

# SÉMIOLOGIE GYNÉCOLOGIE

## I) L'interrogatoire :

### A) Motif de consultation :

- > Sont de 3 types de motifs : évident, confus, volontairement camouflé
- > Les plus fréquents : douleur, hémorragie génitale, leucorrhée, aménorrhée, trouble sexuels

### B) L'identité de la patiente :

- > Age, Niveau socio-économique, Profession, Adresse

### C) Les ATCDs :

- > Personnels : gynécologiques, obstétricaux, médicaux, chirurgicaux, méthodes contraceptives utilisées, médicaments utilisés
- > Familiaux : maladies infectieuses, maladies génétiques, maladies générales

### D) L'analyse des différents symptômes :

- > **La douleur** : date, modalités, rythme, type, siège, irradiation, signes accompagnateurs

-> **Cycle normal** : 28 jour (25 - 30), 1er jour du cycle est le 1er jour des règles, flux sanguin 80 - 100 ml/j et + abondant les 2ers jours, le sang des règles est : rouge sombre, fluide, incoagulable, d'odeur fade, n'irritant par la vulve

- > Troubles du cycles :

- **Aménorrhée** : absence totale des règles, primaire (jamais) ou secondaire (pas eu depuis 3 mois)
- **Hypoménorrhée** : règles trop courtes (< 3 jours)
- **Hyperménorrhée** : règles trop longues (> 7 jours)
- **Oligoménorrhée** : très peu abondante
- **Polyménorrhée** : excès d'abondance (> 150 ml/j)
- **Pollakiménorrhée** : trop fréquente, trop rapprochées avec cycle court
- **Spanioménorrhée** : trop espacées avec cycle long
- **Dysménorrhée** : douleur pelvienne et/ou lombaire souvent à l'occasion des règles, primaire (dès les 1ers règles) ou secondaire (tardivement)
- **Syndrome prémenstruel** : tension mammaire + météorisme abdominal + trouble neurovégétatif (nausées, vertiges..)
- **Syndrome inter menstruel** : saignements légers au 14ème jour du cycle + douleurs annexielles

- > Les saignements génitaux :

- **Ménorragies** : règle très abondante et longues
- **Métrorragies** : saignements survenant en dehors des règles
- **Ménométrorragies** : associant des saignements au moment des règles et en dehors des règles

- > Troubles sexuels :

- **Vaginisme** : Contracture involontaire du vagin (pénétration impossible)
- **Dyspareunie** : douleurs lors des rapports sexuels, superficielle (fin de l'intromission et pendant le rapport, disparaît après) profonde (pendant le rapport voir après)
- **Frigidité** : absence de plaisir lors d'un rapport sexuel

- > Troubles mammaires :

- **Tension mammaire prémenstruelle**
- **Mastodynies** : douleurs mammaires
- **Écoulement** : séreux, sanglant, purulent ou lacté (= galactorrhée)

- > Autres symptômes accompagnateurs :

- **Troubles urinaires** (incontinence urinaire, brûlures mictionnelles, pollakiurie, fuite urinaires)
- **Troubles rectaux** (incontinence anale, constipation, ténésme)

## **II) L'examen clinique :**

### **-> Examen général :**

- Poids, taille, morphotype, répartition graisseuse, pilosité, courbures physiologiques, marche

### **-> Examen de l'abdomen :**

- Position : en décubitus dorsal, membre inférieurs allongés puis repliés
- Inspection : pilosité, état des téguments et tissus, cicatrices, ombilic, voussure, déformation, ...
- Palpation : mains chauffées bien à plat, à la recherche d'une anomalie (siège, volume,...)
- Percussion : délimiter la zone de matité (ascite, kyste ovarien volumineux, ...)
- Auscultation : bruits cardiaques fœtaux chez la femmes enceintes

### **-> Examen de la vulve :**

- Position gynécologique, avec vessie et rectum vides
- Orientation de la vulve, degré de développement et d'imprégnation hormonale
- Etat des téguments et répartition de la pilosité (normalement triangulaire à base supérieure)
- Ecarter les grandes et petites lèvres pour examiner : le sillon interlabial, le clitoris, le méat urétral, l'orifice vaginal (= vestibule), hymen
- Rechercher un écoulement (glandes de Skène et Bartholin), l'existence de cicatrices périnéales, la distance ano-vulvaire, plis cruraux et inguino-génitaux

### **-> Examen au spéculum :**

- Sa mise en place doit être indolore, sans lubrifiant
- Il doit toujours précéder le toucher vaginal
- Permet de réaliser le frottis cervico-vaginal, et l'hystérométrie
- Examine le vagin, le col utérin, préciser l'état de la glaire cervicale

### **-> Col utérin :**

- Aspect : cône tronquée avec orifice externe soit petit et circulaire (chez la nullipare) soit allongé transversalement (chez la multipare)
- Chercher : état de la glaire cervicale, leucorrhée, lésion cervicale ou inflammation (exocervicite), ectropion, polype, lésion ulcérée saignante, tumeur végétante...

