

L'examen clinique en gynécologie

Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF

Date de création du document 2011-1012

Table des matières

SPECIFIQUES :	4
I L'interrogatoire	6
I.1 Le motif de la consultation	6
I.2 Les antécédents	6
I.2.1 Antécédents familiaux	7
I.2.2 Le conjoint	7
I.2.3 Antécédents personnels	7
I.2.3.1 Antécédents médicaux	7
I.2.3.2 Antécédents chirurgicaux	7
I.2.3.3 Antécédents gynécologiques	7
I.2.3.4 Antécédents obstétricaux	8
I.3 La symptomatologie fonctionnelle	8
I.3.1 Les algies pelviennes	9
I.3.2 Les saignements anormaux	9
I.3.3 Les aménorrhées	10
I.3.4 Les leucorrhées	10
I.3.5 La stérilité	10
I.3.6 Pathologie mammaire	10
I.3.7 Troubles associés	11
I.3.8 Troubles de la vie sexuelle	11
II L'examen clinique	12
II.1 L'examen général	12
II.2 L'examen gynécologique	12
II.2.1 L'examen abdominal	13

II.2.2 L'examen périnéal.....	13
II.2.3 L'examen pelvien.....	13
II.2.3.1 L'examen sous spéculum	13
II.2.3.2 Le toucher vaginal (TV).....	18
II.2.3.3 Le toucher rectal.....	20
II.3 Examen sénologique.....	20
III Fin de la consultation.....	25
IV Annexes.....	27

PRÉ-REQUIS

- Anatomie de l'appareil génito-urinaire féminin et du sein
- Physiologie de cycle menstruel, de l'appareil génital féminin et du sein
- La démarche clinique en gynécologie

OBJECTIFS

SPECIFIQUES :

- Connaître le déroulement d'une consultation gynécologique.
- Connaître les différentes étapes de l'examen gynécologique.
- Identifier sur les données de l'interrogatoire les femmes à risque de pathologie gynécologiques.
- Différencier le physiologique du pathologique.
- En cas d'anomalie avérée ou de suspicion d'anomalie, orienter la patiente vers une prise en charge spécialisée.

INTRODUCTION

L'article 86 de la loi Hôpital Patient Santé Territoire du 9 Juillet 2009 (<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>) et l'article L.4151 (<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020892639&dateTexte=>) et L.5134-1 (<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000020892635&dateTexte=>) du code de la santé publique qui en découlent ont étendu les compétences des sages-femmes. A ce titre, elles sont habilitées à effectuer des consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique. Elles participent à une démarche de prévention gynécologique en faveur des femmes qui, à priori, ne présentent pas de pathologie. Elles peuvent effectuer un frottis cervico-vaginal de dépistage, prescrire les différentes méthodes contraceptives et poser surveiller et retirer les contraceptifs intra-utérins.

L'examen gynécologique est nécessaire à la prévention, au dépistage et à la surveillance des pathologies gynécologiques.

Deux situations vont amener une patiente à consulter :

- Soit pour une pathologie nécessitant un examen gynécologique conduisant à une démarche diagnostique qui est du ressort du médecin.
- Soit la patiente ne présente pas de pathologie gynécologique et consulte pour un examen systématique dans le cadre du dépistage.

Comme lors de toute consultation médicale, mais plus encore en gynécologie, les aspects psychologiques occupent une place importante, tant au niveau du contexte de la consultation (environnement, locaux, personnes en présence...) que de la rencontre et du dialogue avec le professionnel.

Bien qu'une consultation annuelle systématique soit conseillée pour le suivi gynécologique de prévention, elle n'est pas obligatoire en France. Ainsi, beaucoup de patientes, redoutant cet examen, ne consultent qu'en cas de survenue de troubles.

I L'INTERROGATOIRE

Le diagnostic de pathologies gynécologiques repose en grande partie sur les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique de la patiente qui vont amener, dans certains cas, à réaliser ou à demander des examens complémentaires ciblés permettant d'affirmer ou d'infirmer le diagnostic clinique.

L'interrogatoire constitue un temps capital et indispensable.

Il a trois objectifs et vise à

- Déterminer le ou les motifs de la consultation
- Rechercher des facteurs de risques à travers les antécédents personnels et familiaux,
- En cas de troubles, faire décrire à la patiente la symptomatologie générale et fonctionnelle.

I.1 LE MOTIF DE LA CONSULTATION

Le plus souvent, la patiente consulte pour une **visite systématique** de suivi gynécologique de prévention, pour la **prescription d'une contraception**, de **traitement hormonal substitutif** ou pour des **symptômes** précis et clairement exprimés (douleur, leucorrhées, métrorragies, trouble du cycle, contraception, dysfonctionnement sexuel...). Touchant l'intimité de la femme, le motif réel de la consultation peut-être parfois, plus complexe, masqué ou partiellement avoué car difficile à exprimer pour la patiente. C'est alors que le tact, l'expérience et la personnalité du professionnel prennent toute leur importance.

La consultation va permettre d'aborder des problèmes très variés et d'importance inégale allant de troubles « courants », le plus souvent banals, à des questions plus complexes telles que la stérilité, la sexualité ou le cancer... Tous ces problèmes peuvent avoir des répercussions, parfois graves, sur l'équilibre de la femme qu'il faut savoir prendre en compte au même titre que leurs conséquences possibles sur la vie conjugale, familiale, professionnelle ou sociale. L'examen gynécologique ne doit jamais être imposé. Si la patiente refuse, il faut essayer de discuter et trouver une explication à ce refus : par pudeur, par crainte d'avoir mal, en raison d'une expérience sexuelle traumatisante ou d'un examen antérieur qui s'est mal passé. On ne rend pas service à une femme en l'examinant sans qu'elle soit d'accord, même si l'on pense que l'examen est nécessaire et supportable.

I.2 LES ANTÉCÉDENTS

Ils doivent être recherchés de façon complète et orientée en fonction du motif de la consultation à la recherche de contre-indications aux oestroprogestatifs ou à la pose de

Dispositif Intra Utérin s'il s'agit d'une consultation de contraception ; à la recherche de facteurs de risque s'il s'agit d'une consultation de suivi gynécologique de prévention ou de stérilité. Les principaux antécédents à rechercher sont les suivants :

I.2.1 Antécédents familiaux

- Maladies générales : diabète, obésité, hypertension artérielle, hypercholestérolémie familiale, complications cardio-vasculaires ou thromboemboliques
- Pathologies tumorales : cancer du sein et cancers pelviens
- Maladies familiales génétiques

I.2.2 Le conjoint

Changement de conjoint, pathologie du ou des conjoints, partenaires multiples

I.2.3 Antécédents personnels

I.2.3.1 Antécédents médicaux

Rechercher une prise médicamenteuse surtout en cas de prescription d'une contraception orale (antiépileptiques, hypocholestérolémiants, antibiotiques, antidépresseurs, millepertuis, antihypertenseurs, antituberculeux).

