

# L'examen clinique gynécologique

Dr L.BOUHMAMA

# Objectifs

- 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

- 02 situations vont amener une patiente à « subir » un examen gynécologique :
  - La patiente présente une **pathologie** qui nécessite un examen gynécologique => c'est une consultation dans le cadre d'une démarche **diagnostique**
  - La patiente ne présente pas de pathologie gynécologique => c'est un examen gynécologique **systematique** (démarche de **dépistage**)

# Introduction

- Bien que le suivi gynécologique systématique des patientes soit recommandé, il n'est pas obligatoire dans notre pays
- l'examen gynécologique obéit à des règles simples qui doivent être toujours appliquées.
- La 1<sup>ère</sup> de ces règles est que l'examen ne doit pas être une corvée douloureuse pour la patiente.

# L'examen gynécologique



# Déroulement

⇒ Interrogatoire

⇒ examen clinique

⇒ fin de la consultation

# L'interrogatoire

- un temps capital et indispensable.
- doit dans un 1<sup>er</sup> temps être l'occasion de « détendre l'atmosphère », de mettre la patiente en confiance
- L'interrogatoire a trois objectifs principaux :
  - Déterminer le ou les motif(s) de la consultation,
  - Répertorier les antécédents personnels et familiaux de la patiente
  - Faire décrire la symptomatologie fonctionnelle de la patiente

# Le motif de la consultation

- simple visite de surveillance dans le cadre d'un suivi gynécologique systématique
- une pathologie précise
- Ailleurs , le motif est complexe, difficile à exprimer pour la patiente => l'expérience, le tact, l'intuition et la personnalité de l'examineur prennent toute leur importance.

# Les antécédents personnels

## 1. Les antécédents gynécologiques

- Puberté : âge de survenue, troubles éventuels, traitements reçus, Description des cycles : régularité, abondance des règles, Syndrome Pré Menstruel , saignement en dehors des règles ...
- Contraception : nature, durée, tolérance,
- Pré-ménopause ou ménopause : date, modalité, traitements.

## 2 . Les antécédents obstétricaux

- Nombre de grossesses, gestité , parité , dates des accouchements, FCS ou GEU,
- Pathologie des grossesses, des accouchements et des suites de couche.

# Les antécédents personnels

- Nombre de partenaires, changement de conjoint, pathologie du ou des conjoints.
- Au terme de cet entretien, le médecin doit déjà savoir si la patiente appartient à un groupe à risque pour certaines pathologies ou si elle présente des contre-indications à certains traitements gynécologiques.

# Les antécédents personnels

## 3 .Les antécédents médicaux

- La recherche doit être guidée par le motif de la consultation.  
Noter la prise de médicaments, l'existence d'allergies...

## 4 . Les antécédents chirurgicaux

- particulièrement les antécédents de chirurgie gynécologique et digestive.

# Les antécédents familiaux

- maladies générales : diabète, HTA, hypercholestérolémie familiale, pathologie thromboembolique ou cardiovasculaire
- Pathologie tumorale : cancer du sein et cancer pelvien
- Pathologies en rapport avec une maladie familiale génétique.

# La symptomatologie fonctionnelle

- Les motifs habituels de consultation en gynécologie sont :
- cycle normal : Durée N=28j J1=règles / J14=ovulation
- **les saignements anormaux :**
- hypo ménorrhées : règles < 3 jours
- hyperménorrhées : règles > 8 jours,
- Oligo ménorrhées : règles trop peu abondantes,
- Poly ménorrhées : règles trop abondantes,
- Hyper polyménorrhées = ménorragies
- pollakiménorrhées : cycles courts
- spanioménorrhées : cycles longs
- métrorragies : saignements anormaux d'origine utérine sans rapport avec les règles.

# La symptomatologie fonctionnelle

- **les aménorrhées** : absence de règles :
  - aménorrhée primaire : la patiente n'a jamais eu de règles depuis la puberté,
  - aménorrhée secondaire : la patiente, après une période plus ou moins longue de règles normales, ne présente plus de cycle depuis plus de 3 mois
- **les leucorrhées** : écoulements non sanglants par l'orifice vaginal
  - leucorrhées physiologiques,
  - leucorrhées pathologiques.

