

I : L'interrogatoire clinique

A : Les antécédents gynécologiques :

La date de la puberté, histoire menstruelle, âge au moment des 1er rapports sexuels, nb de partenaires sexuels, si elle a déjà eu une infection gynécologique, contraception, régularité des frottis cervicaux, régularité de l'examen des seins, coelioscopie, traitements au laser, traitements inducteurs de l'ovulation, présence de signes de pré ménopause ou ménopause, interventions chirurgicales.

B : Troubles des règles :

- ❖ Troubles du cycle : pollakiménorrhée (cycle court), spanioménorrhée (cycle long), anisoménorrhée (irregulier)
- ❖ Troubles de la durée des règles : hypoménorrhée, hypermenorrhée
- ❖ Troubles de l'abondance : oligomenorrhée (trop peu abondantes), polymenorrhée (trop abondantes), ménorragies (saignement seulement pdt règles et de façon importante+++)
- ❖ L'aménorrhée : absence de règles, peut être :

1. Primaire

Jeune femme de 18ans qui n'a jamais eu ses règles. On doit se renseigner sur le poids de naissance, la courbe de croissance en poids et en taille, âge de la puberté maternelle et chez la grand-mère, troubles de l'olfaction ou de la vision, antécédants de tuberculose, morphotype, présence/absence/virilisation des caractères sexuels secondaires, malformation appareil uro-génital, profil psychologique

2. Secondaire

Absence de règles depuis 3 mois. Importance du contexte d'apparition: psychologique, perte de poids importante, anorexie mentale, antécédents, ses traitements.

C : Troubles sexuels :

- ❖ Le vaginisme : contraction involontaire des muscles péri vaginaux
- ❖ La dyspareunie : douleurs pendant rapport ou au moment de l'intromission
- ❖ L'anorgasmie : absence d'orgasme
- ❖ Baisse de la libido : déficiente de fantasmes et désirs

II. L'examen clinique

Lorsqu'on veut sonder une patiente, on le fait au niveau du méat urétral. Le vestibule et la fourchette postérieure sont situés à l'entrée du vagin

A : Observation des organes génitaux externes :

Position gynécologique : en décubitus dorsal, membres inférieurs en flexion abduction, genoux fléchis, pieds posés dans des étriers, fesses au bord de la table d'examen.

1. Observation de **l'imprégnation hormonale** (développement des caractères sexuels secondaires) : pilosité, pigmentation peau, développement grandes lèvres et clitoris (androgènes), développement petites lèvres (oestrogènes). On peut observer des signes de virilisation comme **l'hirsutisme** (acnée, calvitie, voix grave, hypertrophie musculaire, hypertrophie clitoridienne, modification caractère)
2. Recherche de présence: pathologie infectieuse du revêtement cutanéomuqueux, séquelles obstétricales d'un accouchement, malformations vulvo-vaginales

B : Le spéculum : observation col utérin

Introduction douce et progressive selon **l'axe longitudinal de la vulve**, le spéculum prend appui sur la **fourchette postérieure**, au niveau du 1/3 inférieur du vagin, puis **rotation d'1/4 de tour** remplaçant les valves du spéculum à l'horizontale, puis glissement le long des parois postérieure et antérieure du vagin jusqu'au fond. Il y a donc écartement lent les valves permettant la visualisation du col utérin.

C. Frottis cervicaux

Une fois le spéculum mis. Permet analyse des cellules du col, de l'endocol (mouvement de va et vient avec un écouvillon dans canal endocervical) et de l'exocol (balayage par mouvement rotatif de la partie externe du col par une spatule en bois)

Permet le **dépistage** du cancer du col.

A partir de 25ans, tous les 3 ans.

Pas pendant les règles ou une infection

L'examen du frottis est uniquement cytologique.

La classification des résultats se fait en : frottis normaux, inflammatoires, dysplasie bas grade/haut grade, neoplasie

D. Colposcopies :

Si anomalie du frottis, on fait une colposcopie : observation du col avec microscope et mise en évidence lésions avec acide acétique (colore en blanc les zones de transformation) et lugol (colore en brun cellules dysplasiques)
Importance de l'observation jonction pavimento-cylindrique (=jonction endo/exocol)
Il est important de pouvoir étudier la jonction **pavimento-cylindrique** = zones de jonction entre l'endocol et l'exocol.

E. Toucher vaginal :

Patiente doit être détendue. Si vierge :examen impossible

La vessie et le rectum doivent être vides.

L'index et le médius du médecin doivent être protégés par un doigtier stérile à usage unique.

Il faut introduire les doigts dans le vagin selon un angle de 45° sur l'horizontale, l'avant bras et le coude doivent être dans le prolongement de la table d'examen. L'autre main abdominale "ramène" vers les doigts vaginaux le contenu viscéral pelvien afin de pouvoir examiner l'utérus.

