



# Sémiologie gynécologique

Réalisé par:

**Filali Mohamed**

# Sémiologie gynécologique

*Examen clinique*

*Examen gynécologique proprement dit*

*Analyse sémiologique des grands syndromes*

*Causes organiques | Causes fonctionnelles*

*Examen sénologique*

## Sémiologie clinique en obstétrique

# Examen clinique

## Anamnèse

- Étape importante de l'examen clinique
- But : Rechercher le motif de consultation
- Préciser les antécédents
- Décortiquer les signes fonctionnels
- Présentation : identité et fonction
- Identité de la patiente

## Motifs de consultation

- Hémorragies génitales,
- Algies pelviennes,
- Leucorrhées, Aménorrhées,
- Motifs sénologiques : nodule de sein / écoulement mamelonnaire / Mastodynie/adénopathies axillaires,
- Troubles sexuels,
- Infertilité,
- Ménopause : signes climatérique,
- Dépistage des cancers gynéco-mammaires,
- Autres: contraception, ptose d'organe (prolapsus génital), troubles urinaires ...

## ANTÉCÉDENTS

### ATCDs gynécologiques

Ménarche.

Cycle menstruel : Régularité/ Quantité/ Durée/ abondance / douleurs concomitantes.

Moyen de Contraception:

Type, Durée utilisation, Tolérance, Observance.

Rapports sexuels : Date des 1ers RS /Situation à risque : partenaire multiple.

Régularité du dépistage: Frottis cervico-utérin /Mammographie.

Notion d'infection génital à répétitions.

Femme ménopausée : Date de ménopause /traitement hormonal de la ménopause /Suivi sénologique.

### ATCDs obstétricaux

Parité / gestité.

Mode d'accouchement.

### ATCDs médico-chirurgicaux

ATCDs médicaux : diabète, d'obésité, d'hypertension, maladies thrombo-emboliques, Tuberculose.

Prise médicamenteuse.

ATCDs chirurgicaux : abdomen pelvis et périnée.

### ATCDs familiaux

Infectieux : Tuberculose.

Génétiques : Cancer de sein / Ovaire /colon .

# Examen gynécologique proprement dit

## CONDITIONS ET MATÉRIELS

-Un examen correcte suppose un local et un matériel adaptés.

### Matériels :

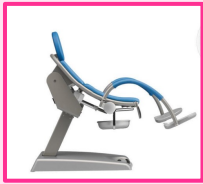


Table gynécologique



Lampe d'examen gynécologique

Speculums ( taille adaptée ): Instrument servant à examiner la partie interne de la filière génitale, Composé de 2 valves , Ecarter les parois vaginales. Permet de réaliser des prélèvements orientés. Usage unique (plastique) / stérilisable (métal) , existant en plusieurs tailles.



Collin



Cusco



Cusco

Doigtiers / gants

## 1 EXAMEN GÉNÉRAL

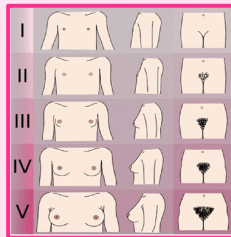
### **Étude du morphotype**

-La taille, le poids, l'aspect général de la patiente seront bien précisés.

### **Étude de la pilosité**

-Elle comportera l'examen des creux axillaires et de la pilosité pubienne.

**Présence du caractères sexuels ( stade de Tanner):**



### Pilosité pubienne:

P1 Absence de pilosité.

P2 Quelques poils longs sur le pubis.

P3 Pilosité pubienne au-dessus de la symphyse.

P4 Pilosité pubienne fournie.

P5 Pilosité s'étendant à la racine de la cuisse.

### Développement mammaire:

S1 Absence de développement mammaire.

S2 Petit bourgeon mammaire avec élargissement de l'aréole.

S3 La glande mammaire dépasse la surface de l'aréole.

S4 Saillie de le l'aréole et du mamelon sur la glande. Apparition d'un sillon sous- mammaire.

S5 Aspect adulte. Disparition de la saillie de l'aréole.

