
CHAPITRE 13 – SANTÉ DE LA FEMME ET GYNÉCOLOGIE

Guide de pratique clinique du personnel infirmier en soins primaires de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI).

Le contenu du présent chapitre a été révisé en juin 2010.

Table des matières

ÉVALUATION DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR DE LA FEMME	13-1
Anamnèse et bilan des fonctions	13-1
Examen de l'appareil reproducteur de la femme	13-2
Dépistage du cancer du col de l'utérus	13-3
QUESTIONS LIÉES À LA SANTÉ DES FEMMES ET PROBLÈMES GYNÉCOLOGIQUES COURANTS	13-4
Saignements utérins anormaux	13-4
Saignements utérins dysfonctionnels	13-5
Dysménorrhée	13-10
Masses au sein	13-12
Mastite	13-13
Virus du papillome humain (verruës génitales).....	13-15
Contraception	13-16
Contraception oral d'urgence	13-20
Ménopause	13-22
URGENCES GYNÉCOLOGIQUES	13-24
Douleur pelvienne aiguë d'origine gynécologique	13-24
Atteinte inflammatoire pelvienne	13-26
SOURCES	13-28

ÉVALUATION DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR DE LA FEMME

ANAMNÈSE ET BILAN DES FONCTIONS

CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

Chaque symptôme doit être noté et examiné en fonction des caractéristiques suivantes :

- Apparition (soudaine ou graduelle)
- Évolution dans le temps
- Situation actuelle (amélioration ou aggravation)
- Localisation
- Irradiation
- Qualité
- Fréquence et durée
- Sévérité
- Facteurs déclenchants et aggravants
- Facteurs de soulagement (par exemple, prise de médicaments)
- Symptômes associés (tels que fièvre)
- Répercussions sur les activités quotidiennes
- Épisodes similaires diagnostiqués auparavant
- Traitements antérieurs
- Efficacité des traitements antérieurs
- Activité sexuelle
- Possibilité de grossesse

SYMPTÔMES DOMINANTS

En plus des caractéristiques générales décrites ci-dessus, il faut aussi explorer les symptômes spécifiques suivants.

Antécédents menstruels

- Menarche (âge de la première menstruation)
- Intervalles, régularité et durée de la menstruation et volume du flux menstruel
- Date de la dernière menstruation
- Était-elle normale?
- Dysménorrhée
- Symptômes prémenstruels (par exemple, œdème, céphalées, sautes d'humeur, douleurs)
- Saignements utérins anormaux
- Symptômes de ménopause
- Âge à la ménopause
- Saignements postménopausiques
- Usage de tampons

Antécédents obstétricaux

- Nombre de grossesses, d'enfants nés vivants ou mort-nés, d'avortements (spontanés, thérapeutiques)
- Complications lors des grossesses, des accouchements
- Poids des bébés à la naissance
- Abus antérieur de substances (alcool, drogue, médicaments)

Méthodes de contraception

- Méthodes utilisées (antérieurement et actuellement)
- Complications rencontrées, méthode appropriée ou non.
- Raisons de l'interruption, le cas échéant.

Antécédents sexuels

- Orientation sexuelle
- Régularité des rapports sexuels
- Nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois
- Symptômes connexes (par exemple, douleur, saignements après les rapports sexuels)
- Dysfonction sexuelle
- Habitudes et pratiques sexuelles

Seins

- Sensibilité, douleur et lien avec le cycle menstruel
- Rougeur, gonflement, écoulement des mamelons
- Changement de forme, présence de masses
- La cliente allaite-t-elle?

Système lymphatique

- Tuméfaction, sensibilité des ganglions (axillaires, inguinaux)

Écoulements vaginaux

- Apparition, couleur, odeur consistance, quantité
- Lien avec la menstruation
- Symptômes connexes (par exemple, écoulement rectal ou urétral, brûlures ou démangeaisons vaginales, symptômes urinaires, malaise, douleurs abdominales, fièvre)
- Lien avec les médicaments (par exemple, antibiotiques, stéroïdes)
- Antécédents d'infections vaginales ou pelviennes; leur traitement

Douleur

- Apparition, localisation, irradiation, nature, intensité
- Lien avec la menstruation
- Facteurs aggravants et atténuants
- Emploi d'analgésiques; leur effet
- Symptômes connexes gastro-intestinaux, urinaires ou vaginaux
- La douleur est-elle liée à l'activité sexuelle?

Autres symptômes connexes

- Ulcérations
- Lésions persistantes
- Sensation de relâchement du périnée (impression que les organes pelviens tombent ou sortent)
- Infertilité
- Infection génitale

EXAMEN DE L'APPAREIL REPRODUCTEUR DE LA FEMME**CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES**

- État de santé apparent
- Bien-être ou souffrance apparente
- Teint (par exemple, rouge ou pâle)
- État nutritionnel (obésité ou maigreur)
- Correspondance entre l'apparence et l'âge déclaré de la cliente

SIGNES VITAUX

- Température
- Pouls
- Fréquence respiratoire
- Tension artérielle
- Poids (pour établir un point de référence)
- Taille (pour établir un point de référence)

SEINS

- Examinez les seins de la cliente en position assise puis allongée sur le dos
- Évaluez les points suivants : symétrie, forme, couleur de la peau, épaissement, capitonnage de la peau, rétraction du tissu cutané, veines, rougeurs, stries
- Examinez les mamelons : symétrie, écoulement, érosion, croûtes, couleur
- Palpez les seins et les creux axillaires : consistance, sensibilité, masses
- Encouragez les femmes à apprendre à connaître ce qui est normal pour elles, à se renseigner sur les premiers symptômes de cancer du sein et à signaler rapidement tout changement ou toute inquiétude
- Encouragez les femmes de 50 à 69 ans à passer une mammographie de dépistage tous les 1 à 2 ans (plus souvent dans le cas des femmes ayant des facteurs de risque et des antécédents d'anomalies au dépistage)

Outils pour enseigner l'auto-examen des seins :

- Une démonstration en ligne de l'auto-examen des seins est offerte à l'adresse : <http://www.breastselfexam.ca/french/>
- Les Peter Ballantyne Cree Nation Health Services ont produit en 2008 un DVD intitulé : *Nanakatawithimino* (Prenez soins de vous). Il présente le point de vue des femmes des Premières nations au sujet de la mammographie et du test de Pap. On peut obtenir des copies en s'adressant à à commis des soins infirmiers au : (306) 953-4425 ou pcuster.pbcnhs@sasktel.net

GANGLIONS LYMPHATIQUES

Palpez les régions suivantes pour en déterminer l'enflure, la sensibilité, la mobilité et la consistance :

- Haut du corps : ganglions sus-claviculaires, sous-claviculaires, axillaires, épitrochléens
- Bas du corps : ganglions inguinaux

ORGANES GÉNITAUX EXTERNES

- Pilosité
- Grandes et petites lèvres : lésions, ulcérations, masses, indurations, régions de différentes couleurs
- Clitoris : taille, lésions, ulcérations
- Urètre : écoulements, lésions, ulcérations
- Glandes de Skene et de Bartholin : masses, écoulements, sensibilité
- Périnée : lésions, ulcérations, masses, indurations, cicatrices
- Anus : lésions, ulcérations, sensibilité, fissures, hémorroïdes

VAGIN

- Inflammation
- Atrophie
- Pertes
- Lésions, ulcérations, excoriations
- Masses
- Indurations ou nodosités
- Relâchement du périnée (demandez à la cliente d'exercer une pression vers le bas et observez toute saillie possible de la paroi vaginale)

COL DE L'UTÉRUS

- Position, couleur, forme, taille, consistance
- Pertes
- Érosions, ulcérations
- Sensibilité
- Saignement après contact

Consistance des tissus du col : en temps normal, le col est de couleur rose et est ferme au toucher, un peu comme le bout du nez. Pendant la grossesse, il est de couleur bleuâtre et est plus mou, un peu comme les lèvres de la bouche.

UTÉRUS

- Position
- Taille
- Forme
- Consistance des tissus utérins
- Mobilité
- Douleur à la mobilisation

ANNEXES

Les ovaires ne sont généralement pas perceptibles à la palpation, à moins d'être hypertrophiés ou que la cliente ne soit très mince.

- Sensibilité
- Masses
- Consistance
- Forme
- Mobilité
- Douleur annexielle à la mobilisation du col ou de l'utérus (signe du chandelier)

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

Les lignes directrices pour le dépistage du cancer du col de l'utérus varient d'une province ou d'un territoire à l'autre. Comme le cancer du col utérin est plus répandu chez les femmes autochtones que chez les femmes non autochtones et que les taux de dépistage sont beaucoup plus faibles parmi les membres des Premières nations que chez les autres Canadiennes, les lignes directrices suivantes peuvent servir de point de départ.^{1,2}

- Un dépistage devrait être effectué une fois qu'une femme est sexuellement active.
- Le test de Pap annuel (frottis de Papanicolaou) devrait être effectué chez toutes les femmes qui ont plusieurs partenaires.
- Un dépistage annuel devrait être réalisé jusqu'à ce que 3 résultats négatifs au test de Pap aient été obtenus, puis se fera tous les 2 à 3 ans par la suite.
- Les femmes qui n'ont jamais passé de test de Papanicolaou ou qui n'ont pas fait l'objet d'un dépistage pendant plus de 5 ans devraient passer 3 tests de Pap, à 1 an d'intervalle. Si les résultats des tests sont normaux, l'intervalle entre les tests peut être porté à 3 ans.
- Les femmes de plus de 67 ans qui n'ont pas passé de test de Pap au cours des 3 années précédentes devraient être testées tous les 6 mois pendant un an. Si les résultats des deux tests sont normaux, d'autres tests peuvent ne pas être requis.
- Les femmes qui ont subi une hystérectomie totale peuvent toujours avoir besoin de passer régulièrement un test de Pap. Il faudrait en discuter avec le médecin traitant ou l'infirmière praticienne.
- Les femmes doivent passer régulièrement des tests jusqu'à l'âge de 75 ans si des résultats négatifs adéquats ont été obtenus au cours des 10 années précédentes (c.-à-d. 3 à 4 tests négatifs).

Pour obtenir du matériel éducatif sur les tests de Pap, prière de consulter le document de l'Alberta Cancer Board, intitulé *RN Pap Test Learning Module: 2009*. Le personnel infirmier en Alberta a accès à la version électronique en ligne.

D'autres régions peuvent obtenir un exemplaire en communiquant avec le programme de dépistage du cancer du col utérin <http://www.screeningforlife.ca/cervical/> ou par téléphone 1-866-727-3926, demander à parler l'adjointe aux ressources de la promotion de la santé.

QUESTIONS LIÉES À LA SANTÉ DES FEMMES ET PROBLÈMES GYNÉCOLOGIQUES COURANTS

SAIGNEMENTS UTÉRINS ANORMAUX

DÉFINITION

Saignements utérins anormaux, que ce soit par leur volume, leur durée ou le moment de leur apparition. Les termes utilisés pour décrire les types de saignements utérins anormaux sont basés sur la périodicité et l'abondance des saignements (voir le tableau 1, « Terminologie pour décrire les saignements utérins anormaux » et le tableau 2, « Diagnostic différentiel des saignements utérins anormaux »).

