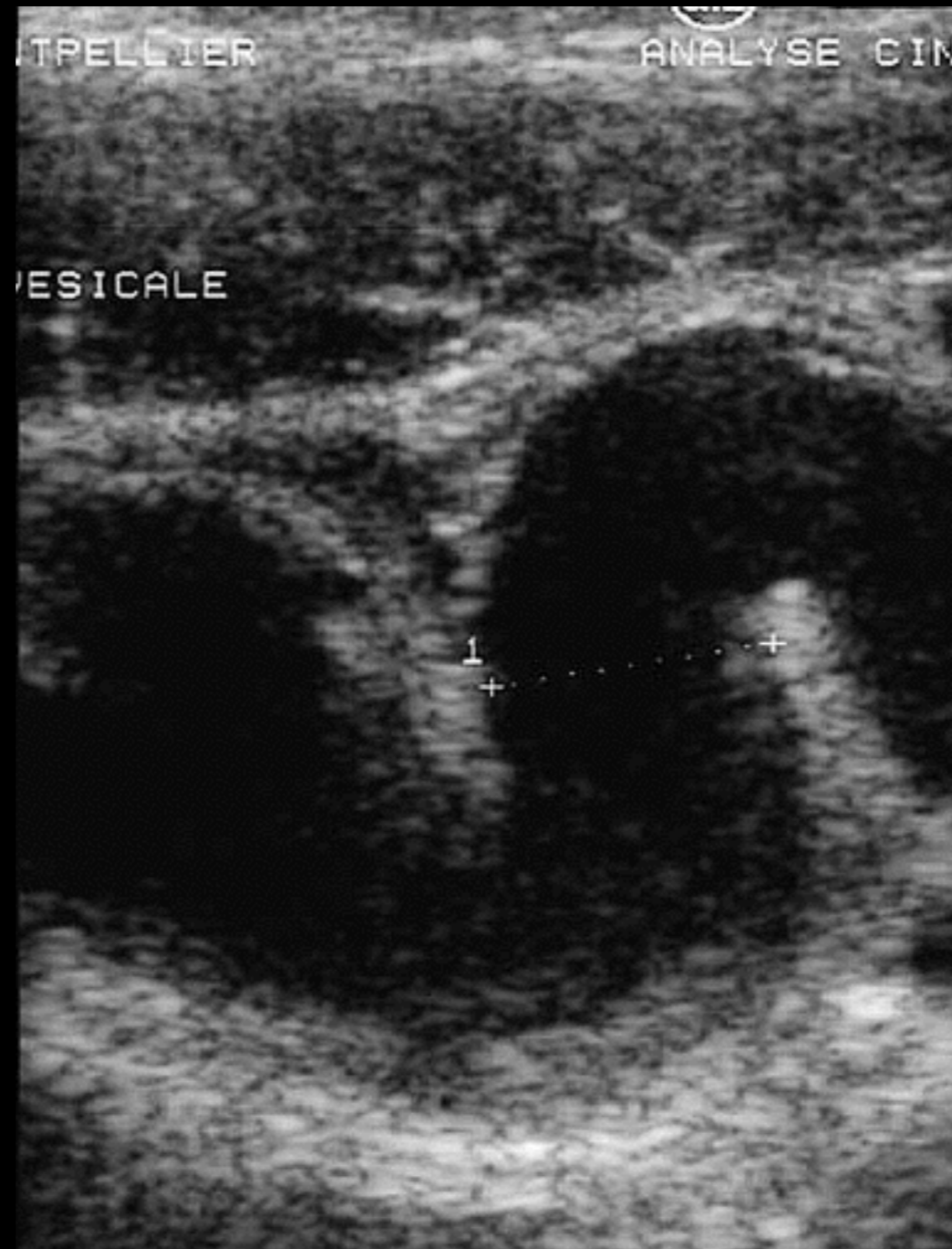
hématome rétroplacentaire
(ou le décollement prématuré du placenta non bas inséré)

Hématome retro-placentaire

- Pathologie paroxystique du dernier trimestre ou de l'accouchement
- Saignement entre paroi utérine et face maternelle du placenta
- Plus d'échanges fœto-maternels donc hypoxie fœtale aiguë
- Clinique :
 - -douleurs abdominales soudaines ;
 - - apparition brusque d'une hyperactivité utérine : apparition brusque des contractions utérines rapprochées, de forte intensité, de longue durée, associées ou non d'une induration de l'utérus
 - - les saignements génitaux sont souvent sous forme du sang noir (sang déjà coagulé)