Rechercher l'existence d'allergies.

Vérifier l'existence de vaccinations contre le papillomavirus humain (HPV), la rubéole, la coqueluche, l'hépatite B.

Rechercher un diabète, une obésité, une hypertension artérielle, une hyperlipidémie, des pathologies cardio-vasculaires ou thromboemboliques, une insuffisance rénale, des troubles de la crase sanguine, le tabagisme.

I.2.3.2 Antécédents chirurgicaux

Antécédents de chirurgies gynécologiques ou digestives (cœlioscopie, cure de synéchies, myomectomie...)

I.2.3.3 Antécédents gynécologiques

Puberté : âge de survenue, troubles, traitements reçus

Histoire des cycles menstruels : régularité, abondance des règles, durée, syndrome prémenstruel, date des dernières règles

Contraception : type, durée, tolérance, complications

L'existence de malformations utérines, d'infections génitales évolutives ou récentes, isolées ou répétées, (Papilloma virus, Herpès virus, Chlamydia Trachomatis, Candida Albicans, Trichomonas, Gonocoques, Gardnerella ...)

Traitements au laser, traitements par inducteurs de l'ovulation

Mastopathie bénigne (maladie fibro-kystique)

Pré-ménopause ou ménopause : âge de survenue, traitements, troubles.

I.2.3.4 Antécédents obstétricaux

IVG, IMG , FCS ; GEU

Gestité, parité, dates, déroulement des grossesses et modalités des accouchements

Pathologie des grossesses, des accouchements et des suites de couches : môle hydatiforme antécédent d'ictère cholestatique, de pré-éclampsie, d'hémorragie, de déchirures compliquées, complications infectieuses ou thromboemboliques...

I.3 LA SYMPTOMATOLOGIE FONCTIONNELLE

En dehors des situations où la patiente consulte pour un bilan gynécologique systématique de prévention, l'apparition de signes fonctionnels peut être à l'origine de la consultation ou alors être révélés par l'interrogatoire lorsque la patiente n'y prête pas attention du fait d'une installation progressive et de l'ancienneté des troubles. Les motifs habituels de consultation gynécologique sont :

- Les algies pelviennes
- Les saignements anormaux
- Les aménorrhées
- Les leucorrhées
- La stérilité
- La pathologie mammaire
- Les troubles associés
- Les troubles de la vie sexuelle

Ces troubles peuvent être d'origine organique ou fonctionnelle, voire même psychologique pour certains.

I.3.1 Les algies pelviennes

On recherchera leur date d'apparition, leur rythmicité par rapport au cycle (algies périodiques ou non), leur intensité, le type (pesanteur, tiraillements, douleurs aiguës ou chroniques), le siège (médian= hypogastre, latéral= fosses iliaques), leur irradiation : ascendante (lombaire), descendante (périnéale, anale, crurale), postérieure (lombo-sacrée), les facteurs déclenchants (rapports sexuels, efforts), les signes associés : urinaires, digestifs, mammaires.

I.3.2 Les saignements anormaux

On recherchera :

- Un trouble de la durée des règles :
 - hypoménorrhées : règles trop courtes < à 3 jours
 - hyperménorrhées : règles trop longues > à 8 jours
- Un trouble de l'abondance des règles :
 - oligoaménorrhées : règles trop peu abondantes
 - polyménorrhées : règles trop abondantes
 - hyperpolyménorrhées ou ménorragies = règles de durée anormalement longue (plus de 7 jours, en général) et d'abondance anormalement excessive.
- Un trouble du rythme des cycles :
 - pollakiménorrhées = règles trop fréquentes (cycles trop courts)
 - spanioménorrhées = règles trop espacées (cycles trop longs). La durée habituelle d'un cycle menstruel (ou l'intervalle entre les règles) est en moyenne de 28 jours. Quand cet intervalle dépasse 6 à 8 semaines, on parle de spanioménorrhée.
- Les **métrorragies** : saignements anormaux d'origine utérine en dehors des périodes des règles
- Quand ménorragie et métrorragies coexistent chez la même femme, on parle de ménométrorragies. C'est l'association de saignements au moment des règles et en dehors de celles-ci.

I.3.3 Les aménorrhées

Il s'agit de l'absence totale de règles. On distingue

- L'aménorrhée primaire quand la patiente n'a jamais eu ses règles depuis la puberté
- L'aménorrhée secondaire quand la patiente, après une période plus ou moins longue de règles normales n'a plus de menstruations depuis plus de 3 mois.

I.3.4 Les leucorrhées

Il s'agit d'un écoulement d'origine essentiellement cervico-vaginal non sanglant se faisant par l'orifice vaginal. Il doit être distingué des écoulements d'origine tubo-utérine séreux (hydrorrhée) ou purulents (pyorrhée).

Leur caractère peut-être **physiologique** (écoulement laiteux, plus abondant en milieu de cycle, inodore, sans troubles fonctionnels associés) ou **pathologique** d'origine infectieuse.

En présence de leucorrhées, l'interrogatoire s'attachera à préciser la date et le mode de début, leur périodicité dans le cycle, les facteurs déclenchants (rapports sexuels, changement de partenaires, traitement antibiotique, oestroprogestatifs,...), leurs caractères (abondance, couleur, odeur, consistance), les signes associés (prurit, brûlures vulvo-vaginales, troubles urinaires, signes généraux).

I.3.5 La stérilité

Elle peut-être primaire (absence de grossesse après un minimum d'un an de rapports sexuels réguliers non protégés chez une femme qui n'a jamais eu de grossesse) ou secondaire (absence de grossesse après un minimum d'un an de rapports sexuels réguliers non protégés chez une femme ayant déjà eu une ou plusieurs grossesses auparavant).

L'interrogatoire doit être mené auprès des deux partenaires.

I.3.6 Pathologie mammaire

Les **mastodynies uni ou bilatérales**, cycliques ou non, représentent un motif fréquent de consultation.

En période d'activité génitale, les mastodynies sont souvent bilatérales et prédominent dans les quadrants supéro-externes. Parfois elles sont diffuses à type de tension mammaire. Elles apparaissent en période prémenstruelle, augmentent en intensité avec l'âge et régressent après la ménopause. Trois femmes sur cinq entre 30 et 50 ans sans contraception orale se plaignent de mastodynies. Sur le plan histologique elles sont associées à un sein normal ou fibrokystique. Quant ces mastodynies sont modérées, aucun traitement ni examen paraclinique n'est nécessaire. Après les règles, les mastodynies

disparaissent en même temps que les seins redeviennent plus souples et moins volumineux.