# La symptomatologie fonctionnelle

- les algies pelviennes : aiguës, chroniques.
  - leur date d'apparition
  - leur rythmicité par rapport au cycle
  - leur intensité,
  - le type
  - le siège
  - leur irradiation
  - les facteurs déclenchants
  - les signes associés

# La symptomatologie fonctionnelle

- L'infertilité : primaire, secondaire.
- la pathologie mammaire( masse , galactorrhée , mastodynies ...)
- les troubles de la vie sexuelle( vaginisme , dyspareunies ...)

# L'examen clinique

- Touchant l'intimité même de la femme, il est souhaitable de commencer l'examen gynécologique par un examen général
- il comprend 4 temps successifs : l'examen abdominal, périnéal, pelvien et sénologique.

# L'examen clinique

# L'examen général

- L'état général de la patiente doit être apprécié :
- sa morphologie (poids, taille)
- l'existence d'une éventuelle altération de l'état général ou de pathologie , fièvre
- Des autres appareils

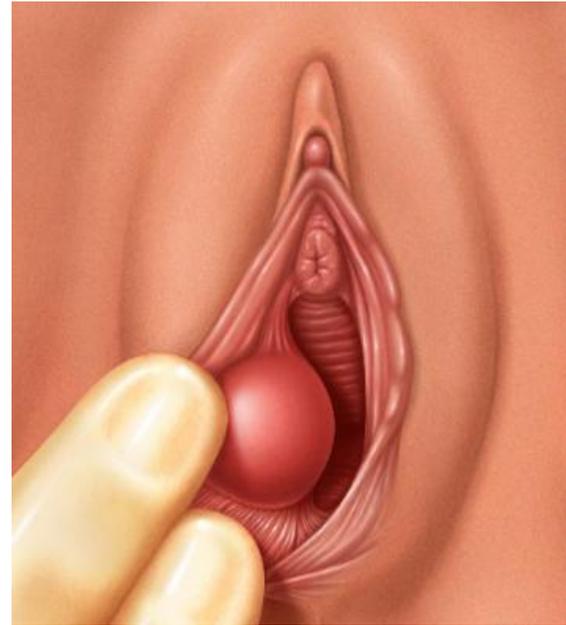
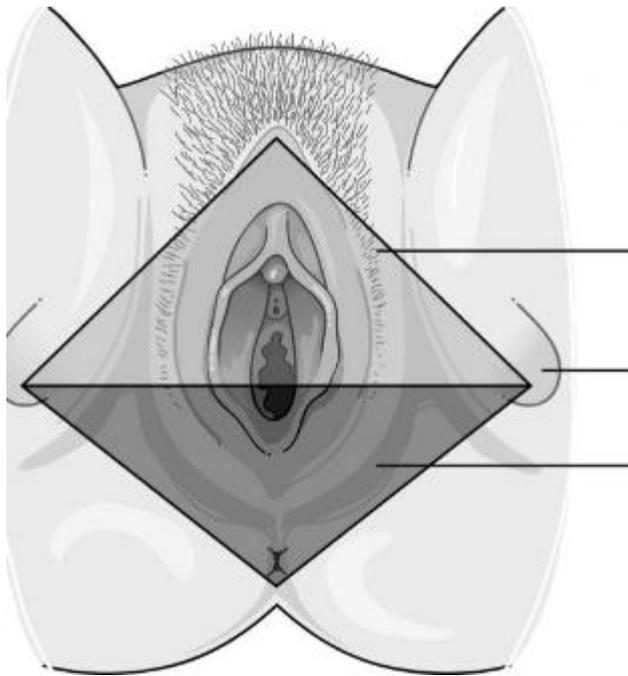
# L'examen gynécologique

- L'examen abdominal : En décubitus dorsal , jambes allongées puis semi-fléchies, paroi abdominale bien relâchée.
- **l'inspection** : des cicatrices , L'orifice ombilical, la région sus pubienne et les orifices herniaires
- **la palpation** : recherche d'un syndrome tumoral abdominopelvien, d'une douleur abdomino-pelvienne et d'une anomalie des fosses lombaires