## 4 TOUCHER VAGINAL + PALPER ABDOMINAL

-Index et majeur de la main dominante.

-Autre main posée à plat en regard du pelvis.

-Les doigts prennent appui sur la fourchette vulvaire et se dirigent vers le col et les culs de sacs vaginaux.

### Permet d'explorer

-Le col et les CDS vaginaux. -Les annexes: normalement non perçues.

-L'utérus : taille mobilité et sensibilité.

Si perception d'une masses latéro utérine, préciser ses caractéristiques.

## 2 EXAMEN VULVE ET PÉRINÉE

Patiente en position gynécologique, vessie et rectum vide avec une luminosité adaptée.

### Inspection :

Orientation de la vulve /. Imprégnation hormonale  
Pilosity (Triangle à base supérieure )

### Écartement des lèvres:

Sillon inter labial /. Clitoris/. Méat urétral/ Vestibule / hymen

Rechercher :un écoulement ou masse ou lésion

**Examen inguino- génitaux**

## 3 EXAMEN SOUS SPECULUM

### Technique:

-Précède le TV.

-Mise en place indolore avec parfois une lubrification du speculum.

-Écartement des petites lèvres.

-Introduction verticale puis rotation de 90° tout en enfonçant le speculum fermé en direction de col.

-Écartement des deux valves à la recherche du col.

### Examen du col utérin

-Aspect de cône tronqué ( Museau de tanche).

-Rechercher une lésion ou une inflammation cervicale.

### Examen de vagin

-Examen des parois vaginales lors du retrait du spéculum.

*\*\*L'examen des seins constitue un temps important de l'examen gynécologique.*

Toute patiente doit bénéficier systématiquement de l'examen des seins

# Analyse sémiologique des grands syndromes

## Algies pelviennes

- Date et mode d'apparition.
- Rythme / cycle menstruel : prémenstruelle, protoméniale,
- Siège : hypogastre, Fosse iliaque; uni ou bilatérale, périnéale, lombaire.
- Irradiation : périnéale, crurale, lombaire, sacro coccygienne.
- Modalité d'évolution : intermittente, continue, paroxysmes.
- Durée d'évolution : Aigue / chronique.
- Type : pesant, tiraillements, torsion.
- Intensité.
- Signes associés : urinaires, digestifs ou tension mammaire.

### Algies pelviennes

Aigue	Chronique
-Gynécologique -Extra-gynécologique: Appendicite-PNAG	-Cyclique -Non cyclique

\*Penser à une GEU chez toute femme en période d'activité génitale

## Algies pelviennes aiguës

## Diagnostics à évoquer

### Menace d'avortement

Signes fonctionnels	Signes généraux	Signes physiques
-Douleur pelvienne -Retard de règles -Métrorragies	-T° /TA et FC: Normales	-Douleur hypogastrique « colique expulsive » -Saignement au TV d'abondance variable,

### Avortement

Signes fonctionnels	Signes généraux	Signes physiques
-Douleur pelvienne -Retard de règles -Métrorragies	-HypoTA -Tachycardie -Etat de choc	-Douleur hypogastrique « colique expulsive » -Saignement au TV d'abondance variable, -Produit de conception

### GEU rompu

Signes fonctionnels	Signes généraux	Signes physiques
-Retard de règles -Douleurs annexielles -Métrorragies +/-	-T° normale -HypoTA -Tachycardie -Etat de choc	-Sensibilité ou défense abdominale localisée ou diffuse -MLU au TV

### Torsion d'annexe

Signes fonctionnels	Signes généraux	Signes physiques
-Douleur pelvienne brutale -Nausées et vomissements	-T° /TA et FC: Normales	-Sensibilité localisée -TV : MLU

## Diagnostics à évoquer

### Infection génitale haute

#### Signes fonctionnels

-Leucorrhées fétides

#### Signes généraux

-T>38°

#### Signes physiques

-Sensibilité/ défense pelvienne  
-Leucorrhée fétide  
-TV douloureux

### Fibrome en torsion, nécrobiose

#### Signes fonctionnels

-Douleur intense, comme toutes les douleurs ischémiques.