Les mastodynies non cycliques sont souvent unilatérales, localisées, d'apparition variable dans le cycle. Elles peuvent également s'observer après la ménopause.

Classiquement, les cancers ne sont pas douloureux mais il faut toujours se méfier d'une douleur persistante après les règles, même si elle est isolée.

La survenue d'une **galactorrhée** est physiologique en cas de grossesse actuelle ou récente, jusqu'à 6 mois après l'arrêt de l'allaitement. Elle peut être secondaire à la prise de certains médicaments (neuroleptiques, ...). **L'écoulement** purulent, séreux ou hémorragique justifie des examens complémentaires.

La perception par la patiente d'un nodule, d'une « masse » à la palpation ou d'une **modification de l'aspect de la peau**, peuvent également la pousser à consulter.

I.3.7 Troubles associés

Ils peuvent être d'origine :

- Urinaires : infection urinaire, incontinence urinaire
- Rectaux : constipation ou diarrhée, ténésme (*cf. glossaire*) épreinte (*cf. glossaire*)
- Les lombalgies, les sacralgies, les sacro-coccydynies peuvent avoir une origine génitale après avoir éliminé toute autre étiologie.

I.3.8 Troubles de la vie sexuelle

Vaginisme : contraction douloureuse spasmodique et involontaire des muscles constricteurs du vagin au moment de la pénétration du pénis rendant tout rapport sexuel impossible.

Dyspareunie superficielle ou profonde : douleur permanente ou intermittente au cours du coït sans contracture de la vulve et du vagin.

Frigidité : absence de plaisir lors de relations sexuelles. Chez l'homme on parlera plutôt d'impuissance sexuelle.

Aphanisis : absence de désir sexuel

II L'EXAMEN CLINIQUE

Il permet de compléter et de préciser certains éléments recueillis par l'anamnèse (*cf. glossaire*) .

II.1 L'EXAMEN GÉNÉRAL

Il permet d'apprécier la morphologie (poids, taille) et l'existence d'une éventuelle altération de l'état général (amaigrissement récent, asthénie, baisse de la pression artérielle, fièvre, ...)

II.2 L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE

Il s'effectue sur une table d'examen désinfectée chaque jour en fin de consultations ou chaque fois qu'elle est souillée à l'aide de lingettes imprégnées d'antiseptique ou de spray détergent désinfectant marqué CEE. La table doit être recouverte d'un papier changé entre chaque patiente. Les gestes d'hygiène doivent respecter les recommandations du comité de lutte contre les infections nosocomiales avec le lavage des mains et le port de gants adaptés.

Les spéculums et les pinces utilisés sont le plus souvent à usage unique ou sont réutilisables après stérilisation.

La désinfection du col se fait à l'aide d'un produit iodé (Bétadine) ou autre désinfectant.

La désinfection de la peau saine (avant biopsie de vulve par exemple) est obtenue grâce à un produit alcoolique ou un produit contenant de la Chlorexidine.

Le matériel nécessaire à toutes investigations ou prélèvement doit être préparé au préalable (doigtiers stériles, speculum, pince de Pozzi, hystéromètre, écouvillons, lames, spatules...)

En cas d'échographie endovaginale, le lavage des mains avant l'examen est recommandé ainsi que le port de gants non stériles à usage unique. La sonde doit être protégée d'une gaine de protection à usage unique, stérile, adaptée et marquée CE.

L'examen gynécologique s'effectue :

- Vessie vide et au mieux rectum vide
- En Décubitus dorsal (*cf. glossaire*)
- Avec douceur et en tenant compte des réactions de la patiente afin de rendre cet examen aussi peu traumatisant que possible

- Il sera précédé et accompagné d'explications afin de mettre la patiente en confiance ; le bon relâchement étant indispensable à la réalisation d'un examen complet et précis.

Il comprend 4 temps successifs : l'examen abdominal, périnéal, pelvien et sénologique.

II.2.1 L'examen abdominal

L'inspection permet de faire l'inventaire des cicatrices sous-ombilicales surtout et de faire préciser à la patiente les interventions correspondantes.

La palpation, réalisée les mains à plat préalablement réchauffées, s'attache à rechercher :

- une masse abdomino-pelvienne dont elle précise le siège, le volume, la mobilité, la consistance et la sensibilité
- Une douleur abdomino-pelvienne dont elle précise la localisation, l'intensité, l'irradiation
- Une défense ou une contracture abdominale

II.2.2 L'examen périnéal

C'est le premier temps de l'examen gynécologique à proprement parler. Il est réalisé en position gynécologique, au repos puis éventuellement lors d'efforts de poussée. Il permet d'apprécier :

- L'imprégnation hormonale à travers le développement des organes génitaux externes et des caractères sexuels secondaires (pilosité, pigmentation, développement des grandes lèvres, des petites lèvres et du clitoris...)
- L'existence de séquelles obstétricales (déchirure, épisiotomie, voire fistule) ou de mutilations génitales féminines (Excision (*cf. glossaire*) Infibulation (*cf. glossaire*))
- La distance ano-vulvaire, normalement \geq à 3 cm
- La présence d'une infection cutanéomuqueuse (mycose, herpès, condylomes, ...) ou des glandes de Skene ou de Bartholin
- La présence de lésions traumatiques à la suite d'une agression sexuelle.

II.2.3 L'examen pelvien

II.2.3.1 L'examen sous spéculum

Il existe différents types et tailles de spéculums, des modèles à usage unique et d'autre qui peuvent être stérilisés et réutilisés.

http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/images/speculum_collin.html

De façon générale, l'examen sous spéculum précède le toucher vaginal (TV) et ceci d'autant plus qu'un frottis cervico-vaginal ou des prélèvements bactériologiques doivent être réalisés. Le TV risque de faire saigner le col et gêner l'observation et les prélèvements. Dans les autres cas, le toucher vaginal peut être effectué d'emblée, en cas de douleurs abdominales aiguës par exemple ou avant toute manœuvre endo-utérine (hystérométrie, pose de dispositif intra-utérin,...) afin d'évaluer le volume et la position de l'utérus et éliminer une grossesse ou une infection méconnue.