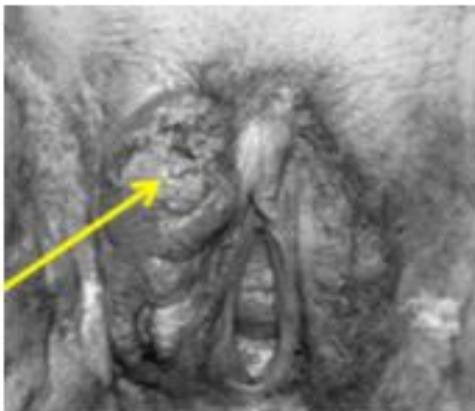
# L'examen gynécologique

- L'examen périnéal
- C'est le 1<sup>er</sup> temps de l'examen gynécologique proprement dit, il est réalisé en position gynécologique, d'abord au repos puis lors d'efforts de poussée. On notera :
  - Les signes d'imprégnation hormonale réglant la trophicité des OGE et le dvpt des caractères sexuels II aires : pilosité, pigmentation, dvpt des grandes lèvres et du clitoris et des petites lèvres
  - La présence d'une pathologie infectieuse du revêtement cutanéomuqueux ou des glandes de Skene et de Bartholin ,
  - L'existence de séquelles obstétricales à type de déchirure, d'épisiotomie ou de fistule .
- La distance ano-vulvaire est également un élément important à noter.

# Périnée



# Inspection



# L'examen gynécologique

- L'examen pelvien
- Il commence par l'examen au spéculum et ensuite par le toucher vaginal

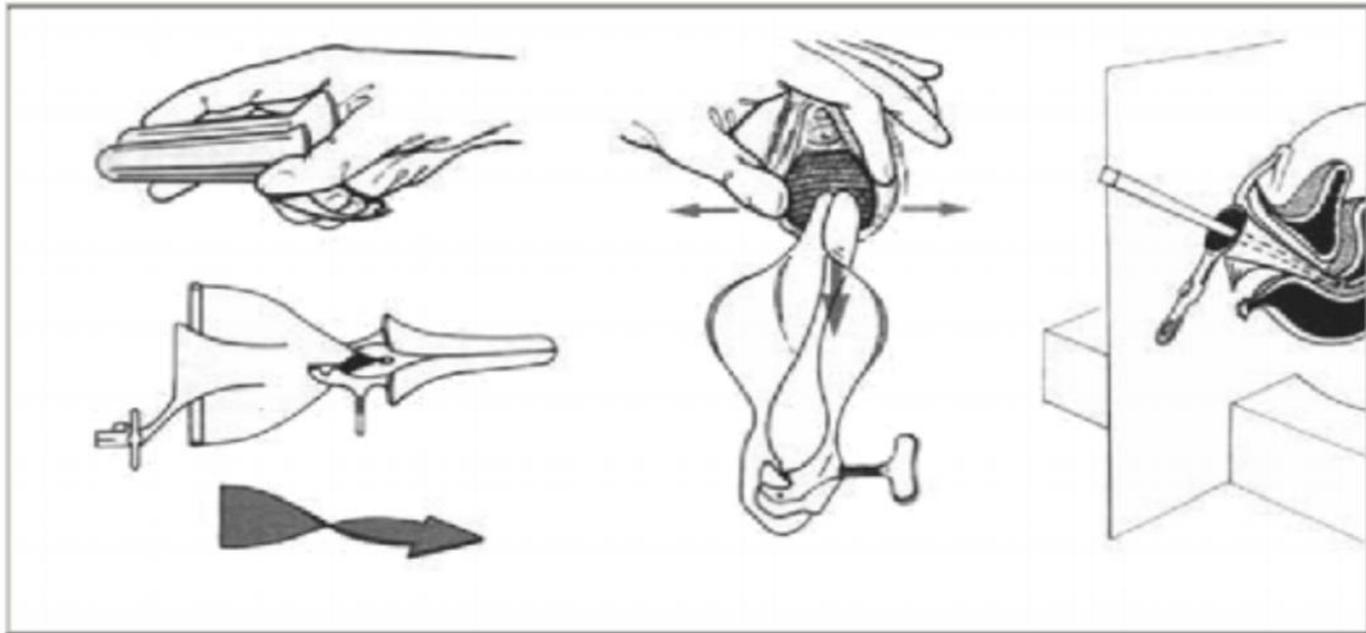
# L'examen au spéculum

- MEP du spéculum :
- écarter les lèvres
- éviter la zone urétrale
- appuyer sur la fourchette
- viser en bas et en arrière