Tableau 1 – Terminologie pour décrire les saignements utérins anormaux

Terme	Définition
Aménorrhée	Aucun saignement utérin pendant au moins 6 mois
Pertes intermenstruelles	Saignements utérins entre les cycles réguliers
Métrorragie	Saignements utérins fréquents et irréguliers plus ou moins abondants mais non excessifs
Ménométrorragie	Saignements prolongés ou excessifs à intervalles irréguliers
Ménorragie	Saignements prolongés ou excessifs à intervalles réguliers
Oligoménorrhée	Saignements à des intervalles supérieurs à 35 jours
Polyménorrhée	Saignements réguliers à des intervalles de moins de 21 jours

Tableau 2 – Diagnostic différentiel des saignements utérins anormaux

Type	Causes
Aménorrhée / oligoménorrhée	Cycles anovulatoires, grossesse, anorexie, boulimie, déséquilibre hormonal dû aux CO, présence d'un dispositif intra-utérin (DIU), saignements utérins dysfonctionnels, femmes athlètes
Saignements utérins dysfonctionnels (par exemple, ménorragie)	Cycles anovulatoires
Saignements liés à des troubles cervicaux	Érosion, polype, cervicite, dysplasie, cancer
Saignements liés à des complications de la grossesse	Grossesse ectopique, avortement spontané, môle hydatiforme
Saignements liés à des troubles endocriniens	Hypothyroïdie, hyperthyroïdie, maladie de Cushing, hyperprolactinémie, stress (stress affectif, trop d'exercices), syndrome des ovaires polykystiques, dysfonctionnement ou tumeur des surrénales
Saignements liés à des troubles de l'endomètre	Polype, saignements utérins dysfonctionnels, fibrome utérin, cancer (chez les femmes ménopausées)
Saignements liés à des troubles hématologiques	Traitement anticoagulant, dyscrasies sanguines
Saignements liés à une infection	AIP, cervicite
Saignements liés à des dispositifs intra-utérins	Irritation, infection
Saignements utérins de l'œstrogénothérapie	Omission d'une dose de CO Absorption inadéquate des CO Déséquilibre hormonal dû aux CO (voir plus loin) Dose de CO trop faible Infection pelvienne
Saignements utérins au cours de la première moitié du cycle pendant la prise de CO	Activité œstrogénique inadéquate des CO
Saignements utérins au cours de la seconde moitié du cycle pendant la prise de CO	Activité progestative inadéquate des CO
Saignements après les rapports sexuels	Affection du col utérin Polype Cancer de l'endomètre
Saignements postménopausiques	Cervicite ou vaginite atrophique Cancer de l'endomètre

CO = contraceptifs oraux, AIP = atteinte inflammatoire pelvienne

SAIGNEMENTS UTÉRINS DYSFONCTIONNELS

DÉFINITION

Saignements utérins anormaux non causés par une pathologie génitale, des médicaments, une maladie générale ou la grossesse. C'est la cause la plus fréquente (90 % des cas) de saignements utérins anormaux, mais le diagnostic se fait par élimination.

CAUSES

Le problème est habituellement lié à l'un des trois déséquilibres hormonaux suivants : saignements secondaires à l'œstrogénothérapie, à une progestéronothérapie ou à l'arrêt de l'œstrogénothérapie.

Saignements utérins dysfonctionnels anovulatoires

L'anovulation est la cause la plus courante de saignements utérins dysfonctionnels chez les femmes en âge de procréer. Elle est particulièrement fréquente chez les adolescentes. Jusqu'à 80 % des cycles menstruels sont anovulatoires au cours de la première année qui suit l'apparition des règles. Les cycles deviennent ovulatoires entre 18 et 20 mois après les premières règles.

Certaines femmes ont encore des cycles anovulatoires après la maturation de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Une perte de poids, des troubles de l'alimentation, le stress, une maladie chronique ou un excès d'exercice sont autant de facteurs pouvant causer une anovulation d'origine hypothalamique.

Le syndrome des ovaires polykystiques est une autre cause d'anovulation. Cet état œstrogénique non compensé augmente le risque d'hyperplasie de l'endomètre et de cancer.

Certaines femmes présentant une anovulation chronique ne se classent pas dans ces catégories et sont considérées comme ayant une anovulation chronique idiopathique.

Toutes les causes d'anovulation indiquent un déficit en progestérone.

Saignements utérins dysfonctionnels ovulatoires

Ce trouble est moins courant que les saignements anovulatoires. Les saignements utérins dysfonctionnels chez les femmes ayant un cycle ovulatoire se présentent sous la forme de saignements réguliers cycliques.

La ménorragie peut dénoter un trouble hémorragique ou une lésion structurale, telle qu'un fibromyome utérin, une adénomyose ou des polypes endométriaux.

Jusqu'à 20 % des adolescentes qui consultent pour une ménorragie présentent un trouble hémorragique comme la maladie de Von Willebrand. Une affection hépatique entraînant des anomalies de la coagulation et une insuffisance rénale chronique peut aussi causer une ménorragie.

La polyménorrhée est habituellement causée par une insuffisance lutéale ou une phase folliculaire courte.

L'oligoménorrhée chez une femme qui ovule est habituellement causée par une phase folliculaire prolongée.

Les pertes intermenstruelles peuvent être causées par une affection du col ou par la présence d'un stérilet.

Les saignements au milieu du cycle peuvent être la conséquence d'une chute rapide du taux d'œstrogènes avant l'ovulation.

Pour connaître les autres causes de saignements utérins anormaux, voir le tableau 2.

Tableau 3 – Médicaments qui peuvent causer des saignements utérins anormaux

Acide acétylsalicylique (AAS)
Anticoagulants
Antidépresseurs tels que les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), les antidépresseurs tricycliques
Contraceptifs
Corticostéroïdes
Herbes : ginseng, ginkgo, produits de soya
Hormonothérapie de remplacement
Phénothiazines
Tamoxifène
Thyroxine

De : Telner DE, Jakubovicz D. Approach to diagnosis and management of abnormal uterine bleeding. *Can Fam Physician* 2007;53:58–64.

ANAMNÈSE

- Âge (par exemple, âge de procréer ou ménopause)
- Volume, durée, fréquence, intervalle des pertes sanguines.
- Il faut essayer de déterminer si les cycles sont ovulatoires ou non ovulatoires (*voir tableau 4*)
- Date de la dernière menstruation normale
- La cliente utilise-t-elle une méthode de contraception? (Type? Le mode d'utilisation est-il approprié?)
- Hormonothérapie de remplacement si la femme est ménopausée
- Possibilité de grossesse
- Signes indiquant que la cliente saigne facilement (par exemple, gencives) ou a tendance à faire des ecchymoses, ce qui évoque une coagulopathie.
- Présence de douleurs associées aux saignements
- Antécédents de problèmes gynécologiques : résultat anormal à un test de Pap, fibromes, infections transmises sexuellement (ITS), atteinte inflammatoire pelvienne (AIP), tumeur maligne gynécologique, épisodes antérieurs de saignements utérins anormaux
- Antécédents d'affection thyroïdienne, rénale ou hépatique
- Antécédents d'exercice physique intense (pouvant causer ce genre de problème)
- Antécédents de troubles de l'alimentation ou de stress affectif ou psychologique significatif
- Date et résultat du test de Papanicolaou le plus récent
- Date et résultat de la mammographie la plus récente si la cliente a l'âge de subir des tests de dépistage (50-69 ans)

Tableau 4 – Caractéristiques des cycles menstruels ovulatoires et anovulatoires

Caractéristique	Cycle ovulatoire	Cycle anovulatoire
Durée du cycle	Normale	Imprévisible
Symptômes prémenstruels	Présents	Aucun
Pertes de sang	Dysménorrhée	Pertes de sang imprévisibles; saignements fréquents; pertes abondantes peu fréquentes
Seins	Sensibles	Non sensibles
Courbe de la température basale	Biphasique	Monophasique
Autres	Modification de la glaire cervicale Syndrome intermenstruel	

OBSERVATIONS PHYSIQUES

Un saignement utérin anormal est un symptôme et non une maladie. Les observations sont variables, selon les causes sous-jacentes. Les résultats de l'examen peuvent être faussement normaux ou manifestement anormaux.

Vous devez effectuer un examen gynécologique complet, c'est-à-dire prendre la tension artérielle de la cliente, la peser, examiner sa glande thyroïde, ses seins, son abdomen et sa région pelvienne (palpation bimanuelle).

L'examen pelvien consiste à vérifier attentivement la région génitale à la recherche de lacérations, d'une pathologie vulvaire ou vaginale et de lésions ou de polypes sur le col de l'utérus. L'examen bimanuel de l'utérus peut révéler une hypertrophie due à des fibromes, une adénomyose ou un cancer de l'endomètre.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

Voir le tableau 2 de la section « Saignements utérins anormaux ».

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Test urinaire de grossesse pour toutes les clientes en âge de procréer
- Formule sanguine (pour évaluer la perte de sang et vérifier si la numération plaquettaire est appropriée)
- Temps de prothrombine (PT) et temps de céphaline (PTT)
- Taux d'hormone thyroïdienne (TSH) et de prolactine
- Épreuves fonctionnelles hépatiques
- Prélèvements cervicaux et vaginaux en vue de cultures
- Test de Papanicolaou
- Échographie pelvienne si vous soupçonnez une pathologie organique

L'anémie est souvent associée à des saignements utérins anormaux. Le dosage de la concentration de ferritine est utile.

Il faut envisager une biopsie de l'endomètre au début de l'investigation pour toute femme de plus de 35 ans ou toute femme qui a des antécédents d'exposition prolongée à des œstrogènes sans compensation et chez laquelle on n'observe aucune réponse aux méthodes de traitement initiales.

Ces tests doivent être demandés par un médecin ou une infirmière praticienne.

La biopsie de l'endomètre et l'échographie doivent être effectuées au début de l'investigation des saignements chez toute femme ménopausée.

Le risque de cancer de l'endomètre est plus élevé chez les femmes qui pèsent ≥ 90 kg et qui sont âgées de 45 ans ou plus. Parmi les autres facteurs de risque de cancer de l'endomètre, citons : des antécédents de cycles anovulatoires, la nulliparité, l'infertilité, l'usage du tamoxifène et des antécédents familiaux de cancer de l'endomètre ou du côlon³. Le cancer du col utérin est plus fréquent chez les femmes autochtones⁴.

PRÉOCCUPATIONS

Une perte excessive de sang peut suffire à causer une anémie ferriprive.

PRISE EN CHARGE

Objectifs du traitement

- Exclure la possibilité d'une maladie organique
- Régulariser le cycle menstruel
- Prévenir les complications

Le traitement dépend de la cause sous-jacente des saignements.

Femmes préménopausées

Si la femme en âge de procréer n'est pas enceinte, si les résultats de l'examen physique sont normaux et si toutes les causes pathologiques, structurales et iatrogènes sont exclues, les saignements utérins anormaux sont généralement dysfonctionnels et peuvent être traités par une hormonothérapie (voir le tableau 5, « Traitement pharmacologique des saignements utérins dysfonctionnels »).

Tableau 5 – Traitement pharmacologique des saignements utérins dysfonctionnels

Groupe d'âge	Traitement	Commentaires
Préménopause	CO	Les CO monophasiques ou triphasiques à faible dose (< 30 mg) peuvent régulariser les cycles tout en assurant une contraception
	Médroxyprogestérone, 10 mg/jour PO pendant 10 jours ou Depo-Provera, 150 mg IM tous les 3 mois	Si la contraception n'est pas recherchée, l'acétate de médroxyprogestérone peut être utilisé pour régulariser les cycles; chez une femme souffrant d'aménorrhée ou d'oligoménorrhée, la prise de médroxyprogestérone tous les 3 mois peut protéger contre l'hyperplasie de l'endomètre
	Naproxène, 250 mg toutes les 6 à 8 h ou 500 mg bid avec de la nourriture. Dose quotidienne maximale: 1 250 mg Ibuprofène, 200-600 mg toutes les 6 h avec de la nourriture. Dose quotidienne maximale: 2 400 mg	Inhibe la synthèse des prostaglandines, peut également atténuer les douleurs menstruelles
	Dispositif intra-utérin Mirena	
Périménopause	Médroxyprogestérone, 10 mg/jour PO pendant 10 jours	Peut être prise tous les mois pour régulariser les saignements
	CO	Utiliser habituellement des pilules de 20 mg (par exemple, Alesse); on peut poursuivre la CO jusqu'à ce que la femme soit ménopausée. Il faut ensuite passer à une HTR (les CO peuvent être relativement contre-indiqués chez les femmes de plus de 35 ans qui fument)
	Naproxène, 250 mg toutes les 6 à 8 h ou 500 mg bid avec de la nourriture. Dose quotidienne maximale: 1 250 mg Ibuprofène, 200–600 mg toutes les 6 h avec de la nourriture. Dose quotidienne maximale: 2 400 mg	Inhibe la synthèse des prostaglandines, peut également atténuer les douleurs menstruelles
Post-ménopause (avec HTR)	HTR cyclique	On peut envisager une augmentation de la dose de progestérone si l'on observe des saignements de retrait précoces; augmenter la dose d'œstrogènes en présence de saignements intermenstruels
	HTR d'association continue*	On peut augmenter la dose d'œstrogènes pendant 1 à 3 mois pour stabiliser l'endomètre. On peut aussi augmenter la dose de progestérone. Si les saignements continuent, il faut envisager de changer le schéma posologique: opter pour une HTR cyclique ou un type différent d'œstrogènes

CO = contraceptifs oraux, HTR = hormonothérapie de remplacement.