#### Signes généraux

-T à 38-39 ° C, pâleur.

#### Signes physiques

-Sensibilité/ défense pelvienne

### Hémorragie kystique

#### Signes fonctionnels

-Elle se manifeste par une douleur pelvienne intense, latéralisée, d'installation brutale.

#### Signes généraux

-T° /TA et FC: Normales

#### Signes physiques

-retrouve une douleur provoquée latéro-utérine. Le toucher vaginal peut palper une masse latéro-utérine douloureuse.

### Rupture d'un kyste de l'ovaire

#### Signes fonctionnels

-Douleur pelvienne brutale  
-Nausées et vomissements

#### Signes généraux

-T° /TA et FC: Normales  
-FC : tachycarde si rupture hémorragique

#### Signes physiques

-Sensibilité abdomino-pelvienne diffuse

## Algies pelviennes chroniques

### Cycliques

-Dysménorrhées. -Idiopathiques  
-Sd inter menstruel -Sd prémenstruel  
-Endométriose -Malformations utero-vaginales

### Non-cycliques

-Complications des Infections génitales  
-Trouble de la statique pelvienne  
-Syndrome de Masters et Allen

## Leucorrhée

-Motif fréquent de consultation  
-Pertes non sanglants provenant de l'appareil génital : endocol, col, vagin; vestibule vulvaire  
-La démarche diagnostique face à ce symptôme doit d'abord distinguer les leucorrhées physiologiques des pathologiques

-En fonction de **l'anamnèse** et du **terrain clinique**, sur lequel surviennent ces leucorrhées pathologiques, on est orienté vers un germe plutôt qu'un autre.  
-**L'examen clinique** des leucorrhées sous spéculum à l'oeil nu permet également d'évoquer **un diagnostic** en fonction des caractéristiques des leucorrhées

### Interrogatoire

#### Les caractéristiques de l'écoulement :

-la couleur,  
-l'abondance,  
-l'odeur

#### Le caractère récent de cet écoulement :

#### Les signes fonctionnels d'accompagnement :

-le prurit vulvaire,  
-Brûlures mictionnels,  
-les métrorragies associées et/ou les douleurs pelviennes.

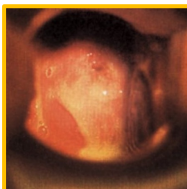
#### Les signes chez le partenaire.

## Leucorrhée physiologique

### **-Sans odeur, sans symptomatologie fonctionnelle, sans traitement**

-Les leucorrhées physiologiques proviennent :de la desquamation vaginale, responsable de leucorrhée laiteuse, peu abondante, opalescente, augmentant en période prémenstruelle ; de la glaire cervicale sécrétée par les cellules cylindriques de l'endocol qui augmente du 8e au 15e jour du cycle, translucide, cristallisant en feuille de fougère.

## Leucorrhée pathologique



### Leucorrhées à Trichomonas

+Signes fonctionnels : prurit vulvo-vaginal, brûlure mictionnelle ,dyspareunie ,douleur pelvienne basse, pertes liquides, abondantes verdâtres ou jaunâtres,odeur fade (plâtre frais)

+Signes physiques: **Vulve :** rouge, inflammatoire



### Leucorrhées mycosiques

+Signes fonctionnels : Pertes blanches , Prurit , dyspareunie  
+Signes physiques : Vulve + vagin rouge , enduit comme lait caillé

## Leucorrhée pathologique



### Gonorrhée

+Signes fonctionnels: Leucorrhée purulente +Dysurie +Brûlures mictions  
+Signes physiques: Ecoulement vaginal purulent, couleur jaune ou verdâtre  
**Urétrite partenaire**



### Leucorrhées à Chlamydiae

+Signes fonctionnels: Leucorrhée purulente, métrorragies dysuries  
+Signes physiques: cervicite muco-purulente, Vulvovaginite  
 Obstruction tubaire Stérilité  
**Urétrite du partenaire**

## Aménorrhée

### Primaire

-Il n'a jamais eu de menstruations ou si la ménarche n'est pas survenue à 16 ans.