### **-> Examen des touchers pelviens :**

#### **-> Toucher Vaginal TV :**

- Main gauche : posé à plat sur la paroi abdominale en regard du pelvis
- Main droite : 2 doigt (index et majeur)
- Permet d'explorer : col, culs de sac vaginaux, utérus (taille, mobilité, sensibilité), annexes (Anormalement perçu), releveurs de l'anus latéralement

#### **-> Toucher rectal TR :**

- Systématique
- Permet d'explorer : face post utérine, cul de sac de Douglas, paramètres, cloison recto-vaginal, **muscle releveur de l'anus**

### **-> Examen des seins :**

- Systématique pratiqué quelque soit le motif de consultation
- Réalisé de façon symétrique et comparative
- Thorax nu : position debout -> assise -> décubitus dorsal : bras le long du corps puis relevés
- Inspection : voussure, méplat, tuméfaction, augmentation générale du volume du sein, inflammation localisée ou généralisée, rétraction du mamelon,
- Palpation : main bien à plat en comprimant le sein sur le grill costal quadrant par quadrant
- Rechercher un nodule (+ fréquent) et préciser : taille, situation, limites, sensibilité, mobilité, ...
- Rechercher un écoulement (uni ou multipares, couleur, ...) en pinçant le mamelon
- Examen systématique des aires ganglionnaires axillaire et sus-claviculaire, homo/controlatérales

### III) Les investigations :

#### 1) Examen bactériologiques des sécrétions vaginales :

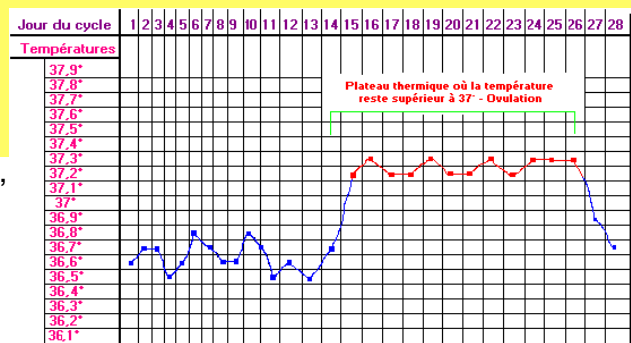
- > Vulvo-vaginite : inflammation (type infection) de la muqueuse vaginale, ses 2 signes cliniques :
  - Leucorrhées
  - Irritation vulvo-vaginale
- > Flore vaginale normale :
  - Polynucléaires non altérés en petit nombre
  - Flore de Döderlein abondante
  - Quelques levures et germes communs sans prédominance
- > Pour rechercher l'étiologie de l'infection :
  - Prélèvement vaginal : permet de différencier entre les types d'infections (bactéries, parasites...)
  - Quantité, couleur, odeur des pertes, dysurie associé, brûlures mictionnelles, prurit vulvaire, douleur vulvo-vaginales, date des 1ers symptômes
- > Matériel : MO, Lame et lamelles, écouvillons, sérum physiologique, potasse a 5 et 10% KOH
- > Mode opératoire :
  - Examen direct entre lame et lamelle nécessitant 2 étalement sur lame
  - Examen au laboratoire

#### 2) Etude la glaire cervicale + Test de Huhner :

- > Glair cervicale :
  - Rôle de filtre, varie sous l'influence des stéroïdes du cycle, sécrétée par les cellules muqueuse de l'endocol de façon maximale pendant l'ovulation (200 - 700 mg/j) sinon > 60 mg/j
  - Hydrogel complexe, formé de :
    - Phase liquide : eau (95%), polysaccharides, oses, AA, protéines, enzymes, sels minéraux
    - Phase solide : glycoprotéines à structure filamenteuse formant un réseau de maille qui s'élargie en période pré-ovulatoire (plus perméable aux spz) et se resserrent en post-ovulatoire
  - Examen de la glaire :
    - Se fait en période pré-ovulatoire, en position gynécologique avec spéculum
    - Score d'Insler est évalué par (0-12) l'abondance, l'aspect, la filance, test de cristallisation, pH