Qu'est ce qu'on examine lors d'un toucher vaginal ? Le col utérin(position,consistance,volume), le cul de sac vaginal postérieur = de Douglas (presence d'une masse?), le corps utérin (position, forme), la face postérieure vessie

III. Pathologies gynécologiques

A. Cancer du col utérin :

Normalement, col rose ac orifice cervical au milieu. Le cancer utérin peut se voir à l'oeil nu: métrorragies provoquées, tumeur ulcérée du col. Si non visible à l'œil nu : frottis et colposcopie

B. Leucorrhées

Écoulements non sanglants provenant de la vulve, du vagin ou du col. Visibles au spéculum

Recherche de signes d'infections associées : fièvre, douleurs, métrorragie, prurit, troubles urinaires, dyspareunies

La présence de leucorrhées peut être **physiologique**: elles sont alors isolées, sans signe d'irritation, sans odeur nauséabonde et sans polynucléaires au prélèvement vaginal, et sont blanches.

Exemple :

1. **Candidose** : Blanc, inodore, épais, cailleboté, vulvite inflammatoire.

Transmission par contiguïté périnéale avec la sphère digestive

Facteurs favorisants : acidité vaginale, oestrogènes, antibiotique, corticoïdes, diabète

2. **Trichomonose** : Parasite. Jaune, fluide, malodorant, spumeux, vulvite inflammatoire, prurit vulvaire, saignements post-coïtaux, dyspareunies.

Transmission sexuelle

Facteurs favorisants : pH vaginal élevé, hypo oestrogénie

3. **Gonococcie** : Jaune, purulent, coulant du col ou des glandes. Irritantes, sexuellement transmissible

Risque de salpingite:l'infection se développe au niveau des trompes.

4. **Chlamydie** : écoulement banal, associé à douleurs pelviennes, dysurie, contexte de MST

5. **Infection bactérienne** : gris, homogène, malodorant, vulve un peu inflammatoire.

Exemple: Gardnerella vaginalis, Mycoplasma hominis,

C. Syndrome pré menstruel

Symptômes **physiques** (manifestations congestives oedémateuses, prise de poids), **psychologiques** (irritabilité, agressivité, dépression) et **comportementaux** (difficulté de concentration, fatigue, modif comportement alimentaire et libido) gênants, sans cause organique, survenant pendant la phase prémenstruelle et disparaissant ou régressant pendant le reste du cycle.

D. Autres motifs de consultation

- ❖ Troubles de la reproduction : stérilité, infertilité
- ❖ Troubles de la statique du petit bassin (pelvienne) : prolapsus génital, incontinence urinaire
- ❖ Douleurs pelviennes

IV. Pathologie mammaire

Particulièrement importantes, dominées par le cancer du sein

A. Examen des seins

Minutieux, bilatéral et comparatif.

Patiente nue jusqu'à la ceinture, assise mains posées sur les hanches et/ou couchée, les mains le long du corps puis derrière le tête.

+++ ne pas oublier examen des creux axillaires.

1. Inspection

On recherche:

Une asymétrie mammaire (fréquente)

Une modification du galbe

Une anomalie de surface : ride cutanée, peau d'orange, signes inflammatoires.

Une anomalie du mamelon : rétraction, déviation, surélévation.

Développement de la glande mammaire (taille des seins)

2. Palpation

Les 2 mains bien à plat, appuyant le sein contre le gril costal, à la recherche des contours d'un noyau.

Diviser le sein en 4 quadrants et palper chaque quadrants individuellement + ne pas oublier région axillaire

+ On recherche un écoulement mamelonaire par pression des mamelons.

Si nodule, préciser le nombre, consistance, sensibilité, contours, siège, taille, degré de mobilité

B. Tumeur bénigne du sein

Très fréquentes, le plus souvent hormono dépendantes

Interrogatoire = recherche facteurs de risques

L'examen des aires ganglionnaires axillaires est systématique.

Adénofibrome: nodule unique, lisse, régulier, mobile (sans adhérence), indolore et ferme. A l'écho : tumeur pleine, régulière, aux contours nets. Mammographie : noyau opaque homogène aux contours réguliers

Le kyste solitaire: nodule unique, régulier, mobile, sensible. L'écho confirme le caractère liquidien. Mammographie : opacité arrondie.

C. Tumeur maligne du sein

1 femme/10 a le cancer du sein. 1^{ère} cause de décès par cancer chez la femme.