*Jusqu'à 40 % des femmes qui suivent une HTR combinée continue ont des saignements irréguliers au cours des 4 à 6 premiers mois du traitement (Rubin et coll., 1996). Les saignements sont plus fréquents lorsque l'hormonothérapie est amorcée moins de 12 mois après la ménopause.

De: Telner DE, Jakubovicz D. Approach to diagnosis and management of abnormal uterine bleeding. *Can Fam Physician* 2007;53:58–64.

Femmes ménopausées

(Voir section sur la ménopause.)

Chez les femmes ménopausées présentant des saignements utérins anormaux, il faut surtout redouter le cancer de l'endomètre. On observe ce cancer chez 5 à 10 % des femmes ménopausées. Les saignements peuvent avoir d'autres causes : cancer du col de l'utérus, cervicite, vaginite atrophique, atrophie endométriale, fibromes sous-muqueux, hyperplasie de l'endomètre et polypes de l'endomètre. Tout saignement inattendu qui survient *après 12 mois d'aménorrhée* est considéré comme un saignement postménopausique et devrait faire l'objet d'un examen.⁵

Femmes recevant une hormonothérapie de remplacement

Les femmes sous hormonothérapie de remplacement présentent souvent des saignements anormaux et 30 % d'entre elles sont atteintes d'une affection utérine. Parmi les autres causes de saignements figurent les lésions du col de l'utérus, les affections vaginales ou l'hormonothérapie elle-même.

Les femmes qui reçoivent une hormonothérapie séquentielle peuvent présenter des saignements secondaires au milieu du cycle lorsqu'elles ont oublié de prendre des pilules ou en raison d'interactions médicamenteuses ou d'une malabsorption. Si des saignements imprévus surviennent au cours de deux cycles ou plus, une évaluation plus poussée est indiquée.

Consultation adéquate

Consultez un médecin avant de demander des tests diagnostiques et pour connaître les pharmacothérapies possibles si un traitement urgent s'impose. Une densitométrie minérale osseuse de base est indiquée si l'on prend des progestatifs ou du Depo-Provera. En outre, un dosage sanguin des concentrations de la 25-hydroxyvitamine D pour déterminer le niveau de base est indiqué.

Surveillance et suivi

- Suivez la cliente tous les mois jusqu'à ce que les cycles soient réguliers.
- Au besoin, surveillez le taux d'hémoglobine si les saignements abondants persistent malgré le traitement.

Orientation

- Au besoin, orientez la cliente (si son état est stable) vers un médecin en vue d'une évaluation approfondie et d'un traitement.

DYSMÉNORRHÉE

DÉFINITION

Règles douloureuses.

CAUSES

- *Dysménorrhée primaire* : contractions utérines normales pendant les règles.
- *Dysménorrhée secondaire* : endométriose, stérilet, atteinte inflammatoire pelvienne (AIP)

ANAMNÈSE

Dysménorrhée primaire

- Débute de 6 à 12 mois après l'apparition des règles
- Douleurs au bas-ventre et au dos
- Douleurs ondulantes et crampes
- Durée : de quelques heures à quelques jours
- Commencent avant ou pendant les règles
- Symptômes associés : nausées, diarrhée, céphalées, bouffées vasomotrices, syncope (rarement)
- Peuvent s'intensifier au fil des ans
- S'atténuent habituellement après la naissance du premier enfant

Dysménorrhée secondaire

- Débute plusieurs années après l'apparition des règles (entre la fin de la vingtaine et la quarantaine).
- Douleurs modérées ou intenses.
- Peuvent apparaître quelques jours avant le déclenchement des règles.
- Douleurs constantes ou intermittentes.
- Aggravées par le mouvement ou l'effort pendant la défécation.
- Peuvent être localisées ou irradier dans tout le bas-ventre.
- Symptômes associés possibles : nausées et vomissements, diarrhée ou constipation, céphalées, dyspareunie, écoulement vaginal, malaise.
- Les symptômes peuvent être présents pendant toute la durée du cycle ou apparaître un peu avant le déclenchement des règles et durer pendant toutes ces dernières.
- Présence possible d'une dyspareunie.

OBSERVATIONS PHYSIQUES

- Résultats de l'examen physique habituellement normaux.
- Fièvre possible en cas de dysménorrhée secondaire (infection).
- Décelez la présence d'une infection vaginale, du cordon du stérilet.
- Sensibilité possible du col utérin à la mobilisation et de l'utérus à la palpation.
- Décelez les problèmes suivants : masses annexielles, hypertrophie de l'utérus, tuméfaction et sensibilité des ganglions lymphatiques inguinaux.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- AIP
- Endométriose
- Stérilet
- Sténose du col
- Kyste ovarien hémorragique

COMPLICATIONS

- Absentéisme (travail ou école)

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Aucun

PRISE EN CHARGE**Objectifs du traitement**

- Distinguer la dysménorrhée primaire de la dysménorrhée secondaire
- Atténuer les symptômes (utilisation des anti-inflammatoires non stéroïdiens [AINS], de la chaleur)
- Déterminer les facteurs prédisposants, les causes sous-jacentes

Consultation adéquate

Si la cliente ne répond pas au traitement de première intention, prenez des dispositions pour qu'elle consulte un médecin (rendez-vous non urgent).

Interventions non pharmacologiques

En cas de dysménorrhée primaire, rassurez la cliente en lui expliquant qu'elle n'est atteinte d'aucune affection génitale et que le problème finira sans doute par disparaître de lui-même. La plupart des clientes qui présentent une dysménorrhée primaire auront besoin d'un traitement pharmacologique.

- Suggérez-lui d'utiliser des bouillottes d'eau chaude et des serviettes tièdes pour atténuer la douleur.

Éducation de la cliente

- Aidez la cliente à comprendre la physiologie du cycle menstruel normal et la raison pour laquelle des douleurs peuvent apparaître.
- Expliquez à la cliente l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence, effets secondaires).
- Enseignez à la cliente les mouvements de bascule du bassin qui peuvent atténuer la douleur et les maux de dos.
- Expliquez-lui que la pratique régulière d'une activité physique peut apporter un certain soulagement.

Si la cliente porte un stérilet, envisagez une infection ou une mauvaise position du stérilet (qu'il faudra alors peut-être enlever).

Interventions pharmacologiques

Tous les AINS (sauf l'acide acétylsalicylique [AAS]) sont efficaces dans environ 80 % des cas de dysménorrhée. Les différences entre les AINS semblent minimales. Tous devraient être pris avec de la nourriture. Dans certains cas, il peut être nécessaire de poursuivre le traitement pendant les 48 heures qui suivent le début des règles.

Les 2 AINS suivants sont couramment utilisés pour traiter les symptômes légers de la dysménorrhée primaire chez une cliente jeune et en santé :

ibuprofène (Motrin), 400 mg, toutes les 4 à 6 heures au besoin (dose maximale : 2 400 mg/24 heures)

naproxen (Naprosyn), comprimés de 250 mg, 2 comprimés PO immédiatement, puis 1 comprimé toutes les 6 à 8 heures au besoin (dose maximale : 1 250 mg/24 heures)

Si la cliente est jeune, en santé et sexuellement active et a aussi besoin d'une méthode anticonceptionnelle, amorcez un traitement par des contraceptifs oraux (CO).

Pour plus d'information sur les contraceptifs oraux, voir le tableau 6 et le tableau 7.

Chez une femme présentant une dysménorrhée modérée ou sévère, le fait de prendre des AINS avant que les règles ne commencent permet de mieux maîtriser la douleur. Un traitement régulier donne de meilleurs résultats que la prise du médicament au besoin.

Les AINS sont contre-indiqués chez les clientes allergiques à l'ASS ou ayant des antécédents d'ulcères peptiques actifs et des antécédents de saignements GI. Ils sont à utiliser avec prudence chez les clientes atteintes d'asthme, en particulier dans les cas d'asthme sévère.

Surveillance et suivi

Réévaluez les symptômes au bout de 6 mois.

Orientation

Orientez la cliente vers un médecin si vous soupçonnez une cause secondaire de dysménorrhée ou si le traitement ne permet pas de soulager les symptômes.

MASSES AU SEIN

DÉFINITION

Masse ou irrégularité dans un sein. Il peut y en avoir une seule ou plusieurs.

CAUSES

- Modifications dues à une mastose sclérokystique
- Effets hormonaux cycliques sur les tissus mammaires normaux
- Affection bénigne du sein
- Affection maligne
- Traumatisme (hématome)
- Infection s'accompagnant d'un engorgement des canaux galactophores
- Lactation

ANAMNÈSE

- Découverte d'une masse dans le sein
- Déterminez à quel stade du cycle menstruel la masse a été découverte (les seins sont parfois grumeleux à la palpation avant ou pendant les règles).
- Vérifiez si la cliente a déjà eu des masses aux seins.
- Posez des questions sur les points suivants : douleur, écoulement des mamelons, rougeur du sein, modifications cutanées, lactation.
- Prise de médicaments (par exemple, CO)
- Antécédents d'affection mammaire ou antécédents familiaux (parentes au premier degré) d'affection mammaire.
- Traumatisme récent au sein
- Présence de fièvre ou de signes généraux de maladie
- Grossesse, accouchement et allaitement récents

OBSERVATIONS PHYSIQUES

- Examinez visuellement la cliente en position assise, d'abord avec les bras le long du corps, puis avec les bras levés au-dessus de la tête.
- Répétez l'examen en position allongée sur le dos.
- Évaluez la symétrie (taille, forme, contour).
- Vérifiez les aspects suivants : rougeur, capitonnage ou épaissement cutané.
- Vérifiez s'il y a écoulement du mamelon ou formation de croûtes.
- Palpez les seins et les creux axillaires en position assise, puis allongée.
- Décelez les masses, la sensibilité, la chaleur, les ganglions lymphatiques.
- Demandez à la cliente de localiser la masse.
- Décrivez les masses en précisant leur taille, leur délimitation, leur consistance (par exemple, dures, fermes, molles, liquides), leur forme, leur mobilité et leur position.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Cancer
- Affection bénigne du sein
- Mastite avec ou sans abcès

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Envisagez une mammographie diagnostique; discutez-en avec un médecin.
- Échographie du sein si vous découvrez une masse; discutez-en avec un médecin.
- Mammographie de dépistage tous les ans ou tous les 2 ans entre l'âge de 50 et 69 ans.
- Effectuez un dépistage plus fréquent si la cliente court un plus grand risque, notamment si sa mère ou une parente au premier degré a été atteinte d'un cancer du sein avant la ménopause; dans ce cas, le dépistage débute à l'âge de 40 ans.

PRISE EN CHARGE**Objectifs**

- Excluez rapidement les affections graves.

Consultation adéquate

Consultez un médecin dès que possible si vous découvrez une masse à un sein.

Éducation de la cliente

- En cas de masses bénignes au sein, suivez la cliente à intervalles réguliers et recommandez-lui de revenir à la clinique si elle constate des changements.
- Informez et aidez la cliente avant d'entreprendre quelque investigation que ce soit.

Orientation

En collaboration avec le médecin, orientez la patiente vers un chirurgien le plus tôt possible pour l'établissement d'un diagnostic de certitude.

MASTITTE**DÉFINITION**

Inflammation et infection du sein observées chez 1 % à 3 % des femmes qui allaitent, généralement au cours des 3 premières semaines du post-partum.

CAUSES

- Habituellement, *Staphylococcus aureus*; à l'occasion, des streptocoques.