#### -> Test de Huhner :

- Evaluation de l'interaction sperme - glaire cervicale
- Utilisé dans l'exploration du couple infertile
- Conditions :
  - Prélèvement 12h après un rapport sexuel
  - Précédé d'une abstinence sexuelle de 3j
  - Réalisé le 12-14ème j du cycle
  - Etude au MO
- Test négatif : moins de 5, voir aucun spz/champ, spz immobile ou mobile sur place
- Test pauvre : spz peu mobile
- Test positif : plus de 5 spz mobiles/champ



Courbe ménothermique normale

#### 3) Courbe ménothermique CMT :

- > Moyen simple d'exploration du cycle
- > Action hyperthermiante de la progestérone reflète l'ovulation et la formation du corps jaune
- > Indication : bilan de stérilité, trouble fonctionnels du cycle, aménorrhée, diagnostic grossesse (plateau thermique prolongé sur 18 - 20j)
- > Réalisation : le matin au réveil, avant le lever, à heure fixe et reportée sur une courbe, par voie rectale ou vaginale avec le même thermomètre médical pendant au moins 3 cycles (mois)
- > Sa valeur est modifiée par des épisodes fébriles
- > Courbe plate monophasique (hypothermique) => témoigne de l'absence d'ovulation
- > Courbe bi-phasique anormale : décalage progressif ou tardif, plateau normal ou irrégulier
- > Attention ! La normalité de la courbe n'est pas toujours la preuve de la qualité du corps jaune

#### **4) Frottis cervico-vaginal FCV :**

- > Examen facile pratiqué dans le dépistage de masse ou individuel du cancer du col utérin
- > Prélèvement cytologique de la jonction endo-exocol, à la recherche de dysplasie ou néoplasie intra-épithéliales orientant vers un cancer épidermoïde invasif du col
- > Indiqué chez toute femme ayant des rapports sexuels (25 - 65 ans)
- > Réalisé tous les 3 ans (après 2 FCV normaux réalisés à 1 an d'intervalle)
- > Conditions :
  - Absence d'infection génitale
  - En dehors des règles ou d'autres saignements
  - Loin de toute médication intra-vaginale
  - Pas de rapport sexuel la veille
  - Pas de toilette matinale
  - Avant le toucher vaginal
- > Spéculum en place sans lubrifiant, puis est étudié et bien interprété par des cytologistes sur étalement, fixation immédiate et identification des lames
- > Le FCV peut relever des anomalies bénignes (inflammation...) voir plus sévères (koilocytes)

#### **5) Colposcopie :**

- > Examen à la loupe binoculaire de la muqueuse cervicale et la vascularisation du TC sous jacent
- > Indispensable devant un frottis anormal pour localiser la lésion du col et y pratiquer une biopsie
- > 3 principes : Examen sans préparation, Test à l'acide acétique à 3 ou 5%, Test au lugol
- > Réalisé le 8 - 12ème j du cycle (si la femme est ménopausée => TTT par oestrogène 10j avant, pour extérioriser la zone de jonction et la rendre plus facilement visible)
- > Permet d'explorer : la zone de transition du col utérin, l'exocol, le vagin
- > Établit une cartographie précise des lésions du col utérin invisibles à l'oeil
- > Indications : d'emblée si l'examen clinique à l'oeil nu suspecte des anomalies nécessitant l'exploration, FCV anormal, surveillance de lésions déjà mise en évidence et traitées