L'examen au spéculum permet de

- Mettre en évidence des lésions vaginales et cervicales macroscopiques infectieuses, traumatiques ou tumorales
- Apprécier l'ouverture de l'orifice externe du col et la qualité de la glaire cervicale
- Déterminer l'origine d'un saignement génital
- Mettre en évidence l'existence de leucorrhées qui pourront être prélevées
- Réaliser des prélèvements bactériologiques devant toute suspicion d'infection
- réaliser un frottis cervico-vaginal (FCV)
- Révéler l'existence de nodules bleutés dans le cul-de-sac vaginal postérieur évoquant une endométriose de la cloison recto-vaginale.

http://www.aly-abbara.com/livre_gyn_obs/images/examen_speculum.html

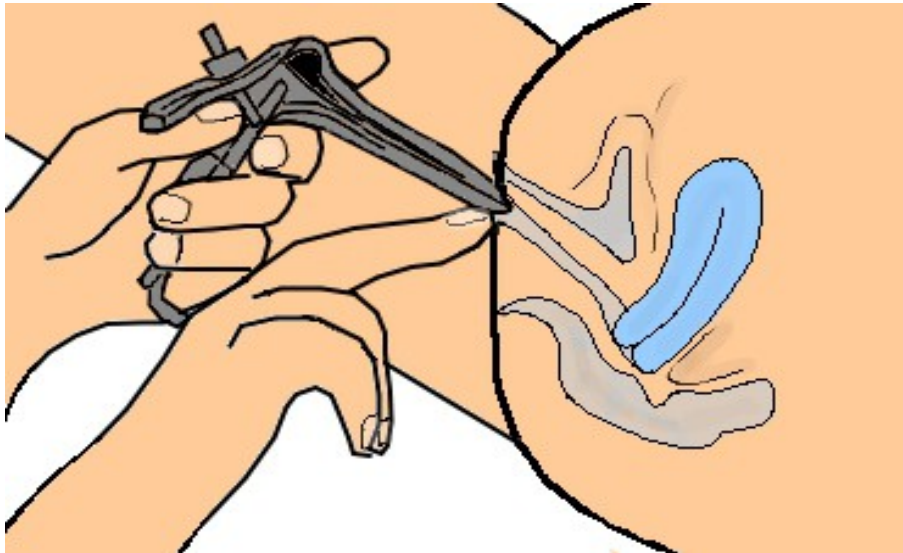
Pour mettre en place le spéculum :

- Réchauffer et lubrifier préalablement le spéculum avec du sérum physiologique (ne pas utiliser d'antiseptique ni corps gras qui gêneraient l'analyse des prélèvements bactériologiques ou l'interprétation d'un FCV)
- Ecarter les petites lèvres, en profiter pour examiner la vulve à la recherche de rougeurs, kystes, vésicules, ulcérations, leucorrhées...
- Orienter le spéculum verticalement dans l'axe de la fente vulvaire
- Le bord des valves fermées prennent appui sur la fourchette vulvaire afin d'éloigner le spéculum de la zone urétrale très sensible
- L'introduire avec douceur en direction du sacrum à 45° du plan de la table
- L'enfoncer en longeant la paroi postérieure du vagin et le tourner de 90° sur l'horizontale.

- Ecarter les lames progressivement pour exposer le col et voir l'orifice externe. Eliminer les sécrétions vaginales à l'aide d'une compresse sèche montée sur une pince languette.

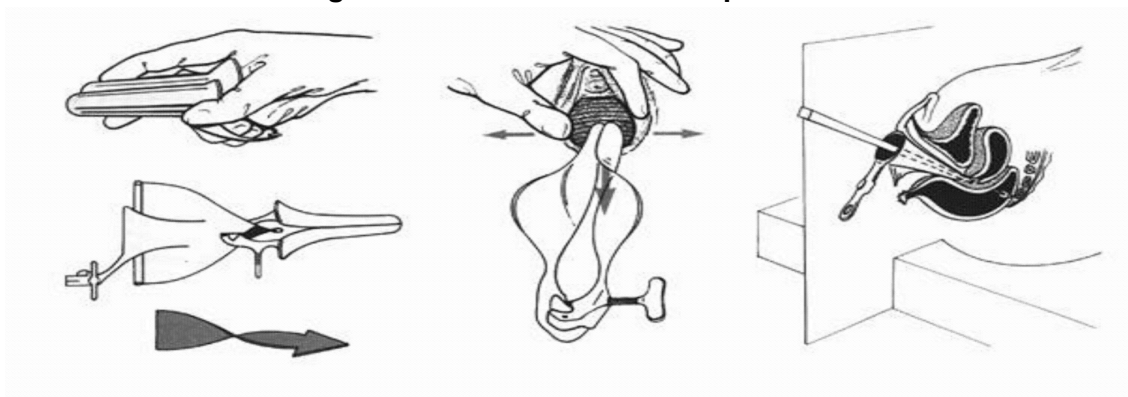
Si le col n'est pas vu, c'est peut-être que le spéculum n'est pas suffisamment enfoncé ou que les valves ne sont pas assez longues. Dans ce cas prendre un spéculum plus grand.

Figure 1 :



Source : UVMaF

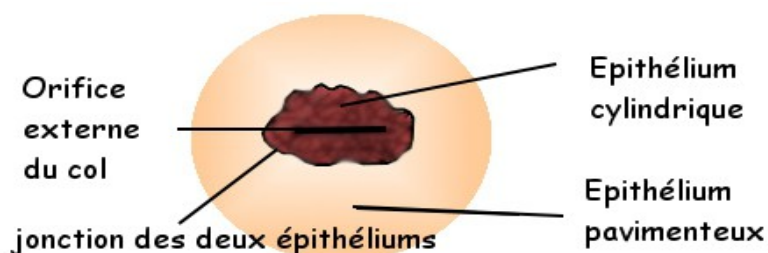
Figure 2 : Manière de tenir le spéculum



Source : Campus numérique de gynécologie - UMVF

L'inspection du col utérin :

Figure 3 : Source : UVMaF



- **Aspect** : il est petit et conique avec un orifice punctiforme chez la nullipare. Il est +/- gros avec un orifice +/- ouvert et déchiré chez la multipare. Il est atrophique chez la femme ménopausée. Il peut-être malformé : 2 cols, cloison... Il faudra noter sa couleur, la présence d'ulcérations, de nodules, de saignements.
- **Examen de la zone de jonction entre la muqueuse de l'endocol et celle de l'exocol** : elle est parfois visible spontanément. Elle est extériorisée sur l'exocol chez la multipare et parfois remontée dans l'endocol chez la femme ménopausée ou après certains traitements tels que l'électrocoagulation ou la conisation.
- **Examen de la glaire cervicale** : le moment privilégié pour apprécier au mieux les caractères physiologiques de la glaire cervicale se situe 24h avant l'ovulation c'est à dire au point le plus bas de la courbe thermique. Elle est alors :
 - abondante,
 - claire, transparente comme de l'eau de roche,
 - filante, se laisse écarter sans se rompre entre les branches d'une pince longuette, son PH est alcalin (> 7)(cf Figure 4),
 - au microscope elle est acellulaire,
 - après dessiccation lente, elle cristallise en feuille de fougère.