### Secondaire

-Disparition des menstruation chez une femme antérieurement réglée depuis au moins 3 mois.

## Éliminer une grossesse

### Caractères sexuels secondaires absents

-Causes hypothalamo-hypophysaires  
 -Syndrome de Turner

### Caractères sexuels dissociés

-Hyperplasie congénitale des surrénale  
 -Tumeur virilisante de l'ovaire ou de la surrénale  
 -Ovaires polykystiques

### Caractères sexuels secondaires normaux

#### Douloureuse:

-Anomalie cervico-vaginale

#### Non douloureuse:

-Tuberculose génitale pré pubertaire  
 -Sd de Rokitanski-kuster-hauser  
 -Sd d'insensibilité aux androgènes ( testicule féminisant)

### Cause périphérique:

-**Utérine** : Synéchie, Sténose du col  
 -**Ovarienne**: Ménopause précoce, Syndrome des ovaires polykystiques

### Causes centrales:

-**Hypophysaire**: hyperprolactinémie, Sd de sheehan., Hypophysite auto-immune.  
 -**Hypothalamique**: Post pilule., Athlète de haut niveau, Anorexie mentale.

## Hémorragies génitales

Les hémorragies génitales sont des pertes de sang provenant de l'appareil génital féminin et extériorisées par l'orifice vulvaire.

## Saignements anormaux pendant les règles

- La durée des règles normales se situe entre 3 et 6 jours et leur abondance entre 50 et 80ml.
- Les règles sont abondantes les 3 premiers jours et moins abondantes par la suite
- Le sang normal des règles est incoagulable

### Les troubles de la durée:

#### Hypoménorrhée

Règles trop courtes < 3 jours

#### Hyperménorrhée

Règles trop longues > 7 jours

### Les troubles de l'abondance:

#### Oligoménorrhée

Règles trop peu abondantes.

#### Polyménorrhée

Excès d'abondance ( >150 ml/j )

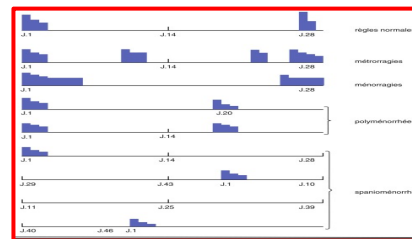
### Les troubles du rythme:

#### Pollakiménorrhée.

Règles trop fréquentes, rapprochées

#### Spanioménorrhée

Règles trop espacées



## Métrorragies

**Saignements en dehors des règles**  
 saignements se produisent durant le cycle menstruel, de façon irrégulière et à plusieurs reprises..

## Causes organiques

### Vulve+Vagin :

- Déchirures vulvovaginales,
- Infections (vaginites )
- Carcinomes vulvaires,
- Carcinomes vaginales

### Col de l'utérus :

- ectropion
- cervicite
- dysplasies
- Carcinomes

### Les annexes

- Tumeur ovarienne estrogénosécrétante
- Tumeur de la trompe.
- Salpingites

### Corps de l'utérus:

#### Tumeurs malignes

- Cancer de l'endomètre.
- Sarcomes

#### Pathologies bénignes

- fibromes
- adénomyose
- polypes
- Hyperplasie , atrophies endométriales
- Malformations artérioveineuses

#### Pathologie infectieuse

- endométrite

## Causes fonctionnelles

### Endogènes :

- Kyste ovarien sécrétant / dysthyroïdie
- Cycles anovulatoires suivant les ménarches ou à la périménopause

### Iatrogènes :

- Aggravant une cause organique : antiagrégant ou anticoagulant
- Par atrophie : Contraception oestro-progestatif, progestatifs, traitement hormonal de la ménopause .
- Par hyperplasie : tamoxifène / traitement hormonal de la ménopause : séquence progestative trop courte