#### **6) Echographie pelvienne :**

- > Examen de 1ère intention : facile à réaliser, richesse des info, innocuité et faible cout, invasif
- > Indications : anomalie du cycle, hémorragie génitales, douleurs pelviennes, stérilité, ...
- > Renseigne sur la malignité ou bénignité des tumeurs ovariennes
- > Montre un épanchement en cas de grosses extra-utérine GEU rompus
- > Se réalise :
  - Durant les règles (kyste ovarien)
  - En fin de phase folliculaire (polype intra-cavitaire)
  - Durant la phase péri-ovulatoire (infécondité ou douleur inter-menstruel)
  - En fin de cycle (hypertrophie de l'endomètre, malformations utérine, retentissement intra-cavitaire d'un léiomyome utérin)
- > 2 voies complémentaires : abdominale (vessie pleine) et vaginale (vessie vide)
- > Voie abdominale : repérer l'axe utéro-vaginal, situer l'utérus sur coupe longitudinale médiane puis des coupes transversales voir frontales, puis les annexes par balayage transversal ascendant
- > Voie vaginale :
  - Avantages : Réplétion vésicale inutile, meilleure définition, pas de gêne d'adiposité pariétale, cicatrices et rétroversion utérine
  - Inconvénient : hymen intact, patiente non coopérante, étroitesse du champ (largeur/profondeur)
  - Utérus antéversé : sonde dans le cul de sac antérieur
  - Utérus rétroversé : sonde dans le cul de sac postérieur
  - Utérus en position intermédiaire : basculer l'utérus en abaissant/soulevant le col avec la sonde
  - Pour les ovaires, la sonde est placé dans le cul de sac latéral correspondant

#### **7) Hystéroultrasonographie :**

- > Echographie endovaginale avec accentuation du contraste EVAC par injection dans la cavité utérine du sérum physiologique
- > Performances proches de l'hystéroscopie, peu onéreuse, peu invasive, simple, bien toléré
- > Technique récente donc peu diffusée

-> Indications : bilan d'infertilité ou de ménorragies/métrorragies, suivi de patiente à risque de pathologie endométriale (HTA...), épaisseur endométriale > 5mm chez une femme ménopausée  
 -> Contre-indication: pathologie inflammatoire du pelvis, test grossesse +, néoplasie endométriale  
 -> Modalité de l'examen : décubitus dorsal, vessie vide, position gynécologique, 8 - 12j du cycle, désinfection du col, cathéter avec quelques ml de sérum physiologiques, sonde endovaginale, (le spéculum sera retiré après la mise en place de la sonde)

### **8) Hystérosalpingographie HSG :**

-> Radiologie de l'utérus et les trompes par l'injection dans la cavité de produit de contraste  
 -> Réalisée en phase folliculaire, 8-12j du cycle (phase lutéale : risque infectieux, bad quality, ...)  
 -> Utilisation substances hydrosolubles à 25% d'iode (image détaillé, bien toléré, éliminé 30 min)  
 -> Nécessite 5 incidences = clichés  
 -> Fait partie du bilan d'infertilité (nécessaire dans le cadre d'infertilité tubaire)  
 -> Permet l'exploration indirecte de la cavité endométriale  
 -> Peut diagnostiquer : synéchie utérine, tuberculose génitale, fibrome utérin, utérus didelphe  
 -> Examen sans préparation, cliché de remplissage (complet), de profil, d'évacuation, de contrôle  
 -> Contre-indications : test de grossesse positif, infection génitale (évolutive/mineure), métrorragies abondante, retard des règles (du potentiellement à la grossesse)  
 -> Indications :  
 • Hémorragie génitales : ménorragies, métrorragies (post-ménopausiques), ménométrorragies  
 • Infécondité : anomalies de l'utérus, des trompes, algies pelviennes chroniques, aménorrhées...

### **9) Hystéroscopie :**

-> Exploration endoscopiques de la cavité utérine et ostium tubaire (en évolution perpétuelle)  
 -> Peut être diagnostique ou opératoire  
 -> Se fait grâce à 2 types d'hystéroscopes : De contact, Panoramique (flexible ou rigide)  
 -> De contact : simple, pas de distension cavitaire utérine nécessaire, difficulté d'interprétation  
 -> Panoramique : nécessite l'optique, le fluide de distension, l'éclairage, de préférence en 1ère partie du cycle pour la femme non ménopausée (isthme ouvert, endomètre peu épais, plat), pour la femme ménopausée, s'il y a atrophie importante, préparer 8j avant avec Ethinyl-Oestradiol  
 -> Nécessite pour sa réalisation, une insufflation du sérum physiologique ou du CO2  
 -> Renseigne sur l'état de l'endomètre (atrophie ou hypertrophie)  
 -> Permet le diagnostique : polype utérin, synéchie utérine, fibrome utérin, **cancer de l'endomètre**  
 -> Permet le TTT des fibromes sous muqueux  
 -> Biopsie ou curetage biopsie dirigé (étude histologique)  
 -> Contre-indications : idem que l'hystérosalpingographie  
 -> Indications : Hémorragies génitales (ménorragies, métrorragies endo-utérine (post-ménopausiques), ménométrorragies), bilan d'infécondité, aménorrhée non gravidiques utérine