Figure 4 : glaire cervicale prélevée entre 2 doigts



Source : Campus numérique de gynécologie - UMVF

Ces caractères correspondent à 3 faits :

- L'existence d'une sécrétion oestrogénique satisfaisante
- L'absence d'imprégnation en progestérone : ceci signifie que la femme est en phase folliculinique du cycle et qu'elle n'est pas enceinte.

- L'absence d'infection de l'endocol, qui se traduirait par une glaire peu filante, louche, envahie de polynucléaires. Dans un syndrome douloureux pelvien, la constatation d'une glaire claire et filante permet d'ailleurs d'affirmer avec une quasi-certitude l'absence d'infection génitale haute en cours d'évolution.

La rareté ou l'absence de glaire cervicale au 13ème jour du cycle peut être la conséquence :

- d'une insuffisance oestrogénique ovarienne
- d'un défaut de réceptivité des cellules cervicales aux œstrogènes.

A l'opposé, la réapparition d'une glaire cervicale après ménopause traduit la prise d'un traitement substitutif estrogénique ou en l'absence de traitement elle doit faire évoquer une tumeur ovarienne sécrétant.

L'étude de la glaire cervicale est également indiquée dans le bilan de stérilité : le prélèvement permet d'étudier sa filance, sa cristallisation... (score d'Insler : http://www.aly-abbara.com/echographie/biometrie/scores/glaire_cervicale_score_inslere.html) et l'examen au microscope permet d'effectuer un test post coïtal (test de Hühner : http://www.aly-abbara.com/echographie/biometrie/scores/glaire_cervicale_score_inslere.html).

L'hystérométrie :

Elle est à réaliser, si nécessaire, à l'aide d'un hystéromètre souple ou rigide, en première partie du cycle en l'absence de grossesse et d'infection. Après désinfection du col et du vagin, saisir la lèvre antérieure du col avec la pince de Pozzi et introduire l'hystéromètre sans forcer ni générer de douleur. L'hystérométrie normale est de 70 à 85 mm. Une petite résistance peut être perçue à 25 – 35 mm au moment du franchissement de l'orifice interne. Par soustraction on détermine la longueur de la cavité utérine (40 à 50 mm). Elle peut être augmentée en cas d'utérus fibromateux ou de prolapsus ou diminuée en cas d'hypoplasie utérine (ménopause).

Le calibrage du col :

A la recherche d'une béance cervico-isthmique, il est réalisé dans la deuxième partie du cycle, 3 mois minimum après une grossesse. Le fait de pouvoir passer une bougie de Hégar n° 8 traduit une béance du col.

L'inspection du vagin :

Commencer par retirer lentement le spéculum d'1 ou 2 cm (longueur du col) puis le refermer doucement mais pas totalement de façon à inspecter le vagin en le retirant à la recherche :

- de leucorrhées dans le cul-de-sac postérieur ou d'une endométriose
- d'un kyste du vagin,

- de malformations vaginales (cloison, diaphragme...),
- d'un prolapsus au repos ou à l'effort de poussée.

On note également sa trophicité.

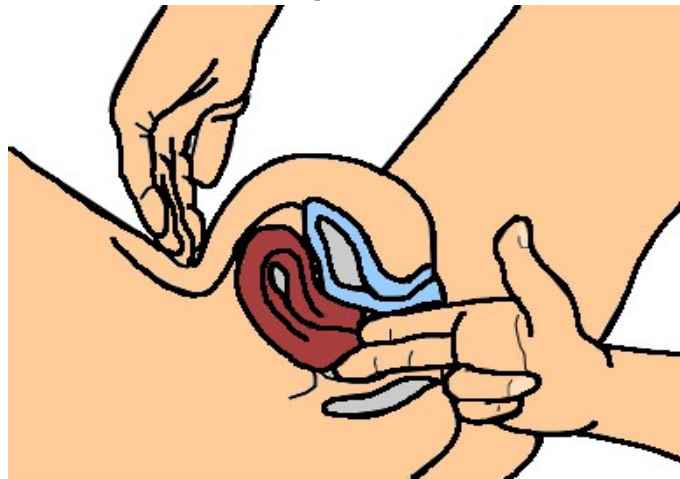
II.2.3.2 Le toucher vaginal (TV)

Définition :

Le TV permet d'explorer la cavité pelvienne grâce à l'introduction d'1 ou 2 doigts dans le vagin, couplé à la palpation abdominale.

Technique :

Figure 5 :



Source : UVMaF

Pour effectuer le toucher vaginal, on peut se placer sur le côté de la femme, (à son côté droit si l'on est droitier) et non pas entre ses jambes. C'est plus respectueux, mais un peu plus difficile, si l'on manque d'expérience. On utilise 1 doigt en cas d'atrophie vaginale (l'index, mais l'examen est beaucoup moins informatif) ou 2 doigts (index et médium) protégés d'un doigtier stérile à usage unique éventuellement lubrifié. On écarte la vulve et on introduit doucement l'index puis le médium. Les doigts orientés vers le bas et l'arrière (45° environ) appuient sur la fourchette, puis s'horizontalisent en s'enfonçant jusqu'au col utérin. Le pouce est en abduction. Il faut veiller à ne pas comprimer la vulve et le clitoris. La main abdominale ramène le contenu viscéral pelvien vers les doigts vaginaux.

Résultats :

Le toucher vaginal permet d'apprécier :

- Le vagin :
 - La cloison recto-vaginale et vésico-vaginale à la recherche d'une masse pelvienne bombant dans le vagin (rectocèle (cf. glossaire))

- Les culs-de-sac vaginaux à la recherche d'une masse. Une douleur et une absence de souplesse des culs-de-sac peuvent signer une infection génitale haute.
- Le cul-de-sac vaginal postérieur répondant au cul-de-sac de Douglas à la recherche d'une masse, d'une douleur en cas d'épanchement de liquide ou de sang (GEU).
- L'existence de nodules indurés et douloureux dans le cul-de-sac vaginal postérieur évoquant une endométriose
- Le col utérin : forme, longueur, volume, ouverture, consistance, mobilité, sensibilité
- Le corps utérin :
 - La position de l'utérus (ante ou rétroversé)
 - Son volume : normalement de la taille d'une mandarine en l'absence de grossesse Sa forme : déformé par des myomes.
 - Sa consistance.
 - Sa mobilité.
 - Sa sensibilité
- Les annexes :
 - La présence éventuelle d'une masse annexielle (GEU, fibrome sous-séreux pédiculé...).
 - Les ovaires sont palpables à travers les culs-de-sac vaginaux latéraux. Apprécier leur taille (normalement celle d'une grosse amande), leur sensibilité au toucher, l'existence d'une masse ovarienne.
- La qualité du plancher pelvien : temps important du dépistage d'un prolapsus ou d'une incontinence urinaire. Avant de retirer complètement les doigts, on peut effectuer un testing des muscles releveurs. Pour cela, retirer les doigts vaginaux de quelques centimètres, les replier en les dirigeant en bas et en arrière et accrocher le plan des muscles releveurs tout en demandant à la patiente de contracter en « serrant son vagin autour des doigts » ou en tentant de « réprimer une envie d'uriner ».