# L'examen au spéculum

- Préalablement lubrifié de sérum physiologique (jamais d'antiseptiques ni de corps gras)
- introduit de façon atraumatique.

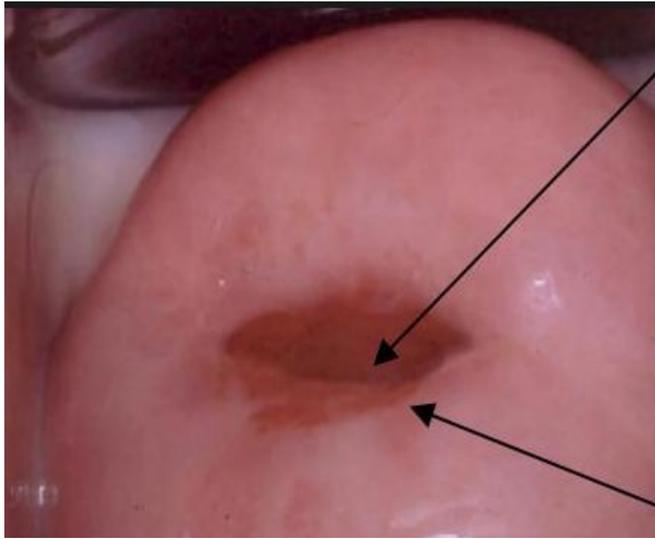


# L'examen au spéculum

- Le col utérin
  - petit, conique avec un orifice punctiforme chez la nullipare, plus ou moins gros chez la multipare.
  - La zone de jonction squamo-cylindrique , un endocol et un exocol
- L'examen de la glaire cervicale ( aspect variable au cours du cycle)
- Le vagin : examiné en retirant le spéculum. On note sa trophicité, les leucorrhées, les irrégularités, voire des malformations du vagin.
- L'étude du vagin est également capitale dans les prolapsus

# Examen au speculum

- Col utérin
  - Présence d'un écoulement
  - Abondance et aspect
  - Écoulement non sanglant
  - Glaire cervicale : physiologique, translucide
  - Leucorrhées +/- physiologiques
  - Écoulement sanglant
  - Lésion bénigne : polype, fibrome
  - Lésion maligne