### **10) Coelioscopie diagnostique :**

-> Exploration endoscopique du contenu de la cavité péritonéale (organes abdominaux) distendu par un gaz (CO2) par un optique introduit par une petite incision sur la paroi en péri-ombilical  
 -> Permet de réaliser le test au bleu de méthylène (perméabilité des trompes)  
 -> Conditions : en milieu chirurgical sous anesthésie générale avec intubation, avec matériel endoscopique adapté, technique opératoire rigoureuse/méthodique, respect des contres indications, parfaite connaissance de l'anatomie (-pathologie macroscopique) et une mobilisation de l'utérus par une canule intra-utérine  
 -> Indications : infections génitales hautes (salpingites, annexite, pyosalpinx), grossesse extra-utérine GEU, kyste ovarien, bilan de stérilité, douleurs pelviennes (endométriose)  
 -> Contre-indication : cardiopathies décompensée, péritonite généralisé, hémopéritoine abondant

### **11) Tomodensitométrie TDM et Imagerie par résonance magnétique IRM :**

-> La TDM : distribution des différents coefficients d'atténuations des rayons X sur une coupe fine du corps, parfois contraste iodé, utile dans le bilan d'extension des cancer gynécologique

-> L'IRM :

- Interaction avec la matière d'un champ magnétique et d'ondes de radiofréquences, utilise des :
  - Séquences T1 longitudinales : image à fort contraste mais peu discriminative entre tissus
  - Séquences T2 transversales : très informatives sur la composition des tissus
- Indications : étude avancée du pelvis, exploration des seins denses, bilan d'endométriose
- Contre-indications : 1er trimestre de grossesse, maladie agitée claustrophobe, simulateurs cardiaques, prothèses valvulaires, clips neurochirurgicaux et vasculaires

## **12) La mammographie :**

- > Radiologie des 2 seins à l'aide d'un appareillage spécifique
- > Le cancer du sein est la cause de mortalité la plus fréquente de la femme entre 35 - 50 ans
- > Peut être réalisé à tout moment (éviter la période prémenstruelle) en position debout
- > Pour le dépistage : le cliché se fait médio-latéralement et oblique à 30°
- > Pour le diagnostique : 3 clichés :
  - de face cranio-caudal avec rayon vertical
  - de profil latéro-médial avec rayon horizontal
  - du prolongement axillaire oblique (région supéro-externe du sein)
- > NB : le mamelon doit se projeter en dehors du sein lors des clichés
- > Le sein est formé de 3 tissus :
  - Tissu glandulaire : (5%) n'est pas visible à la radiographie
  - Tissu fibreux : TC, harmonie architecturale divergentes du mamelon vers régions périphériques
  - Tissu adipeux : de remplissage, milieu de contraste radiologique du sein

### **Les images radiologiques :**

- > Opacités : (prolifération cellulaire tumorale, kyste, collection hématique/liquidienne)
  - Arrondies à contour régulier => kyste ou fibroadénome
  - Arrondies à contour irrégulier => cancer
  - Stellaire => cancer
- > Clartés : (tissu adipeux, arrondies, finement cerclées souvent bénignes)  
Lipomes, Hémartomes ou fibro-adéno-lipome, Nécroses adipeuses post-traumatique
- > Calcifications : (2 groupes)
  - Selon la taille :
    - Macro-calcification (> 0,5 mm, substances nécrotiques)
    - Micro-calcification (0,1 - 0,5 mm, pathologie bénignes ou maligne du sein)
  - Selon l'aspect :
    - ACR 1 : Normal
    - ACR 2 : Anomalie bénigne (pas de surveillance ni d'examen complémentaire)
    - ACR 3 : Probablement bénigne (surveillance à court terme 6 mois)
    - ACR 4 : Suspect de malignité
    - ACR 5 : Hautement suspect de malignité

## **13) Echographie mammaire :**

- > Indissociable de mammographie qu'elle complète
- > Intérêt : reconnaissance et évaluation des espaces liquides, guide aussi leur ponction
- > Aucune contre-indications, aucune préparation, aucune précaution
- > Examen anodin, simple, sans incident ni complication
- > Observation dynamique, en décubitus dorsal généralement
- > Indications : kystes et collections liquidienne, adolescente, fibro-adénome, cancer du sein, lésion non palpable pour exérèse ou prélèvement, surveillance d'un cancer du sein traité