Facteurs de risque

- Engorgement/stase
- Technique d'allaitement inappropriée
- Hygiène mammaire inadéquate
- Fissure des mamelons (crevasses)

ANAMNÈSE

- Accouchement récent (2 semaines ou plus avant la consultation)
- Sein(s) atteint(s): dur(s) et rouge(s)
- Douleur mammaire intense
- Fièvre et frissons associés

OBSERVATIONS PHYSIQUES

- Température élevée, frissons
- Fréquence cardiaque rapide
- Souffrance modérée, fatigue
- Sein qui est enflé, rouge et chaud au toucher
- Les mamelons peuvent être excoriés, fissurés ou engorgés de lait
- Zone d'induration
- Douleur au sein
- Masse fuyante au doigt (indique la présence d'un abcès)
- Ganglions axillaires enflés et sensibles
- Malaise ou myalgie

COMPLICATIONS

- Abcès
- Interruption de l'allaitement en raison de la douleur, ce qui peut entraîner un engorgement mammaire
- Septicémie

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Aucun test diagnostique particulier n'est nécessaire.

PRISE EN CHARGE**Objectifs**

- Enrayer l'infection.
- Prévenir les récurrences (en enseignant à la cliente les soins appropriés des seins).

Interventions non pharmacologiques

- Appliquez des compresses tièdes qid pour atténuer la douleur.
- Il est important de vider régulièrement le sein atteint toutes les 6 heures, à la fois manuellement et en allaitant.
- Augmentez l'apport liquidien

Éducation de la cliente

- Discutez les habitudes nutritionnels du nourrisson.
- Expliquez à la cliente l'utilisation appropriée des médicaments (dose, fréquence).
- Recommandez à la cliente de poursuivre l'allaitement ou d'utiliser un tire-lait de façon à enrayer l'engorgement et à prévenir une nouvelle stagnation de lait.
- Conseillez la cliente sur la façon d'améliorer son hygiène mammaire afin de prévenir l'infection et de soulager les mamelons fissurés.
- Suggérez à la cliente de porter un soutien-gorge bien ajusté pour atténuer la douleur.

Interventions pharmacologiques

- Suggérez à la cliente l'application topique de lanoline pour faciliter la cicatrisation des mamelons et prévenir les crevasses.

Candidose mammaire topique (et muguet buccal chez les nourrissons)

Une sensibilité des mamelons peut être un signe de candidose mammaire topique. La mère et le nourrisson devraient tous les deux être traités.

Mère :

crème de clotrimazole à 1 % bid pendant 7-14 jours, à appliquer après la séance d'allaitement

Nourrisson :

Solution de nystatine, 100 000 U (ou 1 mL) qid pendant 7–10 jours. Dites à la mère d'appliquer la nystatine dans la bouche du bébé avec un coton-tige ou une seringue pour la bouche, en s'attardant particulièrement sur les taches blanches^{6,7}.

Mastite bénigne ou modérée

Antibiotiques oraux :

cloxacilline, 500 mg PO qid pendant 7-10 jours

Si la patiente ne présente pas de réponse dans les 24 à 48 heures, remplacez par :

céphalexine, 500 mg PO qid pendant 7–10 jours

En cas d'allergie à la pénicilline :

clindamycine 150, 300 mg PO qid pendant 7-10 jours

Antipyrétiques et analgésiques :

acétaminophène (Tylenol), 325 mg, 1-2 comprimés PO toutes les 4-6 h au besoin

ou

ibuprofène (Advil), 200–400 mg PO toutes les 4-6 h au besoin

Surveillance et suivi

- Revoyez la cliente après 24 et 48 heures.
- Surveillez la formation possible d'un abcès.

PRISE EN CHARGE DE LA MASTITE SÉVÈRE

Si la cliente semble très souffrante, fiévreuse et incommodée, suivez les recommandations suivantes.

Traitement adjuvant

Amorcez un traitement IV avec du soluté physiologique afin de garder la veine ouverte.

Consultation et interventions pharmacologiques

Consultez un médecin concernant les antibiotiques par voie IV; la dose initiale suivante peut être utilisée :

céfazoline 1–2 g IV toutes les 8 heures pendant 7–10 jours

ou

cloxacilline, 1 g IV toutes les 6 heures pendant 7–10 jours⁶

Dans le cas des clientes allergiques à la pénicilline, la clindamycine peut être envisagée comme médicament de remplacement.

Orientation

Transférez la cliente à l'hôpital; une incision et un drainage peuvent s'avérer nécessaires.

VIRUS DU PAPILLOME HUMAIN (VERRUES GÉNITALES)

DÉFINITION

Le virus du papillome humain (VPH) est un micro-organisme transmis sexuellement. L'infection par le VPH est l'ITS la plus répandue; environ 555 000 Canadiens sont touchés chaque année. Condylomes acuminés, verrues génitales et verrues vénériennes sont les autres noms des manifestations du virus du papillome humain.

CAUSES

Le virus du papillome humain, un virus à ADN de croissance lente de la famille des papovavirus, est le micro-organisme responsable de l'affection. Il existe 100 types connus de VPH qui peuvent infecter les humains. Le virus se transmet par contact peau à peau. La plupart des infections passent inaperçues et évoluent spontanément vers la guérison en l'espace de 24 mois. Les verrues peuvent apparaître à peine 1-2 mois après l'exposition, mais la plupart des infections demeurent subcliniques.

Facteurs de risque

- Premier rapport sexuel à un jeune âge
- Partenaires sexuels multiples
- Antécédents d'infections transmissibles
- Risque associé à l'usage de tabac passé et actuel

PRÉVENTION PRIMAIRE

- Communication précoce de renseignements généraux sur le VPH.
- L'abstinence est la meilleure façon de prévenir l'infection par le VPH, mais il faut éviter entre autres la pénétration du vagin ou de l'anus, tout contact anogénital et le partage de jouets sexuels.
- L'usage de condoms offre une certaine protection contre le VPH.
- Il convient de réduire le nombre de partenaires sexuels.
- La vaccination prophylactique peut constituer la meilleure méthode de prévention primaire. Le vaccin Gardasil, actuellement disponible, est recommandé par le CCNI pour les filles et les femmes de 9 à 26 ans. Le principal groupe d'âge est constitué des femmes de 9 à 13 ans. Le vaccin est administré en une série de 3 doses. Le coût de la vaccination peut ou non être pris en charge par l'État.
- Gardasil protège contre 2 souches de VPH (16 et 18), qui selon les estimations causent environ 70 % des cancers du col utérin⁸.

ANAMNÈSE

- Petites «bosses» ou verrues génitales indolores
- Prurit
- Saignements pendant et après le coït
- Pertes vaginales malodorantes
- Dysurie
- Excroissances ressemblant à des verrues dans la région génitale, saillantes et rugueuses ou plates et lisses
- Lésions uniques ou groupées, dont la taille varie de moins d'un mm de diamètre à des agrégats ayant un aspect en chou-fleur
- Papillomes de couleur rose pâle

OBSERVATIONS PHYSIQUES

Excroissances ressemblant à des verrues dans la région génitale, saillantes et rugueuses ou plates et lisses. Les verrues plates sont habituellement causées par le VPH à risque élevé plutôt que par le VPH à faible risque.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Condylomes
- Molluscum contagiosum
- Cancer

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Cytologie : le test de Papanicolaou est utile, mais des résultats indiquant une koïlocytose, une dyskératose, une atypie kératinisante, une inflammation atypique et une parakératose sont tous évocateurs d'une infection par le virus du papillome humain.
- Réclamez un dépistage du VPH au moyen d'un test de Papanicolaou si le laboratoire ne le fait pas automatiquement.
- Histologie : le diagnostic des lésions subcliniques, d'une dysplasie et d'une tumeur maligne se fait par colposcopie et biopsie dirigée.

PRISE EN CHARGE

Consultation

Consultez un médecin afin qu'il prescrive un médicament pour traiter les verrues externes.

Interventions non pharmacologiques

Éducation de la cliente

- Rassurez la cliente.
- Expliquez à la cliente que le traitement élimine les verrues visibles mais non le virus, et qu'aucun traitement ne s'est révélé efficace à cette fin.
- Insistez sur le fait que l'ablation des verrues peut réduire la charge virale et la transmissibilité de l'agent pathogène.
- Conseillez à la cliente de s'abstenir d'avoir des rapports sexuels tant que les lésions sont présentes; indiquez-lui que son partenaire devrait utiliser un condom.
- Expliquez que le taux de récurrence est de 33 % même une année après une apparente guérison.

REMARQUE : L'application de l'acide acétique à 3 % (vinaigre) sur les lésions n'est pas recommandée et n'a pas d'utilité dans le cadre du dépistage.⁹

Interventions pharmacologiques

- Le traitement n'est pas recommandé pour les infections subcliniques (absence de verrues exophytiques).
- Pour les manifestations cliniques de verrues :

Traitements en cabinet :

podophylline à 10–25 % appliquée sur la verrue mais pas sur la peau contiguë; peut être rincée à l'eau après 1–4 heures. Ne pas utiliser pendant la grossesse.

Communiquez avec le médecin pour un traitement auto-administré, qui peut prendre l'une ou l'autre des formes suivantes :

imiquimod auto-appliqué 3 fois par semaine (avec au moins un jour d'intervalle entre les applications) pendant une période pouvant atteindre 16 semaines; il devrait être rincé à l'eau après 6-8 heures. À ne pas utiliser pendant la grossesse.

ou

solution de podofilox/podophylotoxine à 0,5 % auto-appliquée sur les verrues (mais pas sur la peau contiguë) toutes les 12 heures pendant 3 jours chaque semaine (4 jours sans traitement); ne devrait pas être utilisée pour le traitement des verrues cervicales, méatales, vaginales ou anales. À ne pas utiliser pendant la grossesse.

- Vous pouvez appliquer de la gelée de pétrole sur la peau entourant les verrues, afin de protéger les régions non atteintes.
- Si les verrues n'ont pas été éliminées après six applications, envisagez un autre traitement.

Surveillance et suivi

- Un suivi à court terme n'est pas recommandé si la patiente est asymptomatique après le traitement.
- Un suivi continu doit inclure un test de Papanicolaou et des examens pelviens annuels.
- Encouragez la patiente à examiner ses organes génitaux.
- Envisagez d'offrir le vaccin Gardasil.

Une association a été établie entre l'infection par le virus du papillome humain et la survenue ultérieure du cancer du col. Par conséquent, pour les femmes présentant une telle infection, un dépistage annuel au moyen du test de Papanicolaou s'impose.

Orientation

Consultez un médecin ou dirigez la cliente vers un médecin si les lésions persistent après six traitements consécutifs ou si vous diagnostiquez des verrues cervicales ou rectales, ou si la patiente est enceinte.

CONTRACEPTION

DÉFINITION

Prévention de la grossesse.

Voir le chapitre « Santé des adolescents » dans le guide pédiatrique pour plus d'information sur la contraception.

CONSEILS QUANT AU CHOIX D'UNE MÉTHODE CONTRACEPTIVE

Méthodes de barrière

- Évaluez la motivation de la cliente, la mesure dans laquelle elle se sent à l'aise avec ces méthodes et sa capacité de les utiliser systématiquement.
- Expliquez le mode d'emploi des condoms.
- Expliquez le mode d'emploi des applicateurs de gel et de mousse.
- Selon la disponibilité du dispositif et votre capacité, donnez un diaphragme de la taille appropriée à la cliente ou dirigez celle-ci vers un médecin.
- Montrez à la cliente comment mettre en place le diaphragme et demandez-lui de le faire à son tour.
- Contre-indications relatives à l'emploi d'un diaphragme : cystites à répétition et antécédents de syndrome de choc toxique.