# Examen au speculum

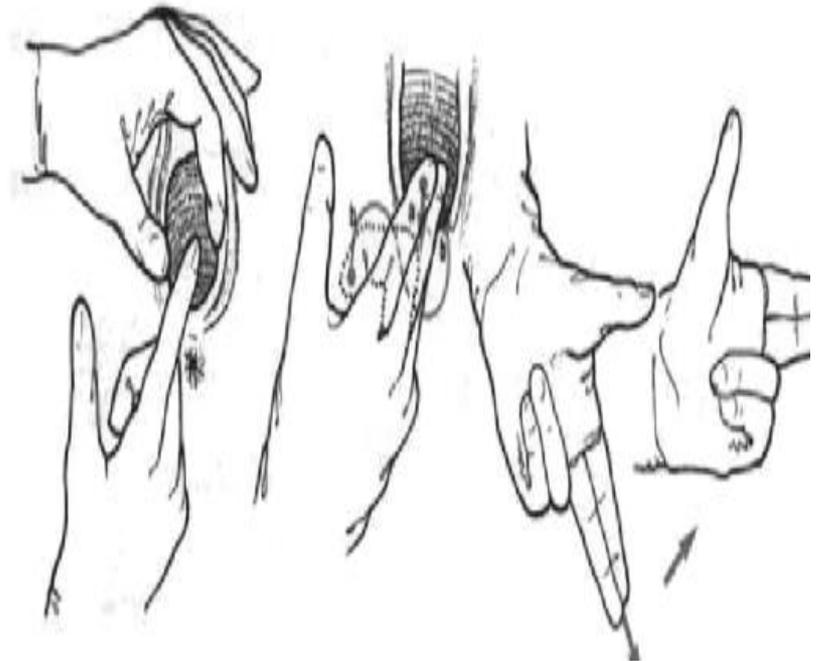
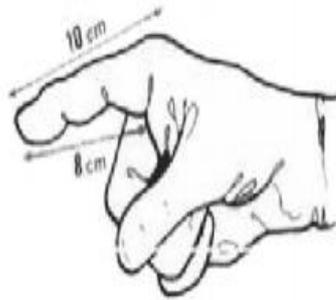
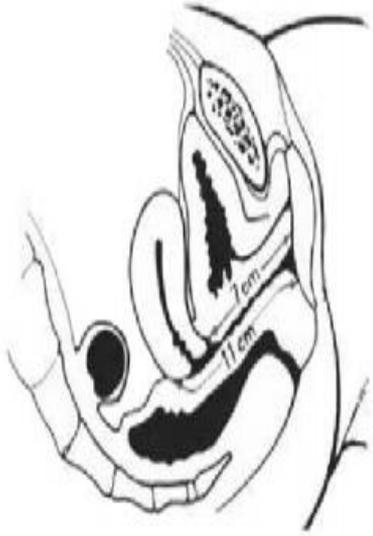


# Le toucher vaginal

- Le TV est l'introduction de deux doigts dans le vagin
- il permet, couplé au palper abdominal, d'explorer la cavité pelvienne.
  
- Technique :
- On utilise 02 doigts (index et médus) ou un seul en cas d'atrophie vaginale (l'index), protégés par un doigtier stérile à usage unique.



# Le toucher vaginal



# Le toucher vaginal

- Le TV permet d'apprécier les éléments suivants :
  - La face postérieure de la vessie et l'urètre terminal,
  - Le col utérin dans sa consistance, son volume, sa forme, sa mobilité, sa longueur, son ouverture
  - Le vagin et son CDS postérieur (cul-de-sac de Douglas )
  - Le corps utérin dans sa taille, sa position, sa forme, sa consistance, sa mobilité et sa sensibilité,
  - Les annexes :les ovaires sont palpables à travers les CDS vaginaux latéraux ( patiente maigre ).

# Difficultés

- Le TV est limité par
  - Le fait qu'un doigtier explore mieux le côté droit du vagin, il peut être utile de répéter le toucher avec la main gauche,
  - Les patientes obèses sont également difficiles à examiner car la main abdominale ne peut ramener correctement le fond utérin, la paroi étant trop épaisse,
  - chez une patiente vierge, il convient d'éviter l'examen au spéculum et le TV.

# Le toucher rectal

- Il n'est pas systématique, Peu utilisé en routine
- il peut être utile de le combiner au TV dans certaines situations (prolapsus, endométriose...).
- Il peut également rendre des services quand le TV est peu performant (vierge, femme âgée)

# Le toucher rectal

- Toucher uni digital
- Zones étudiées: Muqueuse anale, rectale
  - Ampoule rectale
  - Cul-de-sac de Douglas
  - Cloison recto-vaginale
- Intérêts en Gynécologie:
  - Epanchement intra-péritonéal : patiente vierge
  - Nodule de la cloison-rectovaginale (endométriose)
  - +/- Fistule recto-vaginale

En plus en obstétrique

# l'interrogatoire

- Antécédents généraux médico-chirurgicaux personnels et familiaux
  - Antécédents obstétricaux
- => Gestité : nombre de grossesses
- => Parité : nombre d'accouchement > 22 SA
- déroulement des grossesses précédentes
  - mode d'accouchement
  - poids néonatal

# Interrogatoire grossesse actuelle

- DDR = date du 1<sup>er</sup> jour des dernières règles
- DG = début de grossesse (écho T1 +++)
- Terme
- en Semaines d'Aménorrhée (SA) : semaines de grossesse + 2
- durée d'une grossesse simple : 41 SA