## Examen sénologique

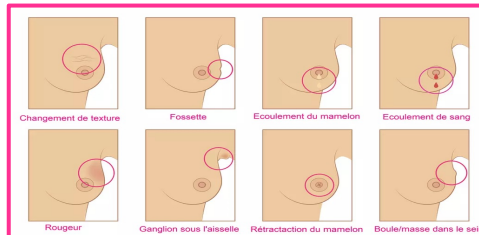
- Systématique
- Symétrique et comparatif
- Thorax nu
- Position : debout, assise , et décubitus dorsal
- Sein : 4 quadrants : **Supéro-interne / supéro-externe / inféroexterne / inféro-interne** , 5ème zone : **rétromamelonnaire**
- 3 étapes :**  
Inspection , Palpation , Aires ganglionnaires

### Inspection

#### Déformation :

Bombement/ Voussure/ Rétraction/ Tuméfaction générale du volume/ aspect de mamelon

Anomalies téguments : Rougeur/Peau d'orange



### Palpation

#### Technique :

- Mains bien à plat
- Compression de la glande mammaire sur le grill costal quadrant par quadrant

#### Préciser les caractéristiques d'un nodule

- Taille et situation
- Consistance
- Contours
- Sensibilité
- Mobilité par rapport au plan superficiel (peau) et profond (paroi)
- Anomalies en regard

#### Presser le mamelon : écoulement

- uni ou multipore
- Natures sanglant, séro-sanglant, purulent; lactescent.

### Examen Aires ganglionnaires

#### Axillaire :

- Nombre ADP, taille, mobilité par rapport au plan profond

#### Sus-claviculaire :

- Nombre ADP, taille, mobilité par rapport au plan profond

#### **Toute anomalie doit aboutir à la réalisation d'un schéma :**

- Précis , Daté , Qui précise la localisation de la lésion ( quadrant, rayons horaires, distance par rapport au mamelon )
- Taille
- Caractéristiques
- Éventuelle anomalie cutanée
- Les adénopathies et leurs localisations



# Sémiologie gynécologique

## Sémiologie clinique en obstétrique

Anamnèse  
Examen clinique  
Motifs de consultation

# Introduction

## Définitions

**Obstétrique:** spécialité médico-chirurgicale qui prend en charge la grossesse et l'accouchement.

**Grossesse :** état physiologique, résultat de la fécondation, nidation de l'œuf fécondé dans la cavité utérine et développement du fœtus (maturation et croissance).

**Accouchement :** ensemble des phénomènes qui aboutissent à l'expulsion, par les voies naturelles, d'un ou de plusieurs fœtus matures ou viables .  
Modifications importantes de l'organisme maternel au cours de la grossesse et de l'accouchement.

## Objectifs de l'examen clinique en obstétrique

- Mener correctement un interrogatoire.
- Reconnaître les motifs de consultation les plus fréquents en obstétrique.
- Reconnaître les Particularités de l'examen clinique en obstétrique.
- Dépister les grossesses à haut risque.

# Anamnèse

## Objectifs

- Entretien avec la femme/couple
- Climat de confiance: intimité de la patiente
- Dépister les grossesses à haut risque
- programmer le suivi de la grossesse

## Grossesse actuelle

- Spontanée ou induite.
- Date des dernières règles. (Pour dater les grossesses)
- Nombre de consultations.
- Nombre des échographies obstétricales.
- Bilans biologiques effectués.
- ATCDs d'hospitalisation (motif et traitement reçu )
- Groupage RH si déjà fait.

## Identification de la patiente

- Nom ,prénom de la parturiente
- Age.
- Profession.
- Statut matrimonial.
- Adresse.
- Couverture sociale.
- Consanguinité (préciser le degré de consanguinité)

## Motif de consultation

### En dehors de l'urgence

- Diagnostic de grossesse
- Consultations prénatales

### En urgence

- Douleurs pelviennes/contractions utérines
- Saignement
- Ecoulement Vaginal Non Sanglant
- Autres ( fièvre, diminution des mouvements actifs fœtaux, anomalies de la hauteur utérine...)

## Antécédents

### Antécédents médicaux

- Maladie chronique (HTA, diabète, cardiopathie, maladie de système, accidents thrombo-emboliques, ATCD d'ictère ...)
- Prise médicamenteuse.
- Allergie.
- Etat vaccinal

### Antécédents toxiques

- Tabagisme
- Alcool, Autres....