Prévention de l'ovulation – Contraceptifs oraux, injections de Depo Provera

- Méthode permettant de prévenir la grossesse en empêchant la libération de l'ovule et en entraînant des modifications de la glaire cervicale, de l'endomètre et de la motilité des trompes.
- Expliquez à la cliente le mode d'emploi des CO (elle doit prendre la pilule sans faute tous les jours à la même heure).
- Indiquez à la cliente qu'elle doit revenir à la clinique dans les cas suivants : céphalées, douleur dans les jambes ou œdème des jambes, aménorrhée ou saignements intermenstruels.
- S'il y a eu un oubli ou si la cliente a des vomissements ou de la diarrhée, elle devra utiliser une contraception d'appoint, soit une méthode de barrière pendant le reste du cycle, en plus des CO, tel que présenté dans le tableau 5.1 Recommandations lors de l'oubli de doses d'un contraceptif oral combiné, pour éviter une grossesse.¹⁸

Tableau 5.1 – Recommandations lors de l'oubli de doses d'un contraceptif oral combiné

Circumstance	Recommandation
Oubli d'une dose au cours de la première semaine du cycle de contraception (> 24 heures de retard)	Prendre une dose dès que possible et continuer le cycle tel que prévu. Utiliser une contraception d'appoint jusqu'à ce qu'au moins 7 jours consécutifs se soient écoulés.
> 1 dose manquée durant la première semaine	Prendre une dose dès que possible et continuer le cycle tel que prévu. Utiliser une contraception d'appoint jusqu'à ce qu'au moins 7 jours consécutifs se soient écoulés. Évaluer la cliente pour une contraception d'urgence.
< 3 doses oubliées durant la semaine 2 ou 3	Prendre une dose dès que possible et continuer le cycle tel que prévu. Éliminer l'intervalle sans hormone pour ce cycle et commencer un nouvel emballage. Considérer une contraception d'appoint.
≥ 3 doses consécutives oubliées durant la semaine 2 ou 3	Prendre une dose dès que possible et continuer le cycle tel que prévu. Éliminer l'intervalle sans hormone et commencer un nouvel emballage. Utiliser une contraception d'appoint jusqu'à ce qu'au moins 7 jours consécutifs d'utilisation correcte se soient écoulés.
Intervalle sans hormone > 7 jours	Évaluer la cliente pour une contraception d'urgence ou une contraception d'appoint.
Omissions répétées ou absence de contraception d'appoint.	Évaluer pour une contraception d'urgence ou d'appoint. Conseiller quant à l'adoption d'un mode de contraception moins exigeant sur le plan de l'observance.

Source : Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Opinion du comité de la SOGC. Oubli de doses de contraceptif hormonal: Nouvelles recommandations : JOGC Novembre 2008; 30(11): p.1064.

Voir : <http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui219ECO0811.pdf>

Prévention de l'implantation – Stérilet

- Expliquez de quelle façon le stérilet prévient la grossesse.
- Contre-indications absolues : antécédents d'AIP ou infection pelvienne active.
- Habituellement, le stérilet est contre-indiqué chez les nullipares.
- Contre-indications relatives : antécédents de MTS à répétition ou de grossesse ectopique, partenaires multiples, règles abondantes et dysménorrhée.

Stérilisation – Ligature des trompes et vasectomie

- Les deux partenaires devraient être présents lors de cette visite afin d’être bien renseignés et conseillés s’ils le souhaitent.
- Les clients doivent être absolument sûrs de ne plus vouloir d’enfants, puisque, à toutes fins pratiques, il s’agit d’interventions irréversibles.
- Ligature des trompes par laparoscopie : consiste à pratiquer une petite incision dans l’abdomen, puis à sectionner et à suturer les trompes de Fallope sous anesthésie générale.
- Vasectomie : consiste à sectionner et à suturer les canaux déférents (peut s’effectuer en consultation externe sous anesthésie locale).

Les deux interventions comportent des risques et certains effets déplaisants qu’il faut expliquer aux clients.

PRISE EN CHARGE

Pour connaître les principes de la contraception orale, voir le *tableau 6*.

Objectifs du traitement

- Prévenir la grossesse
- Prévenir les maladies transmises sexuellement
- Déceler les effets secondaires et les corriger.

Interventions non pharmacologiques

- Discutez de toutes les méthodes de contraception : méthodes de barrière, spermicides, diaphragme, stérilet, CO, injections de Depo-Provera.
- Vu que le tabagisme augmente le risque de complications graves liées aux CO, il faudrait offrir à la cliente des consultations de renoncement au tabac si elle décide d’utiliser des CO; les CO sont contre-indiqués chez les femmes de > 35 ans qui fument.
- Incitez la cliente à utiliser des condoms en plus de la méthode de contraception choisie de manière à prévenir les maladies transmises sexuellement.
- Si elle a l’expérience et les connaissances voulues, l’infirmière peut elle-même déterminer la taille du diaphragme, si elle se sent à l’aise de le faire, ou diriger la cliente vers le médecin lors de sa prochaine visite au poste.
- Pour les adolescentes et les jeunes femmes, les CO ou les injections de Depo-Provera sont les méthodes de choix.

Prescription de contraceptifs oraux

Le choix des CO dépend de divers facteurs :

- Absence de contre-indications des CO (*tableau 7*)
- Caractéristiques d’un flux menstruel habituel (peu important, modéré ou abondant)
- Présence de dysménorrhée
- Caractéristiques de la peau (peau grasse, acné, hyperpilosité).

Les CO devraient être choisis conformément au profil de la cliente. Les patientes commencent en général par des CO qui contiennent une faible dose d’œstrogènes (< 30 µg comme Alesse). Pour connaître tout l’éventail des CO possibles, veuillez consulter le médecin au sujet des besoins particuliers de la patiente.

Cas où une surveillance étroite s’impose

- Dépression
- Épilepsie
- Antécédents familiaux de dyslipidémie
- Si après une chirurgie facultative, une immobilisation est envisagée, il y a peut-être lieu d’interrompre les CO. Discutez de la prophylaxie antithrombotique recommandée avec la cliente et le médecin ou chirurgien⁹

Consultez un médecin avant de donner des CO aux clientes présentant n’importe quelle contre-indication, possible ou relative (*voir le tableau 7*) ou à celles qui doivent faire l’objet d’une surveillance étroite (*voir plus haut*). Ne donnez pas de CO aux clientes présentant des « contre-indications de principe » (*voir tableau 7*).

Surveillance et suivi

- Le premier examen de contrôle devrait avoir lieu au bout de 3 mois.
- Les examens, y compris les tests de Papanicolaou, devraient être effectués une fois par année dans les cas des femmes en santé jusqu’à ce que 3 résultats normaux consécutifs soient obtenus ou si la patiente a plusieurs partenaires sexuels
- Incitez les femmes à s’examiner les seins et enseignez-leur comment faire.
- Montrez à la cliente comment procéder à l’auto-examen des seins une fois par mois. *Une vidéo sur l’auto-examen des seins est accessible dans la section sur l’anatomie au :* <http://www.breastselfexam.ca/section2slide4.html>

Orientation

Orientez vers un médecin toutes les femmes souhaitant utiliser un stérilet, se faire stériliser ou recevoir du Depo-Provera.

Tableau 6 – Principes de l'usage des contraceptifs oraux**Interrogatoire et examen physique**

Avant de mettre en route les CO, il faut effectuer un interrogatoire approfondi et un examen physique

Recueillez les antécédents médicaux, gynécologiques et obstétricaux complets (*voir Évaluation de l'appareil reproducteur féminin dans ce chapitre*)

En particulier, identifiez les maladies chroniques (par exemple, maladies cardiaques, thrombose veineuse profonde, hypertension, migraines, atteinte pelvienne, infection pelvienne, chirurgie pelvienne, épilepsie) ou les médicaments qui peuvent nuire à la contraception orale

Passez en revue les antécédents de contraception : méthodes, efficacité, problèmes, raison de l'arrêt, contre-indications spécifiques

Tests de laboratoire

Effectuez un test de Pap et prélevez des écouvillons pour la recherche de *Chlamydia* et de *N. gonorrhoeae* chez toute cliente qui a eu des relations sexuelles

Obtenez un échantillon d'urine et effectuez un test de grossesse (pour écarter toute grossesse)

Dose initiale

Dans le cas des jeunes femmes normales en santé, amorcez les CO par une dose quotidienne de 30-35 µg d'œstrogènes, combinée à la plus faible dose possible de n'importe quel progestatif, pour assurer une contraception et une bonne régulation du cycle

Médorxyprogestérone (Depo-Provera), 150 mg IM tous les 3 mois et tout CO contenant 50 µg d'œstrogènes. Le traitement ne devrait être amorcé par le personnel infirmier qu'après consultation du médecin.

Chez les femmes âgées (environ de 50 ans)

Tant et aussi longtemps que la cliente a ses règles, elle peut tomber enceinte

Une femme est en ménopause lorsqu'elle a ses dernières règles, la ménopause naturelle étant confirmée lorsqu'il s'est écoulé 12 mois sans règles. La contraception peut être arrêtée lorsque la patiente atteint la ménopause

Des CO d'association à faible teneur en œstrogènes (20 µg) sont utiles, à condition que la femme ne fume pas et qu'il n'y ait pas de contre-indications des CO

Post-partum : cliente qui n'allait pas

Les clientes qui n'allait pas peuvent s'attendre à ce qu'elles redeviennent menstruées environ 6 mois après l'accouchement

La CO peut être remise en route n'importe quand après l'accouchement

Il faut attendre 72 heures après l'accouchement avant d'administrer du Depo-Provera si la cliente prévoit d'allaiter

Les épisodes de thrombose exacerbées par les CO sont minimaux durant cette période

Post-partum : cliente qui allaite

Le retour des règles chez les femmes qui allaitent varie énormément

L'ovulation peut survenir en l'absence de règles

Les clientes qui allaitent peuvent commencer à prendre des CO contenant de la progestérone seulement (par exemple, norethindrone [Micronor] ou Depo-Provera IM)

Remarques spéciales

Il n'est pas nécessaire de prévoir un « repos » sans CO pour la cliente

Les CO peuvent être pris (en l'absence d'effets défavorables) jusqu'à la ménopause, tant et aussi longtemps que la cliente de plus de 35 ans qui prend des CO ne fume pas

Durant la périménopause, une contraception devrait être envisagée

L'échec de la CO ne s'est pas révélée tératogène pour le fœtus

Tableau 7 – Contre-indications de la contraception orale¹⁰

Contre-indications absolues	Contre-indications de principe	Contre-indications relatives
Fumeuse de plus de 35 ans (≥ 15 cigarettes/jour)	Après une thrombophlébite Céphalées intenses	Importants antécédents familiaux de diabète sucré
Hypertension (systolique ≥ 160 mm Hg ou diastolique ≥ 100 mm Hg)	Hypertension bien maîtrisée	Antécédents de cholestase durant la grossesse
Thrombo-embolie (TEV) et troubles thrombo-emboliques passés ou actuels	Hypertension (systolique 140–159 mm Hg, diastolique 90–99 mm Hg)	Hyperbilirubinémie congénitale (maladie de Gilbert)
Carence en facteurs de coagulation	Migraine chez les clientes de plus de 35 ans	Insuffisance hépatique au moment où la cliente consulte ou au cours de la dernière année
Troubles cérébrovasculaires	Affection active de la vésicule biliaire	Manque de fiabilité connu et faible probabilité que la cliente prenne la pilule correctement
Cardiopathies ischémiques, coronaropathies	Mononucléose infectieuse, avec atteinte hépatique	
Cancer du sein connu ou soupçonné	Cirrhose légère	
Grossesse connue ou soupçonnée	Antécédents de cholestase associée à la CO d'association	
< 6 semaines depuis l'accouchement si la cliente allaite	Chirurgie lourde facultative prévue au cours des 4 prochaines semaines ou chirurgie lourde nécessitant une immobilisation	
Tumeur du foie (adénome ou hépatome)		
Saignements génitaux anormaux non diagnostiqués	Plâtre sur toute la jambe ou blessure grave à la partie inférieure de la jambe	
Migraine avec aura ou symptômes neurologiques en foyer	Femmes de > 35 ans qui fument beaucoup (> 15 cigarettes/jour)	
Diabète avec rétinopathie/néphropathie/neuropathie	Prise de médicaments qui peuvent nuire au métabolisme des CO (antiépileptiques, antipsychotiques)	
Cirrhose grave		

Contraception œstroprogestative

Faible dose d'œstrogènes :

éthinyloestradiol (EE), 20 µg et lévonorgestrel, 100 µg (Alesse)

Contraceptif injectable

Médorxyprogestérone (Depo-Provera), 150 mg IM, tous les 3 mois

Les lignes directrices de la SOGC recommandent que les dispensateurs de soins soupèsent soigneusement les risques et les avantages du Depo-Provera avant de prescrire ce médicament. Les patientes devraient être avisées du risque de diminution de la densité osseuse. On recommande également d'offrir un counseling sur les façons d'améliorer la « santé des os », telles que la prise de suppléments de calcium, de vitamine D et l'abandon du tabac, les exercices avec mise en charge et la diminution de la consommation d'alcool et de caféine.