Les limites du TV :

Elles peuvent être due à :

- L'examineur : le TV réalisé avec la main droite explore mieux le côté droit du vagin. Il peut être alors utile d'examiner successivement avec les 2 mains.

- La patiente : en cas de vulve étroite, d'atrophie vaginale, de périnée rigide, de patiente obèse, vierge ou présentant un vaginisme.

II.2.3.3 Le toucher rectal

Il n'est pas systématique et il faut éviter de recourir au toucher rectal, qui est encore plus mal vécu que le TV et souvent douloureux du fait de l'appréhension de la patiente.

Toutefois, celui-ci peut-être utile pour explorer la face postérieure du col, de l'isthme utérin, le cul-de-sac de Douglas et de son contenu et surtout les paramètres latéraux (le TV ne permettant d'explorer que leur partie inféro-interne). Il peut compléter le TV dans certaines indications :

- la recherche d'une douleur du cul-de-sac de Douglas en cas d'épanchement sanguin (GEU), inflammatoire ou purulent (salpingite, appendicite) ou en cas d'endométriose,
- lorsque le TV est peu performant (vierge, femme âgée).

Combiné au TV, il permet d'examiner le noyau central du périnée et la cloison recto vaginale afin de faire le diagnostic entre rectocèle et élytrocèle en cas de Colpocèle (*cf. glossaire*) postérieure.

II.3 EXAMEN SÉNOLOGIQUE

L'examen des seins doit être fait de préférence en première partie du cycle car avant les règles les seins sont souvent plus congestifs, douloureux et plus difficiles à examiner. Il faut encourager les patientes à pratiquer l'auto-examen des seins.

L'examen sénologique peut précéder ou faire suite à l'examen pelvien.

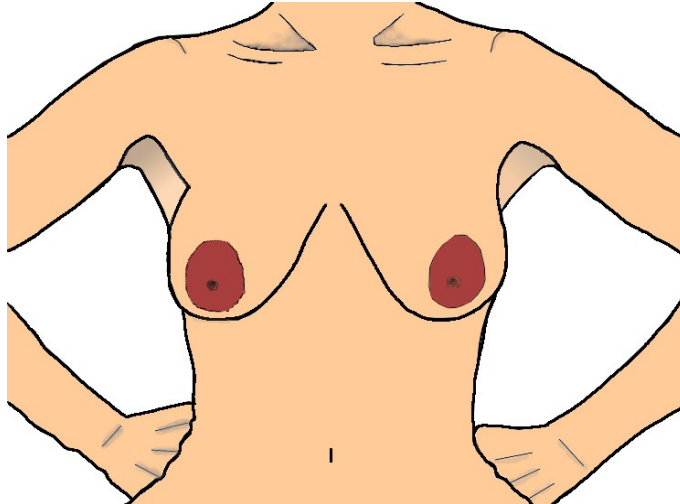
On s'attachera à rechercher toute symptomatologie évocatrice ainsi que tout changement récent au niveau des seins :

- **Modifications cutanées**
- **Palpation de nodule**
- **Écoulement anormal**

L'inspection :

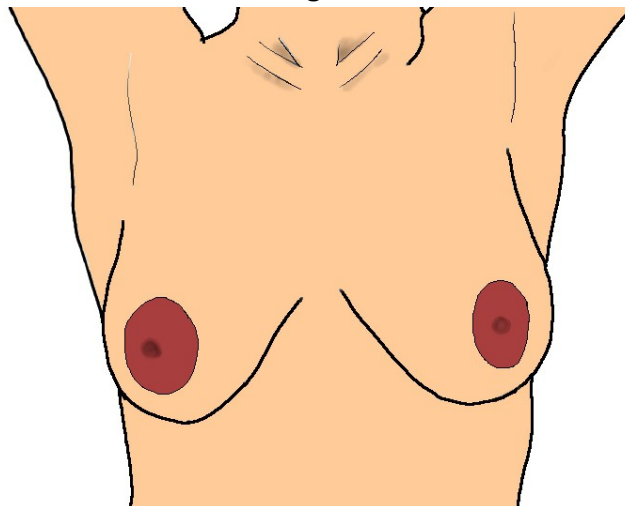
La patiente est torse nu. L'inspection se fait de face et de profil en position assise puis debout le dos courbé et les bras tendus en avant, les seins pendant librement ce qui permet de mieux visualiser des rétractions ou des voussures. D'autres positions permettent de révéler des anomalies discrètes des contours du sein telles que les bras semi-fléchis avec les poings sur les hanches ou relevés sur la tête. Il est important de comparer les 2 seins.

Figure 6 :



Source : UVMaF

Figure 7 :



Source : UVMaF

Il peut arriver, du fait de l'absence de régression de la bandelette mammaire pendant la période embryonnaire, qu'une femme présente un sein surnuméraire. On parlera alors de polymasties s'il y a plusieurs glandes mammaires et de polythélie devant plusieurs plaques aérolomamelonnaires (2 à 6 %). Ces seins surnuméraires doivent être examinés au même titre que les seins eutopiques.

On s'attachera à rechercher une

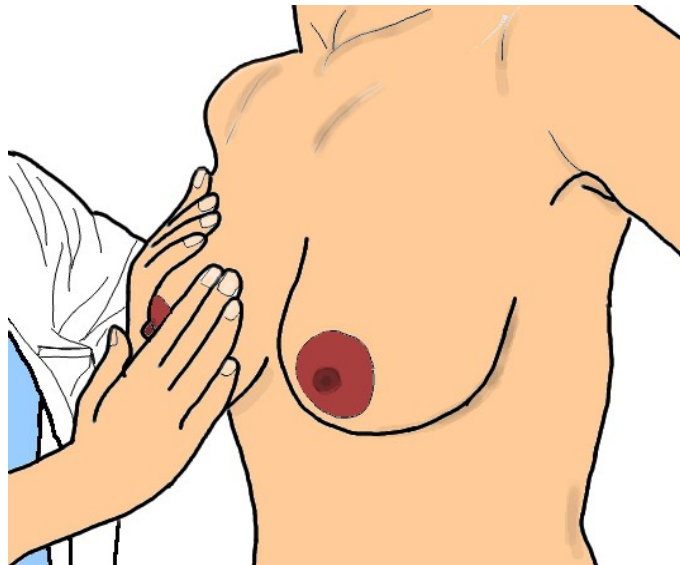
- Anomalie cutanée : anomalie de couleur, amincissement de la peau qui devient luisante, apparition d'une zone inflammatoire rougeâtre, d'un érythème cutané, d'une lésion ulcérée, modification de la circulation cutanée. Il peut exister des phénomènes dits « de peau d'orange ». Rechercher une ride, un plissement, une dépression de la peau lors de la mobilisation.