# signes fonctionnels

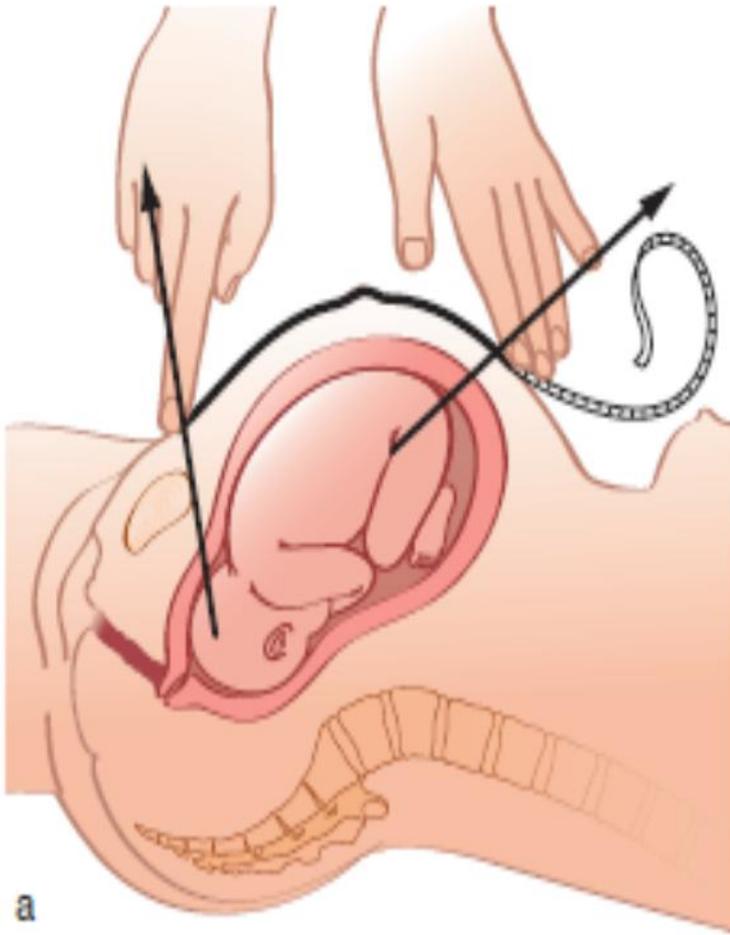
- Etat général
- Contractions utérines
- Saignements
- Perte de liquide
- Signes fonctionnels urinaires
- Autres (digestifs,...)
- Mouvements actifs foetaux

# l'examen physique

- Poids , Tension artérielle
- Etat des membres inférieurs (œdèmes, varices)
- Examen sénologique : au moins une fois pendant la grossesse, au mieux à chaque consultation
  
- EXAMEN PHYSIQUE
- Palpation abdominale :
- Tonicité utérine
- Position foétale : tête, coté du dos
- mesure de la hauteur utérine

# La mesure de la hauteur utérine

- Mesure du sommet de la symphyse pubienne au fond utérin
- Calcul:
  - ⇒ Entre 4 et 7 mois = nbr de mois X 4 cm
  - ⇒ Ex: 5 mois =  $5 \times 4 = 20$  cm
- Puis 8<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> mois = nbr de mois  $\times 4$  cm - 2
- Ex: 8<sup>ème</sup> mois =  $8 \times 4 = 32 - 2 = 30$  cm



a. et b. La mesure se prend avec un mètre ruban.

# La vitalité foetale

- MFA
- Auscultation des BDCF



Auscultation à l'oreille qu'il faut faire pour apprécier la vitalité foetale et sa valeur directionnelle.



# Examen des seins ( voir le cour)



# FCU

- prélèvement de dépistage permet de mettre en évidence précoce des lésions précancéreuses (des lésions bénignes, mais pouvant évoluer vers un cancer) et les cancers débutant au niveau du col utérin

=> Prélèvements effectués une fois tous les 3 ans (quand le frottis est considéré tout à fait normal « après 2 FCU), jusqu'à l'âge de 65 ans

# Conclusion

- 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

- Examen complet
- Installation
- Dépistage
- Prélèvements orientés