Une carence en vitamine D est fréquente chez les Autochtones. De plus en plus de données montrent que les besoins en vitamine D varient selon le poids et l'IMC. Un minimum de 800 UI/jour à 1 000 UI/jour peut être nécessaire chez les adultes (19–50 ans).^{11,12}

CONTRACEPTION ORAL D'URGENCE

DÉFINITION

Recours à des médicaments hormonaux dans les 120 heures (5 jours) qui suivent une relation sexuelle non protégée ou mal protégée en vue de prévenir une grossesse non désirée.

PROTOCOLES RELATIFS À LA CONTRACEPTION HORMONALE D'URGENCE

Les comprimés de lévonorgestrel (Plan B) ne renferment qu'un progestatif, le lévonorgestrel. Le Plan B est la méthode contraceptive d'urgence de choix parce qu'elle est plus efficace et comporte moins d'effets indésirables que la méthode de rechange.

Le maintien de la confidentialité dans les petites collectivités ou les collectivités rurales peut être particulièrement problématique et est un obstacle connu à la prestation des soins. Il est de la plus haute importance que des mesures efficaces visant le maintien de la confidentialité soient développées et suivies à la lettre par tout le personnel de soin. La contraception orale d'urgence peut être un sujet particulièrement délicat. La crainte d'un bris de confidentialité peut mener certains individus à retarder ou éviter un traitement nécessaire.^{16,17}

Mécanisme d'action

- Le mécanisme est inconnu.
- On pense que le produit a essentiellement pour effet d'empêcher l'ovulation.
- Pourrait ralentir le déplacement de l'ovule et du sperme dans les trompes de Fallope.
- Pourrait empêcher la fertilisation.
- Pourrait empêcher la maturation du corps jaune.
- Dépend du moment du cycle où le contraceptif d'urgence est pris.

Efficacité: Plan B

- Efficace dans 95 % des cas lorsqu'il est utilisé dans les 24 heures qui suivent une relation sexuelle
- Efficace dans 85 % des cas lorsqu'il est utilisé dans les 25 à 48 heures qui suivent une relation sexuelle
- Efficace dans 58 % des cas lorsqu'il est utilisé dans les 49 à 72 heures qui suivent une relation sexuelle

Indications

- Relation sexuelle non protégée dans les 72 à 120 heures précédentes
- Relation sexuelle mal protégée dans les 72 à 120 heures qui précèdent, ce qui comprend, mais pas exclusivement, les cas suivants :
 - oubli du contraceptif oral pendant 2 jours consécutifs ou plus
 - glissement ou déchirure du condom

Contre-indications

- Grossesse connue
- Saignement vaginal anormal non diagnostiqué
- Hypersensibilité à toute composante du médicament

Considérations relatives à l'allaitement et à la grossesse

- La contraception d'urgence n'interrompt pas une grossesse déjà implantée.
- Le recours à un contraceptif d'urgence ne contenant qu'un progestatif pendant la grossesse n'entraîne aucun effet tératogène connu.
- Une femme qui allaite peut prendre un contraceptif d'urgence.

ANAMNÈSE

- Date et caractéristiques des dernières menstruations permettant d'estimer le moment probable de l'ovulation et le risque de grossesse
- Moment de la plus récente relation sexuelle non protégée ou mal protégée
- Emploi actuel de toute autre méthode de contraception (par exemple, le condom)
- Utilisation antérieure de la contraception d'urgence
- Évaluation du risque d'exposition aux ITS
- Affections concomitantes (par exemple, diabète, hypertension, migraines)
- Médicaments pris
- Allergies

Si la femme a été victime d'agression ou d'abus, procédez d'abord à une anamnèse complète, à un examen physique et définissez un plan de soins adapté à la situation.

ANALYSES DE LABORATOIRE

- Test urinaire de grossesse (gonadotrophine chorionique humaine [HCG])
- Prélèvements pour la détection d'ITS, si indiqué

Il n'est pas nécessaire de réaliser un examen pelvien avant de prescrire un contraceptif hormonal d'urgence. Un test urinaire (HCG) n'est pas non plus requis; toutefois, si la cliente consulte en personne, le test est généralement réalisé, et ses résultats sont pris en note.

PRISE EN CHARGE**Interventions non pharmacologiques****Éducation de la cliente**

- Informez la cliente des effets secondaires possibles (par exemple, nausées, vomissements, douleurs abdominales, fatigue, céphalées et sensibilité au niveau du sein).
- Informez la cliente que ses règles normales devraient se déclencher dans les 3 semaines qui suivent l'emploi de la contraception d'urgence.
- Conseillez à la cliente d'employer une méthode contraceptive d'appoint jusqu'au prochain cycle menstruel.
- Si la cliente souffre de diabète, apprenez-lui comment surveiller sa glycémie et demandez un suivi plus précoce, les effets d'un progestatif sur la glycémie n'étant pas connus.

Interventions pharmacologiques : schéma du Plan B

lévonorgestrel (Plan B), 0,75 mg, 2 doses PO; les deux doses peuvent être prises en même temps

SURVEILLANCE ET SUIVI

Lorsqu'un contraceptif d'urgence est prescrit et si la cliente n'a pas eu ses règles dans les 3 semaines qui suivent ou après ses prochaines règles, celle-ci devra être vue pour un suivi par un professionnel de la santé qui :

- Vérifiera si elle est enceinte
- Déterminera si elle doit subir un test de dépistage d'ITS
- Discutera d'un moyen de contraception plus efficace
- La renseignera sur les pratiques sexuelles sans risque
- Il ne semble pas y avoir de risque associé à l'usage répété de la contraception d'urgence à base de progestatif seulement; toutefois, l'usage répété de contraceptifs d'urgence doit être accompagné de services de counseling et d'éducation relativement aux choix en matière de contraception

Liste de contrôle pour la consultation de suivi

Anamnèse

- Notez la date et les caractéristiques de la dernière menstruation.
- Vérifiez la présence de saignements vaginaux anormaux
- Pertes vaginales
- Effets secondaires importants liés à l'emploi de la contraception d'urgence
- Grossesses/avortements thérapeutiques antérieurs
- Maladies importantes (par exemple, thrombose veineuse profonde)
- Diabète, cardiopathies, problèmes vasculaires
- Interventions chirurgicales antérieures
- Médicaments pris
- Vérifiez la date du dernier frottis cervico-vaginal (test Pap); répétez au besoin
- Procédez, s'il y a lieu, à un dépistage d'ITS

Promotion de la santé/prévention de la maladie

Discutez des sujets suivants et distribuez, s'il y a lieu, de la documentation afférente :

- Pratiques sexuelles sans risque
- Recours ultérieur à la contraception d'urgence
- Prévention d'ITS
- Auto-examen des seins
- Arrêt tabagique

Contraception actuelle

- Méthode choisie et date du début de son application
- Directives concernant les oublis de contraceptifs oraux
- Prescription anticipée d'un contraceptif d'urgence

Consultation/orientation

- Consultez un médecin et orientez la cliente vers un médecin, au besoin (par exemple, au sujet d'une ordonnance de médroxyprogesterone [Depo Provera])
- Orientez la cliente vers un médecin s'il est possible qu'elle soit enceinte ou si elle a présenté des saignements irréguliers.

MÉNOPAUSE

DÉFINITION

Arrêt des menstruations, découlant de l'extinction de l'activité folliculaire des ovaires, pendant au moins une année complète chez une femme qui était auparavant menstruée. La ménopause est atteinte lorsqu'une femme a eu ses dernières règles, la ménopause naturelle étant confirmée lorsque 12 mois se sont écoulés sans menstruations. La périménopause, période menant à la ménopause, où le corps produit de plus petites quantités d'œstrogènes et de progestérone, peut débuter n'importe quand entre l'âge de 39 et 51 ans, la moyenne étant de 45 ans, et peut durer de 2 à 8 ans.¹⁴

CAUSES

- Vieillesse normale
- Insuffisance ovarienne prématurée (comme dans le cas d'une ménopause avant l'âge de 40 ans)
- Chirurgie
- Irradiation
- Agents chimiothérapeutiques
- L'usage de la cigarette réduira l'âge de la ménopause proportionnellement au nombre de cigarettes fumées

ANAMNÈSE

- Âge moyen de l'entrée en ménopause de 51 ans, la ménopause survenant habituellement entre l'âge de 45 et de 55 ans
- Irrégularité des cycles menstruels : au début, les cycles peuvent être courts, accompagnés d'une ménorragie occasionnelle; par la suite, les cycles peuvent s'allonger, les intervalles peuvent être plus grands entre les cycles et le flux menstruel peut être minime; à la fin, les règles cessent complètement
- Symptômes vasomoteurs, bouffées de chaleur, sueurs nocturnes
- Palpitations
- Gain de poids
- Présence possible de sécheresse, d'irritation et de démangeaisons vaginales
- Relations sexuelles douloureuses possibles (dyspareunie), saignements après le coït
- Présence possible de mictions impérieuses et fréquentes et de dysurie (atrophie de l'urètre), incontinence de l'effort
- Présence possible de sautes d'humeur modérées à sévères
- Anxiété, nervosité possibles (rares)
- Troubles du sommeil
- Dépression possible

OBSERVATIONS PHYSIQUES

- Humeur et affect : signes de dépression
- Atrophie des seins
- Rétrécissement de l'orifice vaginal (ostium vaginae)
- Paroi vaginale lisse, mince, pâle, sèche
- Rétrécissement du col de l'utérus
- L'utérus semble petit à la palpation
- Ovaires non palpables
- Gain de poids
- Perte de cheveux et de poils
- Déminéralisation osseuse

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Saignements vaginaux anormaux
- Cystite infectieuse
- Vaginite infectieuse
- Grossesse
- Trouble thyroïdien ou surrénalien
- Aménorrhée due à l'exercice

COMPLICATIONS

- Difficultés d'adaptation à cette nouvelle étape de la vie
- Anxiété
- Dépression
- Ostéoporose

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Dosage de l'hormone folliculo-stimulante (FSH) et de l'hormone thyroïdienne (TSH) (seulement si le diagnostic n'est pas clair ou si la cliente a moins de 40 ans); ménopause précoce, consultation d'un médecin
- Mesure de la densité osseuse
- Mammographie de dépistage tous les 2 ans entre 50 et 69 ans
- Tests de Papanicolaou requis à la ménopause

PRISE EN CHARGE**Objectifs du traitement**

- Offrir du soutien à la cliente et la rassurer.
- Prévenir les complications

Consultation adéquate

Fixez un rendez-vous (non urgent) avec un médecin si les symptômes sont sévères, s'il y a des complications, si la cliente a moins de 40 ans ou si elle souhaite une hormonothérapie de remplacement (HTR).

Interventions non pharmacologiques**Éducation de la cliente**

- Expliquez à la cliente que la ménopause est une étape normale du vieillissement.
- Évaluez les sentiments de la cliente face au vieillissement.
- Expliquez les risques et les avantages du recours à une HTR pour le contrôle des symptômes.
- Encouragez la cliente à avoir une alimentation équilibrée et à faire régulièrement de l'exercice pour son bien-être physique et mental, et pour la régulation de son poids
- Encouragez la cliente à cesser de fumer

- Suggérez à la cliente d'éviter de s'échauffer et de se vêtir de plusieurs couches de vêtements au cas où elle aurait des bouffées de chaleur
- Conseillez à la cliente de revenir à la clinique en cas de saignements vaginaux postérieurs à la ménopause.
- Suggérez-lui d'utiliser un lubrifiant avant les rapports sexuels, en cas de dyspareunie.