- Dissymétries de taille ou de forme entre les 2 seins, bien qu'une discrète asymétrie soit fréquente et non pathologique. Toutefois, certaines tumeurs déforment le galbe du sein. On peut voir apparaître une rétraction, une voussure, un aplatissement anormal du sein.
- Anomalies de l'aréole : existence de mamelon ombiliqué, d'une rétraction du mamelon, d'un aspect framboisé eczématiforme d'une maladie de Paget, d'une ulcération, d'un écoulement.

La palpation des seins :

Il faut palper les seins de façon méthodique (quadrant par quadrant) et comparative en rayon de soleil, du bord inférieur de la clavicule en haut jusqu'en dessous du sillon sous-mammaire en bas et jusqu'aux régions latérales du sein. Pour éviter tout frottements et améliorer la perception tactile, on peut se talquer les mains ou utiliser du gel d'échographie. La palpation s'effectue sur une patiente assise ou debout puis couchée en se plaçant toujours du côté examiné. Elle est réalisée après s'être réchauffé les mains en les posant bien à plat par petits mouvements circulaires avec l'extrémité de l'index et du médium en exerçant une légère pression de la glande mammaire sur le grill costal. La palpation des quadrants internes se fait bras relevés, la palpation des quadrants externes se fait bras le long du corps.

Figure 8 :



Source : UVMaF

On recherchera des nodules, des zones empâtées correspondant à de la mastose, des zones douloureuses. La topographie des anomalies doit être précisée.

Description d'un nodule :

- Siège : quadrant ou horaire et distance mamelonnaire, uni ou bilatéral
- taille, nodule unique ou multiple,

- forme : rond, discoïde, contours réguliers ou irréguliers, bien ou mal limités, uni ou polylobés
- consistance : masse molle, ferme ou dure, élastique
- sensibilité : douleur à la palpation
- mobilité : rechercher une adhérence à la peau, au grand pectoral ou à la paroi thoracique en mobilisant la tumeur sous la peau ou en faisant contracter le grand pectoral par une adduction contrariée du bras (manœuvre de Tillaux).
- évolution de la tumeur ou vitesse de croissance entre deux consultations

La dextérité d'un praticien, même entraîné, ne permet pas de déceler des tumeurs inférieures à 2cm. L'examen clinique est donc insuffisant et doit être complété par des examens complémentaires de dépistage .

On recherchera également un écoulement mammaire dont il faudra apprécier :

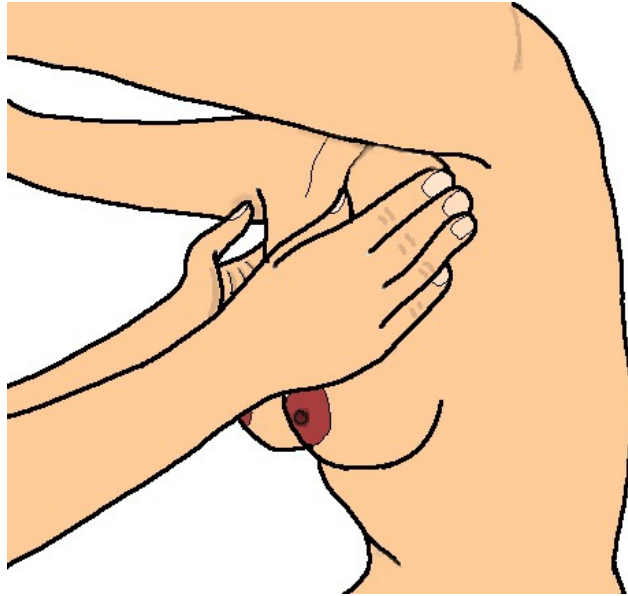
- le caractère uni ou bilatéral, uni ou plurigalactophorique, spontané ou provoqué par la pression du sein et l'expression du mamelon entre le pouce et l'index ;
- le volume,
- la couleur (incolore, brun, vert, séreux ou sanglant = suspect) et la consistance.

La recherche topographique du quadrant d'où provient l'écoulement se fera par pression douce sur le sein à l'aide d'un doigt, de la périphérie vers le mamelon afin d'identifier le galactophore impliqué.

La palpation des aires ganglionnaires :

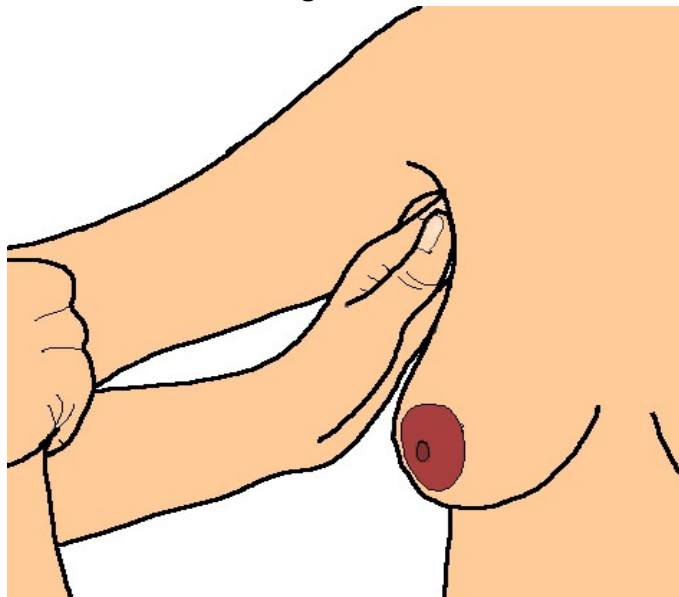
L'examen des seins s'accompagne toujours de la palpation des aires ganglionnaires axillaires et sus claviculaires quelque soit le résultat de l'exploration. L'examineur insinue ses doigts vers le sommet du creux axillaire, en arrière du tendon du muscle grand pectoral, puis inspecte la face externe et termine par les creux sous et sus claviculaires à la recherche d'une ou plusieurs adénopathies dont il faudra préciser la topographie, le caractère (banales, nodules petits, durs, réguliers, mobiles ou fixés entre eux et aux autres éléments). L'absence de ganglion suspect ou même palpable ne préjuge pas de l'absence d'envahissement ganglionnaire histologique.