### Antécédents chirurgicaux

Chirurgie abdomino-pelvienne , et du périnée (date, geste réalisé, suites post op)

### Antécédents obstétricaux

- Gestité** : nombre de grossesses (y compris les avortements et les GEU).
- Parité** : nombre d'accouchements > 22 SA( **car après 22SA,le fœtus est viable**)
- Déroutement** des grossesses et complications éventuelles.
- Mode et terme des accouchements.
- poids de naissance.
- Nombre :enfants vivants / morts nés / nouveaux nés avec malformation/ nombre de nouveaux nés décédés avant 28 jours de vie.(**car avant 28 j, l'infection est la cause de mortalité**)
- Déroutement du dernier accouchement ( date ,mode, et lieu d'accouchement)
- Si césarienne: compte rendu, date, terme , complications.....
- post-partum( hémorragie, infection...).

# Examen clinique

## Examen général

### Examen obstétrical:

- inspection générale
- palpation abdominale
- Mesure de la hauteur utérine
- recherche des bruits du cœur fœtal
- inspection de la vulve
- Examen au speculum
- Toucher vaginal
- Examen des seins

### •Etat de conscience.(échelle de glasgow)

•**Poids** : à chaque consultation, la prise de poids doit être harmonieuse, si prise de poids importante chercher une étiologie (diabète, prééclampsie..) (normalement le poids ne doit pas dépasser 1kg/mois)

### •Taille.

### •IMC .

### •TA

•**Conjonctives**: pâleur, ictère...

## Matériels

- Table d'examen (pour permettre la position gynécologique)
- Tensiomètre
- Toise
- Balance
- Mètre ruban
- Bandelettes urinaires
- Stéthoscope de pinard/sonicaid
- Gants/doigtiers
- Speculum

## Bandelletes urinaires

(protéines, leucocytes, nitrites..)

**Nitrites**: marqueurs d'infection urinaire qui peut être asymptomatique (l'infection peut être la cause d'accouchement prématuré)

**Protéines**: marqueurs de prééclampsie si la TA élevée

## Inspection générale

-**Debout et à la marche**: boiterie, asymétrie des membres inférieurs, scoliose....

(patiente qui n'est pas candidate d'accoucher par voie basse)

-**Etat des membres inférieurs**: œdème, varices, gonflement, rougeur (si rougeur risque de thrombophlébite et donc nécessité d'échodoppler)

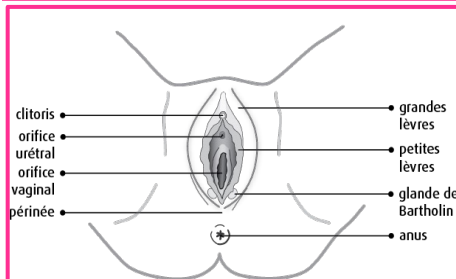
-**Signes cutanés**: Purpura(risque de thrombopénie )/ecchymose/éruption/lésions de grattage, circulation collatérale....

-**Cicatrice abdomino-pelvienne**.

-**Inspection de la vulve** : recherche de vulvo-vaginite, cicatrice d'épisiotomie, herpes, condylomes, varices vulvaires...

-**Région anale**: hémorroïdes, distance Ano vulvaire.

## Inspection de la vulve



## Palpation abdominale

- Utérus souple ou contracture.
- Axe et type suspecté de la présentation
- chaque consultation à partir du 6ème mois

## Recherche des bruits du cœur fœtal

A chaque consultation à partir de 16 SA  
Normalement réguliers, entre 120 et 160 bpm

## Mesure de la hauteur abdominale

-A chaque consultation à partir du **4<sup>ème</sup> mois**  
Un mètre ruban que l'on place entre le bord supérieur du pubis et le fond utérin et on mesure la distance.

### HU théorique:

**4x nombre de mois** ( 4<sup>ème</sup> au 7<sup>ème</sup> mois)

**2cm en plus** du 8<sup>ème</sup> au 9<sup>ème</sup> mois

Exemple: 5<sup>ème</sup> mois:  $4 \times 5 = 20$  cm.

