

Diagnostic souvent tardif

Douleurs pelviennes doublement surprenantes chez une jeune adolescente

Dr méd. Julian Wachstein^a, Dr méd. Eva Berger^{a,b}Universitäts-Kinderspital Zürich, Zürich: ^a Notfallstation, ^b Kinder- und Jugendgynäkologie

Contexte

Nous décrivons le cas d'une patiente de 10 ans souffrant de douleurs pelviennes inexpliquées, chez qui des anomalies inhabituelles à plusieurs égards ont été détectées.

Présentation du cas

Anamnèse

Une patiente âgée de 10 ans nous a été adressée par sa pédiatre pour une suspicion d'appendicite aiguë. Depuis trois jours, elle présentait des températures subfébriles ne dépassant pas 38,3 °C, accompagnées de douleurs pelviennes médianes à caractère oppressant et lancinant, avec des intervalles où les douleurs étaient faibles mais jamais inexistantes. Il n'y avait pas de nausées, de vomissements ni de dysurie ou de pollakiurie, les selles étaient régulières et plutôt dures, avec une tendance connue à la constipation. L'anamnèse personnelle était au demeurant vierge. La ménarche n'avait pas encore eu lieu, mais la thélarche avait débuté il y a environ six mois. Un examen de laboratoire avait déjà été effectué par le médecin de famille et avait montré $12,5 \times 10^3/\mu\text{l}$ de leucocytes avec une distribution normale, ainsi qu'une protéine C réactive (CRP) de 73 mg/l.

Status et résultats

La patiente s'est présentée dans un bon état général. L'examen clinique a révélé un abdomen souple sans défense manifeste, mais avec une résistance nettement palpable dans la région médiane et inférieure de l'abdomen, au niveau central. Les tests de McBurney et de Lanz étaient négatifs, il n'y avait pas de douleurs pulsátiles au niveau du flanc. La température était

de 37,9 °C, les autres signes vitaux étaient normaux pour l'âge.

Étant donné que des examens de laboratoire externes avaient déjà été effectués, une échographie de l'abdomen a été initiée pour un diagnostic plus approfondi et elle a montré une volumineuse accumulation de liquide inhomogène au niveau du vagin et de la cavité utérine (fig. 1), compatible avec un hématoméetrocolpos.

Sur la base de ce résultat, l'anamnèse et l'examen gynécologiques ont été complétés. La pubarche avait été atteinte il y a environ un an, la thélarche avait commencé environ six mois plus tard. Il n'y avait pas de douleurs abdominales cycliques ni de leucorrhée, et la patiente ne s'était jamais plainte de maux de dos jusqu'à présent. Selon l'anamnèse, la ménarche maternelle était intervenue vers l'âge de 12 ans. Sur le plan clinique, la patiente se trouvait au stade de développement pubertaire B4, P4 de Tanner. L'examen anogénital en décubitus dorsal a révélé un hymen imperforé, mais de consistance plutôt charnue, sans bombement et sans aspect bleuté dû à une collection de sang, comme c'est typiquement le cas pour un hématoméetrocolpos (fig. 2).

Traitement et évolution

L'indication d'une hyménotomie a été posée en raison de l'anomalie symptomatique impressionnante constatée. En intra-opératoire, de façon surprenante, ce n'est pas du sang qui s'est écoulé, mais un liquide blanchâtre ressemblant macroscopiquement à du pus. L'examen bactériologique a par la suite révélé la présence d'espèces de *Peptoniphilus* correspondant à la flore vaginale physiologique, mais aussi de nombreux leucocytes polynucléaires, de sorte que

nous avons finalement conclu à un pyocolpos dans le cadre de l'hymen imperforé. Les hémocultures et les autres examens diagnostiques à la recherche d'agents pathogènes (*chlamydia*, *gonocoques*) sont restés négatifs.

Sous traitement antibiotique par ceftriaxone et métronidazole, une amélioration clinique et biologique rapide a été obtenue et la patiente a pu quitter l'hôpital au troisième jour. Par la suite, l'échographie a confirmé une anatomie féminine normale.

Discussion

L'atrésie hyménale désigne une fermeture membraneuse de l'appareil génital féminin sans l'ouverture physiologique au niveau du tubercule de Müller et la perforation de l'hymen qui

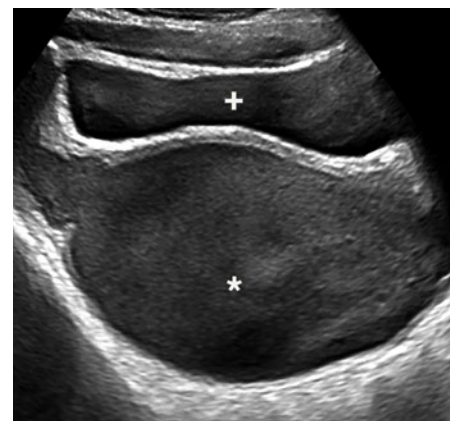


Figure 1: Cliché d'échographie abdominale: visualisation d'une volumineuse accumulation de liquide avec une hyperéchogénicité discrète et une inhomogénéité dans la cavité utérine (*). La vessie est modérément remplie sans épaississement de la paroi vésicale (+).