Figure 9 :



Source : UVMaF

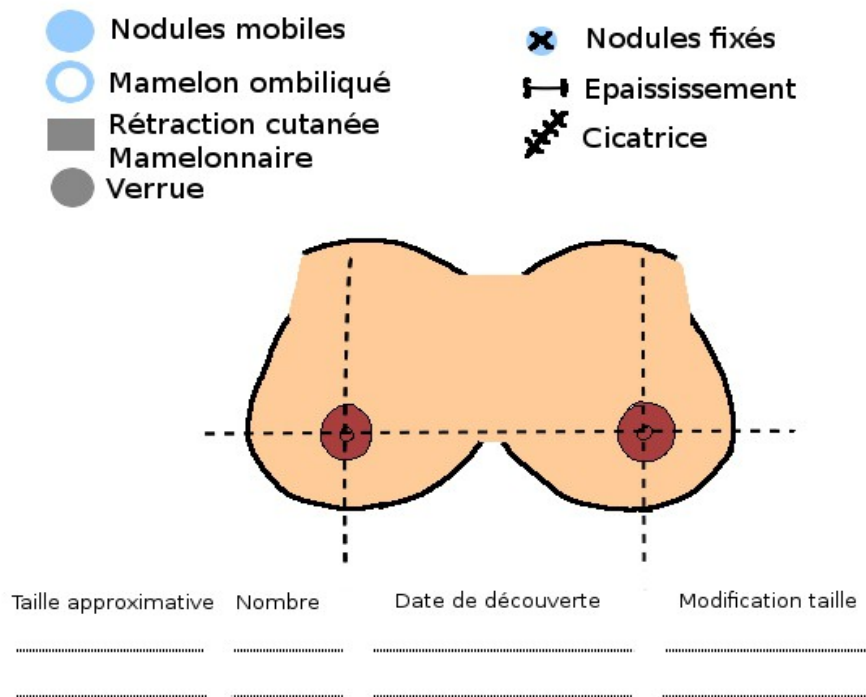
Figure 10 :



Source : UVMaF

Toute anomalie observée à l'inspection et/ou la palpation des seins sera reportée sur un schéma récapitulatif daté et précis (mesure des anomalies).

Figure 11 :



Source : UVMaF

III FIN DE LA CONSULTATION

L'ensemble des données recueillies lors de la consultation sera consigné sur le dossier médical pendant que la patiente se rhabille. Si vous devez annoncer une mauvaise nouvelle (infection, suspicion de GEU, grossesse non prévue, ou autre, ...) attendez que la patiente soit rhabillée et assise en face de vous pour lui parler en la regardant.

CONCLUSION

La synthèse des éléments peut parfois soulever une ou plusieurs hypothèses diagnostiques et conduire à prescrire des examens complémentaires ou à orienter la patiente vers d'autres professionnels : gynécologue-obstétricien, sexologue, psychologue.... La consultation peut également être l'occasion d'apporter à la patiente des informations sur la contraception, la prévention d'infection sexuellement transmissibles, la prévention et le dépistage de cancers gynécologiques. Elle peut constituer une occasion privilégiée d'information et de mise en confiance qui sera garante d'une meilleure adhésion au suivi gynécologique de prévention. L'examen gynécologique systématique de dépistage est conseillé à partir du début de l'activité sexuelle et devrait être poursuivi tout au long de la vie de la patiente. En plus des examens systématiques, qui correspondent souvent au

renouvellement d'une contraception orale, à la surveillance d'un DIU ou d'un traitement substitutif post ménopausique, il faut apprendre aux femmes à consulter en cas de problème. Cette notion n'est pas toujours bien perçue par les patientes qui ne s'inquiètent pas toujours devant des troubles modérés. Le rôle de la sage-femme ou du médecin est capital dans l'éducation de la patiente à ce qui doit l'amener à consulter.

IV ANNEXES

GLOSSAIRE

- anamnèse : interrogatoire
- Colpocèle : affaiblissement de la voûte vaginale, provoquant le prolapsus d'un ou plusieurs organes du pelvis féminin. On distingue la colpocèle antérieure : descente de la vessie à travers la paroi vaginale = la cystocèle et la colpocèle postérieure : descente du rectum à travers la paroi vaginale = rectocèle
- Décubitus dorsal : allongé sur le dos
- épreinte : douleur à caractère péristaltique de la partie terminale du côlon et du rectum s'apparentant à des coliques bases et s'achevant par un besoin impérieux ou de faux besoins
- Excision : ablation du clitoris souvent associée à celle des petites lèvres. Pratiquée dans certains pays pour maintenir la tradition
- Infibulation : Excision doublée de l'ablation des grandes lèvres, suivie de la suture bord à bord des deux moignons. Ne subsiste qu'une petite ouverture permettant le passage des urines et du flux menstruel. Pratique ancestrale appliquée dans certain pays pour perpétuer la tradition
- rectocèle : descente du rectum dans le vagin
- ténesme : sensation douloureuse de tension et de constriction dans la région de l'anus, avec des envies continuelles et presque inutiles d'aller à la selle

BIBLIOGRAPHIE

- BATES B : Guide de l'examen clinique. Paris. 3ème édition Arnette, 1992
- BLACHERE J.P. Caen. : L'hygiène au cabinet de gynécologie. Protocoles pratiques extraits des Mises à jour en gynécologie obstétrique. 31ème journées nationales du Collège National de Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Paris Décembre 2007
- BOBY G., SOUTOUL J.H, BERTRAND J.- : La consultation en gynécologie. Encyclopédie Médico-chirurgicale (Elsevier. Paris), Gynécologie, 43-A-10, 3-1988,10p.

- DARAI E., VENDITTELLI F. : Directive qualité du CNGOF : contenu minimum obligatoire d'un dossier de consultation en gynécologie. Collège National de Gynécologues et Obstétriciens Français, Janvier 2010 -
- DELCROIX M., GUERIN DU MASGENET B. : Décision en gynécologie obstétrique. Editions Vigot, 1996
- MATHELIN C., GAIRARD B., RENAUD R., BRETTE J.P. : Examen clinique des seins : sein normal, lésions bénignes et frontière. Encyclopédie Médico-chirurgicale (Elsevier. Paris), Gynécologie, 810-E-10, 1997,10p
- SOULAT C., : Examen gynécologique,

ABRÉVIATIONS

- CLIN : comité de lutte contre les infections nosocomiales
- DIU : Dispositif Intra Utérin
- FCS : fausses couche spontanée
- FCV : frottis cervico-vaginal
- GEU : Grossesse extra utérine
- IMG : interruption de Grossesse pour raison Médicale
- IVG : Interruption Volontaire de Grossesse