Interventions pharmacologiques

Bien qu'on ne dispose pas encore en général de preuves, il semble que certaines herbes et vitamines peuvent atténuer les symptômes de la ménopause.

Le **calcium** (500 mg PO, 3 fois/jour) et la **vitamine D** (< 50 ans : 400 UI PO od; > 50 ans 800 UI PO od) sont recommandés à titre de prophylaxie pour maintenir la densité osseuse. La prise de vitamine D est requise pour assurer une absorption optimale du calcium. Voir la section *Ostéoporose, dans le chapitre Endocrinologie*.

Le calcium peut être contre-indiqué chez les clientes ayant des antécédents de calculs rénaux.¹⁴

Hormonothérapie de remplacement pour le contrôle des symptômes

L'hormonothérapie de remplacement (HTR) comme traitement symptomatique joue un rôle dans le soulagement des symptômes.

L'HTR est amorcée en consultation avec un médecin. Il existe plusieurs schémas et méthodes d'administration (par exemple, pilules, timbres, crèmes pour les œstrogènes conjugués). Consultez un médecin pour connaître les autres méthodes pharmacologiques non hormonales.

Surveillance et suivi

- Revoyez la cliente 1–2 mois après le début de l'hormonothérapie, puis tous les 6 mois par la suite si elle présente des symptômes.
- Mesurez la taille de la cliente chaque année pour surveiller l'ostéoporose.
- Tout saignement après la ménopause doit faire l'objet d'un examen.

Orientation

Généralement inutile, sauf en cas de complications.

URGENCES GYNÉCOLOGIQUES

DOULEUR PELVIENNE AIGÜE D'ORIGINE GYNÉCOLOGIQUE

DÉFINITION

Douleur abdominale aiguë due à un dysfonctionnement ou une affection de l'appareil reproducteur.

CAUSES

- Grossesse ectopique non soupçonnée
- Rupture ou torsion d'un kyste ovarien
- Atteinte inflammatoire pelvienne aiguë
- Dysménorrhée sévère

ANAMNÈSE

- Apparition soudaine ou progressive d'une douleur abdominale
- Douleur de plus en plus intense
- Douleur aggravée par la toux, l'effort pendant la défécation ou la miction
- Douleur pouvant irradier jusque dans la pointe de l'épaule (par exemple, grossesse ectopique)
- Présence possible de saignements vaginaux anormaux
- Présence possible de fièvre, de frissons et de leucorrhée.
- Nausées et vomissements possibles
- Syncope possible

OBSERVATIONS PHYSIQUES

- Fièvre possible
- Fréquence cardiaque rapide
- Tension artérielle normale ou basse, ou encore hypotension
- Vérifiez la tension artérielle et la fréquence cardiaque, en position couchée et debout, pour évaluer les changements posturaux
- La cliente semble dans un état de souffrance modérée à aiguë.
- Elle peut marcher lentement, penchée en avant et en se tenant l'abdomen.
- L'abdomen semble normal.
- L'examen pelvien peut révéler un écoulement de pus ou un saignement par le col de l'utérus.
- Diminution ou absence possible de bruits intestinaux
- Sensibilité du bas-ventre
- Signes possibles de péritonite localisée ou généralisée
- L'examen pelvien bimanuel révèle une vive sensibilité du col à la mobilisation.
- Présence possible d'une sensibilité annexielle ou d'une masse
- Le résultat du test de grossesse peut être positif.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Grossesse ectopique
- Avortement spontané
- Atteinte inflammatoire pelvienne
- Saignement d'un kyste du corps jaune
- Torsion annexielle
- Syndrome intermenstruel
- Endométriose
- Dysménorrhée
- Cystite
- Pyélonéphrite
- Calcul urétéral
- Maladie inflammatoire de l'intestin
- Côlon irritable
- Occlusion intestinale
- Appendicite

COMPLICATIONS

- Hémorragie interne entraînant un choc hypovolémique
- Septicémie

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Mesure de l'hémoglobine sur place
- Formule sanguine
- Prélèvement d'un échantillon d'urine en vue d'une analyse et d'une culture; test urinaire de grossesse

PRISE EN CHARGE**Objectifs du traitement**

- Soulager la douleur
- Prévenir les complications

Si vous soupçonnez une atteinte inflammatoire pelvienne, voir la section « *Atteinte inflammatoire pelvienne* » ci-dessus.

Consultation adéquate

Consultez un médecin le plus tôt possible, à moins que vous n'ayez déterminé la cause et qu'elle soit mineure (par exemple, syndrome intermenstruel ou dysménorrhée).

Interventions non pharmacologiques

- N'administrez rien par la bouche.
- Gardez la cliente au lit.
- Envisagez une intubation naso-gastrique si vous observez des signes de péritonite ou d'occlusion intestinale.
- Envisagez la mise en place d'une sonde de Foley si l'état hémodynamique de la cliente est instable.

Traitement adjuvant

- Amorcez un traitement IV avec du soluté physiologique à l'aide d'une intraveineuse de gros calibre (14 ou 16).
- Ajustez le débit selon l'âge et l'état d'hydratation.
- Au besoin, administrez de l'oxygène au masque à raison de 10–12 l/min ou plus si la cliente est en état de choc; maintenez la saturation du sang en oxygène à plus de 97 %.

Interventions pharmacologiques

Analgésique:

morphine, 5–10 mg IM/SC

Surveillance et suivi

Surveillez les voies respiratoires, la respiration et la circulation, les signes vitaux, ainsi que les ingesta et les excréta.

Orientation

Procédez à l'évacuation médicale le plus tôt possible si le diagnostic est incertain.

ATTEINTE INFLAMMATOIRE PELVIENNE

DÉFINITION

Infection ascendante de l'utérus et des trompes de Fallope. Peut être aiguë ou chronique.

CAUSES

- Causes les plus fréquentes : *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*
- Autres causes : bactéries anaérobies, *Escherichia coli*, streptocoques du groupe B
- Origine souvent polymicrobienne
- Endométriose non infectieuse

FACTEURS DE RISQUE

- Partenaires sexuels multiples
- Partenaire ayant des partenaires sexuelles multiples
- Emploi d'un stérilet
- Manœuvre instrumentale transcervicale (par exemple, insertion d'un stérilet)

ANAMNÈSE

Peut se manifester de façon aiguë ou subaiguë.

- En règle générale, femmes jeunes et sexuellement actives
- Plusieurs partenaires sexuels (risque multiplié par cinq)
- Partenaire de la cliente ayant des partenaires sexuelles multiples
- Emploi d'un stérilet comme méthode de contraception
- Douleurs d'apparition récente dans le bas-ventre
- Fièvre et frissons
- Pertes vaginales possibles
- Présence possible de perturbations du cycle menstruel ou de dyspareunie
- Nausées et vomissements
- Anorexie
- Symptômes urinaires
- Antécédents d'ITS

OBSERVATIONS PHYSIQUES

- Fièvre possible
- Accélération possible de la fréquence cardiaque
- Cliente en état de souffrance légère à sévère
- Sensibilité abdominale, avec ou sans décompression brusque de la paroi abdominale
- Écoulement vaginal purulent
- Pertes cervicales possibles
- Sensibilité légère à sévère à la palpation bimanuelle du col et de l'utérus
- Sensibilité du col à la mobilisation
- Sensibilité annexielle
- Sensation de plénitude annexielle ou de masse
- Signes possibles de péritonite

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

- Cervicite
- Grossesse ectopique
- Masse annexielle avec rupture ou torsion (par exemple, torsion d'un kyste ovarien)
- Pyélonéphrite
- Appendicite
- Maladie inflammatoire de l'intestin
- Diverticulite
- Endométriose

COMPLICATIONS

- Épisodes récurrents (dans 15 % à 25 % des cas)
- Abscess tubo-ovarien (dans 15 % des cas)
- Septicémie
- Infertilité (prévalence de 12 % après un épisode)
- Douleurs pelviennes chroniques (dans 20 % des cas)
- Adhérences
- Risque accru de grossesse ectopique (risque huit fois plus élevé)

TESTS DIAGNOSTIQUES

- Formule sanguine
- Prélèvements vaginaux et cervicaux en vue d'une culture et d'un antibiogramme, ainsi que pour rechercher *N. gonorrhoeae* et *Chlamydia* (solution de rechange : analyse d'urine à l'aide de la technique PCR, si disponible)
- Test urinaire de grossesse

PRISE EN CHARGE**Objectifs du traitement**

- Enrayer les symptômes
- Prévenir les complications

Consultation adéquate

Consultez un médecin pour le traitement médicamenteux de première intention. Si des antibiotiques sont requis, ils devraient être administrés soit en service d'hospitalisation ou en consultation externe

Interventions non pharmacologiques**Éducation de la cliente**

- Expliquez à la cliente l'évolution de la maladie, le pronostic et les complications ultérieures.
- Indiquez-lui comment faire un usage approprié des médicaments (dose, fréquence, importance d'observer le traitement).
- Recommandez-lui de se reposer davantage pendant la phase aiguë.
- Apprenez-lui les règles d'hygiène périnéale.
- Recommandez à la cliente d'éviter les rapports sexuels et l'emploi de tampons jusqu'à ce que l'infection soit résorbée.
- Conseillez la cliente quant aux pratiques sexuelles sans risque (par exemple, utilisation de condoms pour prévenir d'autres épisodes).
- Recommandez à la cliente de revenir à la clinique si les symptômes s'aggravent ou s'il n'y a aucune amélioration après 48–72 heures.

Interventions pharmacologiques

Antibiothérapie en consultation externe :

Pour les clientes non enceintes :

lévofloxacine, 500 mg PO quotidiennement pendant 14 jours ET métronidazole, 500 mg PO bid pendant 14 jours

Informez la cliente qu'il faut éviter les boissons alcoolisées (bière, vin et spiritueux) durant le traitement et jusqu'à 24 à 48 heures après l'arrêt du traitement avec le métronidazole. La prise d'alcool avec le métronidazole pourrait amener des effets indésirables tels que de la douleur à l'estomac, des nausées ou des vomissements, des maux de tête, des rougeurs au visage.

ou

ceftriaxone, 250 mg IM en une seule dose suivi par la doxycycline, 100 mg PO bid pendant 14 jours ET métronidazole, 500 mg PO bid pendant 14 jours

Si la cliente est enceinte :

Consultez un médecin car une atteinte inflammatoire pelvienne durant la grossesse est un motif d'hospitalisation et est considérée comme une urgence.

En cas d'allergie à la pénicilline, utilisez seulement la doxycycline. On ne doit pas utiliser la doxycycline pendant la grossesse.

Analgésique et antipyrétique contre la fièvre et la douleur :

acétaminophène (Tylenol), 325 mg, 1–2 comprimés PO toutes les 4 h au besoin

Surveillance et suivi

- Prévoyez un suivi dans les 24 à 48 heures et à nouveau 7 à 10 jours plus tard.
- Demandez à la cliente de revenir à la clinique si les symptômes s'aggravent malgré le traitement.
- Tous les partenaires sexuels doivent être traités pour une MTS.
- Signalez les ITS à déclaration obligatoire.
- Si la culture est positive au départ, répétez-la après le traitement après un cycle menstruel.

Indications d'hospitalisation

- La cliente ne répond pas au traitement
- Nulliparité, en particulier chez les femmes de moins de 20 ans
- Grossesse
- Présence d'une tuméfaction annexielle
- Présence de symptômes gastro-intestinaux
- Présence d'un stérilet
- La cliente semble très malade, présente des signes de péritonite, des douleurs aiguës, une forte fièvre.
- Incapacité d'exclure les urgences chirurgicales comme cause de l'affection (par exemple, grossesse ectopique ou appendicite)
- Diagnostic incertain
- Intolérance de la cliente au traitement en consultation externe (ce qui se traduit par des vomissements)
- Cliente non fiable; on prévoit la non-observance du traitement et du suivi

Consultation adéquate

Consultez un médecin, s'il y a lieu, afin qu'il prescrive un médicament et pour organiser le transfert de la patiente.