9<sup>ème</sup> mois:  $7 \times 4 = 28 + 2 + 2 = 32$  cm

**HU mesurée** doit être à 2cm près de la HU

théorique

Si excessive: macrosomie (gros bébé par rapport à la normale), grossesse multiple, hydramnios, erreur du terme.

Si diminuée: retard de croissance intra-utérin, oligoamnios, erreur du terme



Stéthoscope de PINARD



Sonicaid

## Examen au speculum

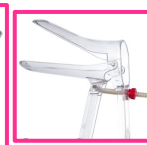
Non systématique au delà du 1<sup>er</sup> trimestre

Indication: saignements, pertes inhabituelles

- Aspect du col : TI violacé, glaire coagulée, ectropion
- écoulement, aspect de la poche des eaux si col ouvert
- Orifice cervicale: punctiforme/transversale/museau de tanche
- Stigmates d'infection
- Réalisation de FCU au 1<sup>er</sup> trimestre si pas à jour



Speculum de Cusco



Speculum jetable

# Examen clinique

## Toucher vaginal

**1<sup>er</sup> trimestre :** Utérus augmenté de taille, consistance du col, longueur et ouverture.

**2-3 trimestre :** Non systématique, réalisé si contractions utérines douloureuses ou déclenchement du travail éventuel

A éviter si saignement, ou écoulement vaginal non sanglant (le TV est contre indiqué en cas de saignements car risque de placenta bas inséré, il est contre indiqué si écoulement car cet écoulement peut être dû à une rupture des membranes amniotique prématurée et donc risque d'infection pour le fœtus)

Le toucher vaginal doit renseigner sur:

- **La position du col:** postérieur, centré, antérieur
- **La consistance du col:** tonique, intermédiaire, souple
- **La longueur du col:** long, mi-long, court, effacé
- **Ouverture du col:** fermé, ouvert (en cm).
- **Hauteur de la présentation:** haute, amorcée, fixée ou engagée

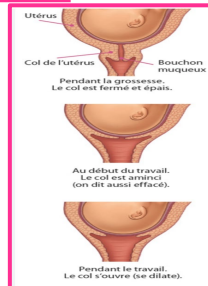
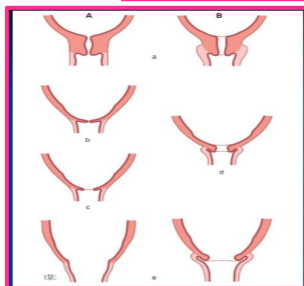
BISCHOP	0	1	2	3
<b>Dilatation du col</b>	Fermé	1-2 cm	3-4 cm	> 5 cm
<b>Effacement</b>	Long 0-30%	Mi-long 40-50%	Court 60-70%	Effacé 80%
<b>Consistance</b>	ferme	Moyenne	molle	
<b>Position</b>	post	Centrale	ant	
<b>Présentation</b>	Haute et mobile	Appliquée	fixée	engagée

**Score > 6:** col favorable, déclenchement possible par ocytocine

**Score < 6:** non favorable, maturation nécessaire

Réalisé par: **Filali Mohamed**

## Modifications du col



## Examen du bassin

### Le détroit supérieur:

-Si le promontoire est accessible, ceci peut témoigner d'un rétrécissement du DS.

Latéralement, les lignes innommées ne sont normalement parcourues que dans les  $\frac{2}{3}$  antérieurs de l'arc.

### L'excavation pelvienne:

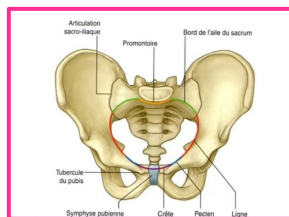
-Appréciation de la concavité sacrale.

-Recherche épines sciatiques et appréciation de saillie.

### Détroit inférieur:

-Mesure du Ø bi-ischiatique.