Figure 2: Colposcopie: hymen imperforé de consistance charnue atypique (*).

en résultat. Sa prévalence est estimée à 0,1–3,5% selon la littérature [1]. Il s'agit du défaut de fermeture le plus fréquent en cas de conformation normale du vagin et de l'utérus. Lors de l'examen clinique, un mucocolpos peut souvent déjà en être révélateur dans la période néonatale sous l'influence des hormones maternelles.

L'hydroméetrocolpos désigne la dilatation de l'utérus et du vagin avec du liquide, sans détection de sang (hématoméetrocolpos) ou de pus (pyoméetrocolpos), généralement en présence d'une obstruction distale (atrésie hyménale) [2].

Malheureusement, le diagnostic n'est souvent posé qu'à l'adolescence, en raison de l'absence de règles ou de douleurs pelviennes comme chez notre patiente. Par conséquent, il est essentiel d'effectuer le premier examen génital dès la période néonatale, puis une seule fois dans le cadre des examens pédiatriques préventifs [3].

Un diagnostic précoce, si possible dès la période néonatale, est important d'une part pour éviter des douleurs et des interventions consécutives ainsi que des diagnostics éventuellement tardifs à l'adolescence, mais d'autre part aussi pour détecter précocement d'éventuelles pathologies urogénitales congénitales graves et procéder à un diagnostic et à un traitement appropriés. Il convient ici de mentionner en particulier les différentes formes de malformations cloacales [4], qui sont heureusement diagnostiquées la plupart du temps dès la période prénatale dans les pays où le dépistage gynécologique est généralisé, comme la Suisse.

L'échographie est, avec l'examen clinique, la méthode de choix pour poser correctement le diagnostic d'un hydro-/hématoméetrocolpos, aussi bien chez le nouveau-né qu'à l'adolescence. Dans les cas douteux, notamment en cas de suspicion de malformation urogénitale associée et/ou de divers syndromes associés [5], il convient ensuite de procéder à une imagerie par résonance magnétique du bassin et de l'abdomen.

La correction chirurgicale peut en principe être effectuée à tout moment, mais idéalement lorsque l'anneau hyménal est soumis à une

stimulation œstrogénique (période néonatale ou adolescence). Dans ce dernier cas de figure, l'intervention devrait avoir lieu après la thélarche et avant la ménarche attendue. En l'absence de malformations associées, le pronostic est excellent et l'on peut s'attendre à une disparition complète et durable des symptômes ainsi qu'à une capacité fonctionnelle urologique et reproductive intacte [6].

Correspondance

Dr méd. Julian Wachstein
Notfallstation
Universitäts-Kinderspital Zürich
Steinwiesstrasse 75
CH-8032 Zürich
[julian.wachstein\[at\]kispi.uzh.ch](mailto:julian.wachstein[at]kispi.uzh.ch)

Remerciements

Nous remercions le Dr méd. Sarah Pistorius, imagerie diagnostique et interventionnelle, Hôpital pédiatrique universitaire de Zurich, pour la réalisation de l'échographie et la mise à disposition de la figure 1.

Informed consent

Un consentement éclairé écrit est disponible pour la publication.

Disclosure statement

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts potentiels.

L'essentiel pour la pratique

- L'examen génital des nourrissons de sexe féminin est un instrument simple pour la détection d'une atrésie hyménale et doit absolument être effectué lors de l'examen post-partum et à nouveau dans le cadre des examens préventifs, de préférence au cours des deux premières années de vie.
- L'examen génital doit être effectué en employant la méthode de séparation (écartement des grandes lèvres) – pour évaluer le clitoris, y compris le capuchon clitoridien, les petites lèvres et l'espace interlabial – et surtout la méthode de traction (traction prudente des grandes lèvres en direction caudale). Il est ainsi possible de mieux visualiser le méat urétral, le vestibule vaginal, y compris l'hymen et l'introitus vaginal, ainsi que la commissure postérieure. Cette méthode est particulièrement utile pour distinguer les différentes variantes hyménales, comme par exemple pour faire la distinction entre un hymen altus et la véritable atrésie hyménale.
- L'anamnèse gynécologique, brève mais structurée, fait partie de tout bilan chez les jeunes adolescentes présentant des douleurs abdominales ou dorsales inexplicables.
- L'échographie est un outil largement disponible et non invasif pour évaluer un éventuel hémato-/hydro- ou pyoméetrocolpos.

Références

- 1 Nazir Z, Rizvi RM, Qureshi RN, Khan ZS, Khan Z. Congenital vaginal obstructions: varied presentation and outcome. *Pediatr Surg Int.* 2006;22(9):749–53.
- 2 Khanna K, Sharma S, Gupta DK. Hydrometrocolpos etiology and management: past beckons the present. *Pediatr Surg Int.* 2018;34(3):249–61.
- 3 Fontana S, Hürllimann R. Die Kindergynäkologische Untersuchung: wann, wie und warum? *Paediatrica.* 2017;28(4): 25–9.
- 4 Levitt MA, Peña A. Pitfalls in the management of newborn cloacas. *Pediatr Surg Int.* 2005;21(4):264–9.
- 5 Shaw LM, Jones WA, Brereton RJ. Imperforate hymen and vaginal atresia and their associated anomalies. *J R Soc Med.* 1983;76(7):560–6.
- 6 Gupta DK, Sharma S. Hydrometrocolpos. In: Puri P, Hoellworth M (eds). *Pediatric surgery: diagnosis and management.* Springer, Germany; 2009. pp 957–66.



Dr méd. Julian Wachstein
Notfallstation Universitäts-Kinderspital
Zürich, Zürich