Biopsie confondue avec la tumorectomie chirurgicale

Lors interrogatoire, recherche facteurs de risques : antécédants personnels et familiaux, existence cancers associés, antécédants de mastopathie bénigne, absence d'allaitement ou d'enfants, âge des premières règles et de la ménopause, oestroprogestatif, niveau socio-éco

Lors palpation, on peut détecter des signes évoquant un nodule malin: anomalie de surface, du mamelon (rétraction), nodule mal limité dur et adhérent.

Examens complémentaires:

1. Mammographie : examen de référence, bilatérale avec des incidences de face et de profil.

Image stellaire, mal limitée, microcalcification, adhérences, épaissement de la peau en regard.

2. Echographie : intérêt limité

3. Examen histologique : fait le diagnostic. Dès suspicion de malignité, biopsie confondue à la tumorectomie

V. Les grands pathologies gynécologiques

A. Fibromyome utérin

Tumeur développée au niveau du muscle utérin. N'évolue pas en cancer. Peut être sous-muqueux, sous-séreux, intramural. Le fibrome est soit pédiculé, soit sessile.

1. Anatomopathologie : Masse ferme, arrondie ou ovale, blanchâtre. Il est bien délimité par rapport au myomètre. Constitué de fibres musculaires lisses, entrelacées avec des brins de tissus conjonctifs.

Touche environ 30% des femmes, hormono-dépendants

2. Symptomatologie : Peut évoluer en hémorragie (62% des cas), sensation de pesanteur pelvienne, douleurs (40% des cas), troubles digestifs et urinaires, dysurie (12% des cas), leucorrhées, problèmes de reproduction,

Nécrobiose aseptique : le fibrome se nécrose à l'intérieur. Il ne s'infecte pas et reste à l'intérieur du fibrome. Très douloureux, injection antidouleurs et anti-inflammatoires voie veineuse.

3. Formes cliniques : 50 à 80% des fibromes sont asymptomatiques

Le diagnostic peut se faire par toucher vaginal, échographie, suspicion par examen au speculum, frottis cervicaux

Examens complémentaires : scanner, IRM, hysterosalpinographie, hystéroscopie.

4. Complications du fibrome : anémie, compression des organes de voisinage, torsion, nécrobiose aseptique, infertilité, saignements importants

B. Kystes de l'ovaire

Très douloureux, douleurs aiguës ou chroniques, avec torsion ou rupture de l'ovaire

C'est une tuméfaction pelvienne latérale séparée de l'utérus par un sillon.

Diagnostic à l'examen clinique puis échographie et IRM

1. Les différents types de kystes :

Les kystes **fonctionnels**: ce sont des kystes qui peuvent disparaître au bout de 2 mois.

Les kystes **organiques** : ils persistent et il faut les enlever. Contenu solide: kyste démoïde (on retrouve des tissus provenant du feuillet ectodermique comme des cheveux, des dents)

2. Torsion d'annexe : peut se tordre, ce qui provoque une ischémie de l'ovaire. Très douloureux. Opération en urgence pour détendre le kyste et éviter nécrose ovarienne.

C. Salpingite aiguë

Infection sexuellement transmissible, pas seulement localisée au vagin, peut remonter au niveau de l'utérus et des trompes.

Pas forcément symptomatiques, mais observation de séquelles a long terme : obstruction tubaire, infertilité, grossesse ectopique. Plus extrême, possibles douleurs pelviennes, fièvre, leucorrhées, douleurs pendant toucher vaginal, hyperleucocytose

A l'échographie, on peut voir les collections liquidienne. On peut détecter la salpingite seulement si il y a des complications au niveau des trompes, dans ce cas on devra faire une coelioscopie (traitement chirurgicale). Sinon, le traitement est seulement des antibiotiques.

D. Grossesse extra-utérine (GEU)

C'est la première cause de mortalité de la jeune femme.

1. Facteurs de risques

- Antécédents: de GEU, chirurgie tubaire, salpingites ou infection pelvienne, adhérences et chirurgie pelviennes, stérilisation tubaire
- Traitements en cours : PMA, microprogestatifs, stérilet, pilule du lendemain
- Autres : tabac

2. Symptomatologie

Présence de douleurs pelviennes non spécifique (90%).

Métrorragies noires sépia (60%).

Malaises, choc hypothermique, douleurs dans les épaules

Pendant l'examen clinique, on détecte: douleurs du cul de sac latéral ou cul de sac de Douglas ; des irritations péritonéale (70%): dysurie, douleur à la palpation abdominale (90%) ou douleur annexielle (80%) ; une masse annexielle (40%) : un utérus plus petit que ne le voudrait l'âge de la grossesse.

A l'écho, utérus complètement vide, on peut voir un épanchement dans le douglas La réaction de grossesse est positive. Si c'est une GEU rompue (qui a saigné) il faut opérer une urgence.