-Appréciation de l'arcade pubienne, étroite ou large



## Examen des seins

- Au moins une fois en début de grossesse
- Recherche: anomalie du mamelon, un nodule, une adénopathie axillaire ou un écoulement mammaire.
- Très important pour le dépistage du cancer du sein.
- Préparation à l'allaitement

## Examen somatique complet

## Grossesse normale

= C'est une grossesse qui s'est déroulée sans complications ou avec faible niveau de risque et qui a permis de donner naissance à un nouveau-né en bonne santé.

Durée normale: entre 266 et 293 jours (37 et 41 SA).

Entre 22 et 37 SA : menace d'accouchement prématuré  
Si > 41 SA : grossesse prolongée

## Grossesse à haut risque

-Grossesse durant laquelle la mère et/ou le fœtus courent un risque plus élevé de morbidité ou de mortalité = risque maternel, fœtal ou materno-fœtal

### -Exemples:

- HTA et grossesse (risque materno fœtal)
- Diabète et grossesse (risque materno fœtal)
- Grossesses multiples
- Cardiopathie et grossesse (risque surtt maternelle)
- Grossesse prolongée (le risque est surtt fœtale car le placenta se calcifie après 41 SA)
- Iso-immunisation (rhésus)

# Motifs de consultation

## Diagnostic de grossesse

-**Diagnostic**= clinique++

**Interrogatoire:**

**Signes fonctionnelles**( nausée, vomissements, sialorrhées, troubles de sommeil...)

**Arrêt de règles:** retard de règles(<3mois),aménorrhée secondaire(>3mois)

**Examen clinique:**

-augmentation de la taille de l'utérus au TV

-Examens paracliniques réservés aux situations inhabituelles

## Contractions utérines

**Signes fonctionnels:**

-Douleurs au niveau du dos irradiant vers bas ventre, régulières, de plus en plus fortes, de plus en plus rapprochées et ne cèdent pas à la marche, aux changements de position et aux antalgiques classiques.

**Signes physiques:**

-Durcissement intermittent de l'utérus à la palpation  
-Modifications cervicales au toucher vaginal.  
-Parfois écoulement vaginal associé.

## Écoulement vaginal non sanglant

Rupture prématuré des membranes

Hydrorrhée

Leucorrhée

## Suivi pré-natal

Au Maroc, il est recommandé de réaliser 4 consultations prénatales au cours d'une grossesse non compliquée.

## Métrorragie au cours de la grossesse

**Examen général pour évaluer le retentissement :**

▪ TA, pouls, Fréquence respiratoire, BU, température.....

**Examen obstétrical:**

▪ Pas de toucher vaginal avant échographie  
▪ Mesure HU  
▪ BCF (**bruit cœur foetal**)  
▪ Examen au spéculum

**Causes obstétricales:**

## Anomalies des bruits cardiaques fœtaux

-En dehors des contractions (**au cours des contractions, il ya bradycardie chez le fœtus**)

-Normalement réguliers, entre 120 et 160 bpm.

-Bradycardie si <120

-Tachycardie>160

-**Etiologies:** asphyxie périnatale ,hématome retro placentaire, infection.....

Trimestre	Mois	
Premier	1	<b><u>1<sup>ère</sup> consultation:</u>12-13</b> semaines d'aménorrhées
	2	
	3	
Deuxième	4	<b><u>2<sup>ème</sup> consultation:</u>22-24 SA</b>
	5	
	6	
Troisième	7	<b><u>3<sup>ème</sup> consultation:</u> 32-34 SA</b> <b><u>4<sup>ème</sup> consultation:</u> 9mois</b>
	8	
	9	

### 1<sup>er</sup> trimestre

-Grossesse extra utérine  
-Grossesse intra utérine  
-Avortement ( spontané ou provoqué)  
-Môle hydatiforme  
(**saignements avec vésicules**)

### 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestre

-Bouchon muqueux  
-HRP (hématome rétro placentaire)  
-Placenta preavia (placenta bas inséré diagnostiqué pat échographie)  
-Rupture utérine

*En fonction des problèmes dépistés et des antécédents de la patiente, une surveillance plus étroite peut être nécessaire*