Traitement adjuvant

- Gardez la cliente au lit
- Amorcez un traitement IV avec du soluté physiologique afin de garder la veine ouverte.
- Prélevez du sang en vue d'une culture (3 échantillons)

Interventions pharmacologiques

Consultez un médecin qui peut prescrire les antibiotiques IV suivants :

clindamycine, 900 mg IV toutes les 8 h, ET dose d'attaque de gentamicine de 2 mg/kg de poids corporel par voie IV/IM suivie d'une dose d'entretien de 1,5 mg/kg de poids corporel par voie IV/IM toutes les 8 h

Le traitement parentéral peut cesser 24 heures après l'apparition de signes d'amélioration clinique et un traitement oral par la doxycycline devrait être administré pendant 14 jours en tout¹⁵

En cas d'allergie à la doxycycline ou à la tétracycline, parlez-en à un médecin. De la clindamycine est parfois administrée par voie orale.

Les femmes enceintes doivent faire l'objet d'une attention particulière : ne leur donnez pas de la doxycycline. Consultez un médecin au sujet du choix des antibiotiques.

Surveillance et suivi

Surveillez fréquemment les signes vitaux et les symptômes.

Orientation

Procédez à l'évacuation médicale dès que possible.

SOURCES

Les adresses Internet ont été vérifiées en juin 2010.

LIVRES ET MONOGRAPHIES

Bickley LS. *Bates' guide to physical examination and history taking*. 7th ed. Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.

Cash JC, Glass CA. *Family practice guidelines*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 1999.

Chin HG. *On call obstetrics and gynecology*. Philadelphia: W.B. Saunders Company; 1997.

Edmunds M, Mayhew M. *Procedures for primary care practitioners*. Baltimore: Mosby; 1996.

Ferri FF. *Ferri's clinical advisor: Instant diagnosis and treatment*. St. Louis: Mosby; 2004.

Fischbach FT. *A Manual of laboratory and diagnostic tests*. 6th ed. Lippincott, 2000.

Gray J, editor-in-chief. *Therapeutic choices*. 4th ed. Ottawa: Canadian Pharmacists Association; 2003.

Karch AM. *Lippincott's 2002 nursing drug guide*. Philadelphia: Lippincott; 2002.

Kasper DL, Braunwald E, Fauci A, et al. *Harrison's principles of internal medicine*. 16th ed. McGraw-Hill; 2005.

Pagna K, Pagna T. *Diagnostic testing and nursing implications*. 5th ed. St. Louis: Mosby; 1999.

Prateek L, Waddell A. *Toronto notes – MCCQE 2003 review notes*. 19th ed. Toronto: University of Toronto, Faculty of Medicine; 2003.

Agence de la santé publique du Canada. *Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement*, édition 2006, Ottawa, Ontario: Agence de la santé publique du Canada; 2006.

Rosser W, Pennie R, Pilla N and the Anti-infective Review Panel (Canadian). *Anti-infective guidelines for community-acquired infections*. Toronto: MUMS Guidelines Clearing House; 2005.

Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. *The journalist's menopause handbook, a companion guide to the Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada menopause consensus report*. Ottawa, ON: SOGC; February 2006.

Sutherland Catriona. *Women's health, a handbook for nurses*. Harcourt Publishers Limited, Churchill Livingstone; 2001.

Ratcliffe SD. *Family practice obstetrics*. 2nd ed. Philadelphia: Hanley and Belfus; 2001.

Robinson DL, Kidd P, Rogers KM. *Primary care across the lifespan*. St. Louis: Mosby; 2000.

DÉCLARATIONS, DIRECTIVES ET AUTRES DOCUMENTS SUR INTERNET

Health Canada. Office of Nursing Services. Community health nursing data set: healthy First Nations adolescent. Ottawa, ON: Health Canada; 2008.

Health Canada. Office of Nursing Services. Community health nursing data set: the healthy community-based First Nations adult module. Ottawa, ON: Health Canada; 2008.

Saskatchewan Cancer Agency. Prevention program for cervical cancer. Disponible à : <http://www.saskcancer.ca/Default.aspx?DN=0bb4d99c-ccf3-4021-976f-ddc9c11473aa>

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). Consensus canadien sur la contraception, Ottawa, Ontario : SOGC; février 2004. Disponible à : <http://www.sogc.org/guidelines/public/143F-CPG1-Fevrier2004.pdf>

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). Ménopause et ostéoporose – Mise à jour 2009. Ottawa, Ont. : SOGC; janvier 2009. Disponible à : http://www.sogc.org/guidelines/documents/Menopause_JOGC-Jan_09.pdf

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). Directive clinique n° 131. Contraception d'urgence. Ottawa, Ontario : SOGC; août 2003. Disponible à : <http://www.sogc.org/guidelines/public/131F-CPG-Aout2003.pdf>

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). Directive clinique n° 211. Dépistage et prise en charge de la vaginose bactérienne pendant la grossesse. Ottawa, Ont. : SOGC; août 2008. Disponible à : <http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui211CPG0808.pdf>

Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Opinion du comité de la SOGC. Oubli de doses de contraceptif hormonal: Nouvelles recommandations : JOGC Novembre 2008; 30(11): p. 1063-1067. Disponible à : <http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui219ECO0811.pdf>

Society of Obstetrician and Gynecologists of Canada Committee Opinion. Missed Hormonal Contraceptives: New Recommendations. JOGC November 2008; 30(11): p.1051. Disponible à : <http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui219ECO0811.pdf>

Société des Obstétriciens et Gynécologues du Canada Opinion de comité de la SOGC. Oubli de doses de contraceptive hormonal: Nouvelles recommandations. JOGC Novembre 2008; 30(11): p.1064. Disponible à : <http://www.sogc.org/guidelines/documents/gui219CO0811F.pdf>

ARTICLES DE REVUES

Comité de santé de l'adolescence, Société canadienne de pédiatrie (SCP). La contraception d'urgence : La prévention de la grossesse après une relation sexuelle. *Paediatrics & Child Health* 2003;8(3):181-183. N° de référence AH03-01 [révisé en mars 2005]. Disponible à : <http://www.cps.ca/francais/énoncés/AM/ah03-01.htm>

Belzer, M.; Sanchez, K.; Olson, J., et al. Advanced supply of emergency contraception: a randomized trial in adolescent mothers. *J Pediatr Adolesc Gynecol* 2005;18:347-354.

Booker, C.; Guillebaud, J. Unanswered questions in contraceptive management: What do the experts do? *J Fam Plann Reprod Health Care* 2004;30(4):229-235.

Conrad LE, Gold MA. Emergency contraceptive pills: a review of the recent literature. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2004;16:389-95.

Dunn S, Guilbert E, Lefebvre G, Allaire C, Arneja J, Birch C, et al; Comité de la pratique clinique – gynécologie et Comité des questions sociales et sexuelles, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). Contraception d'urgence. *J Obstet Gynaecol Can* 2003;25(8):1-7.

Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit (FFPRHC) Guidance (July 2005): The use of contraception outside the terms of the product licence. *J Fam Plann Reprod Health Care* 2005;31(3):225-242.

Guilbert E, Boroditsky R, Black A, Kives S, Leboeuf M, Mirosh M, et coll; Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Directive clinique canadienne de consensus sur la contraception hormonale continue et de longue durée, 2007. *J Obstet Gynaecol Can* 2007;29(7 Suppl 2):S1-32.

Harper CC, Cheong M, Rocca CH, et al. The effect of increased access to emergency contraception among young adolescents. *Obstet Gynecol* 2005;106(3):483-91.

Harper CC, Rocca CH, Darney PD, et al. Tolerability of levonorgestrel emergency contraception in adolescents. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:1158-63.

- Lefebvre G, Pinsonneault O, et coll. Directive clinique de consensus sur la dysménorrhée primaire. Directives cliniques de la SOGC. *J Obstet Gynaecol Can* 2005;169:1117-30.
- Lo SST, Fan SYS, Glaiser AF. Effect of advanced provision of emergency contraception on women's contraceptive behaviour: a randomized controlled trial. *Hum Reprod* 2004;19(10):2404-10.
- McLachlin C, Mai V, Murphy J, Fung-Kee-Fung M, Chambers A, Oliver TK. Ontario cervical cancer screening clinical practice guidelines. *J Obstet Gynaecol Can* 2007;29(4):351. Disponible à : http://www.sogc.org/jogc/abstracts/full/200704_Gynaecology_2.pdf
- Okewole IA, Arowojolu AO. Single dose of 1.5 mg levonorgestrel for emergency contraception. *Int J Gynaecol Obstet* 2005;89:57-8.
- Raine TR, Harper CC, Rocca CH, et al. Direct access to emergency contraception through pharmacies and effect on unintended pregnancy and STIs. *JAMA* 2005;293(1):54-62.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Conférence canadienne de consensus sur la ménopause, mise à jour de 2006. *J Obstet Gynaecol Can* 2006;28(2).
- Soon JA, Levine M, Osmond BL, et al. Effects of making emergency contraception available without a physician's prescription: a population-based study. *CMAJ* 2005;172(7):878-83. Disponible à : <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/172/7/878>
- Telner DE, Jakubovicz D. Approach to diagnosis and management of abnormal uterine bleeding. *Can Fam Physician* 2007;53:58-64.
- Wertheimer RE. Emergency postcoital contraception. *Am Fam Physician* 2000;62(10):2287-92.
- Westhoff, C. Emergency contraception. *N Engl J Med* 2003;349(19):1830-1835.
- NOTES DE FIN DE CHAPITRE**
- Health Canada. Office of Nursing Services. Community health nursing data set: healthy First Nations adolescent. Ottawa, ON: Health Canada; 2008.
 - Health Canada. Office of Nursing Services. Community health nursing data set: the healthy community-based First Nations adult module. Ottawa, ON: Health Canada; 2008.
 - Telner DE, Jakubovicz D. Approach to diagnosis and management of abnormal uterine bleeding. *Can Fam Physician* 2007;53:61.
 - Health Canada. Office of Nursing Services. Community health nursing data set: the healthy community-based First Nations adult module. Ottawa, ON: Health Canada; 2008. p. 103.
 - Health Canada. Office of Nursing Services. Community health nursing data set: the healthy community-based First Nations adult module. Ottawa, ON: Health Canada; 2008. p. 106
 - Blondel-Hill E, Fryters S. (Ed.) Bugs & drugs. Edmonton, AB: Capital Health Authority; 2006.
 - Nystatin monograph. Lexi-comp Online. Accessed September 2009 at <http://www.utdol.com>
 - McAllister J. New HPV vaccine may offer broader defense. Disponible à : <http://www.sogc.org/media/pdf/articles/arthpvpvaccine080722.pdf>
 - Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). *Directives cliniques de la SOGC : consensus canadien sur la contraception*, p. 287. Disponible à : <http://www.sogc.org/guidelines/public/143F-CPG2-Mars2004.pdf>
 - Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC). *Directives cliniques de la SOGC : consensus canadien sur la contraception*. Disponible à : <http://www.sogc.org/guidelines/public/143F-CPG2-Mars2004.pdf>.
 - Health Canada. Office of Nursing Services. Community health nursing data set: the healthy community-based First Nations adult module. Ottawa, ON: Health Canada; 2008. p. 30
 - De nouvelles recommandations de la société nationale d'obstétrique-gynécologie abordent la perte de la densité minérale osseuse liée au Depo-Provera®*, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, le 11 mai 2006.
 - Health Canada. Office of Nursing Services. Community health nursing data set: the healthy community-based First Nations adult module. Ottawa, ON: Health Canada; 2008. p. 55
 - Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. «Conférence canadienne de consensus sur la ménopause, mise à jour 2006», *J Obstet Gynaecol Can* 2006;28.
 - Agence de la santé publique du Canada. Lignes directrices canadiennes sur les infections transmissibles sexuellement. Mises à jour 2008. Ottawa, Ontario : ASPC. Disponible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/std-mts/sti_2006/sti_intro2006-fra.php
 - Elliott BA, Larson JT. Adolescents in Mid-sized and Rural Communities: Foregone Care, Perceived Barriers, and Risk Factors. *Journal of Adolescent Health* 2004; 35(4):303-309.
 - Simon RI, Williams IC. Maintaining Treatment Boundaries in Small Communities and Rural Areas. *Psychiatric Services* 1999; 50:1440-1446.