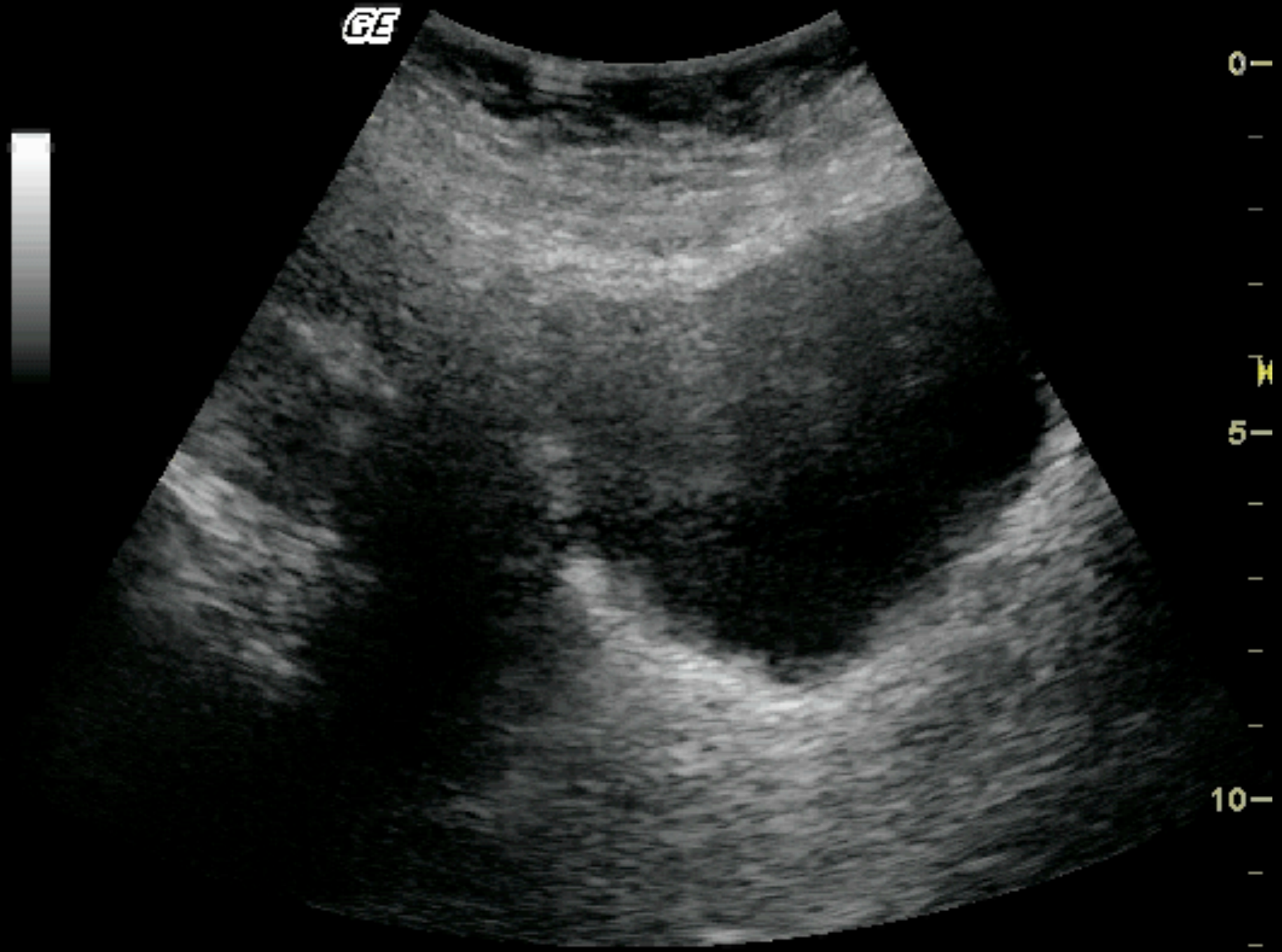


Qu'en pensez-vous ?



Pathologie utérine : nécrobiose de fibrome

- Fibromes connus
- Douleurs aiguës localisées +/- fébricule
- Masse para-utérine, d'échostructure identique au myomètre
- Douleur élective en regard de la masse



en conclusion

- bien maîtriser le « normal » pour affirmer le pathologique
- l'ECAU permet d'orienter au mieux la patiente