### **-> Sémiologie échographique :**

- Tissu hypoéchogène (renvoie peu d'échogène) ou anéchogène (ne renvoie aucun échogène)
- Kystes : zone anéchogène, déformable, ovoïde, finement cerclée, nette, ...
- Fibroadénomes : réguliers, contraste moyen, contours nets non déformable
- Cancer du sein : zone hétérogène, irrégulière, atténuation postérieure



#### **14) Cytoponction mammaire :**

- > Faiblement invasif, rapide de faible cout
- > Exploration d'une masse non palpable ou non sous contrôle de l'imagerie stéréotaxique ou à l'évacuation d'un kyste
- > 2 mécanismes : passifs de capillarité (sans seringue) , actif de dépression (avec seringue en aspiration)
- > Complications (exceptionnelles) : saignements, hématome, réactions vagales, pneumothorax
- > Limites : taux élevé de prélèvement insuffisants, pas de diagnostic spécifique, pas d'invasion si cellules cancéreuses
- > Intérêt : Examen bien toléré, peu invasif et de cout faible
- > S'intègre dans le cadre du triplet diagnostique : clinique, imagerie et cytologie (éviter erreurs)

#### **15) Biopsie mammaire :**

- > Prélèvement d'un fragment de tissu mammaire en vue d'un examen histologique
- > Indications : Confirmation histologique et dosage des récepteurs hormonaux
- > Fragment jeune => tissu adipeux (sans valeur), aspect blanc-griastre => tissu à étudier
- > 2 autres types sont possibles : Biopsie radioguidée et biopsie chirurgicale

#### **16) Radiographie sans préparation de l'abdomen :**

- > Simple, intérêt quotidien, réalisé en présence de tout syndrome abdominal
- > Contre-indications : 1/3 trimestre de la grossesse
- > Indications : kyste dermoïde, corps étranger, algies/masses pelviennes, syndrome abdomino-pelviens aigus, avant chaque examen radiologique ou complémentaire
- > Intérêt : mettre en évidence les niveaux hydro-aériques
- > 4 Cliché : localisé, centré pelvis, centré couples diaphragmatiques, en oblique et en profil

#### **17) La ponction du cul-de-sac rectovaginal de Douglas :**

- > Simple, anodin continue, indiqué essentiellement en suspicion d'hémopéritoine (plus accessoirement l'abcès de Douglas ou l'étude bactériologique du liquide de Douglas)
- > Contre-indications : utérus rétroversé, masses pelviennes propagées ou fixée dans le Douglas
- > position gynécologique, pas d'anesthésie, spéculum ouvert, vagin désinfecté, ...

#### **18) Marqueurs tumoraux :**

- > Antigène onco-foetaux :
  - Antigène carcino-embryonnaire ACE : cancer colorectal mais pas spécifiquement
  - Alpha-foetoprotéine AFP : pathologie hépatique, tumeur à contingent vitellin (ovariennes)
  - Antigène placentaire : tumeur placentaire ou ovarienne à continent chorio-épithéliomateux
- > Antigènes tumoraux : (reconnus par des Ac monoclonaux)
  - CA15.3 : tumeur mammaire mais pas que, tumeurs maligne (ovaire) ou bénigne (foie, pancréas)
  - CA 125 : tumeurs épithéliales ovariennes (mais pas que : atteinte du sein, poumon, colon...)
  - CA 19.9 : cancers digestifs ou tumeurs ovariennes
  - SCC : carcinome du col utérin ou des cancers épidermoïdes en général (poumon...)

#### **19) Hormonologie sexuelle féminine :**

- > Gonadotrophine hypophysaire :
  - Dosages statiques de LH et FSH (varient selon l'âge et la période du cycle)
  - Test dynamiques : en stimulant l'hypophyse gonadotrope par la LHRH exogène (aménorrhée, infécondité, anomalie ovulatoire)
- > Prolactine :
  - Dosages statiques : à jeun (ou à distance des repas), repas allongé pendant 15min
  - Test dynamiques : administration de la TRH => Stimulation de la TSH => Stimulation Prolactine

-> L'HCG :

- Hormone de grossesse
- Dosage indispensable en cas de retard des règles
- Peut être élevé en cas de fausses couches

-> Dosage plasmatiques des œstrogènes :

- Estrogène 17B (E2) : méthode radio-immunologique ou immuno-enzymatique
- Estrone E1 : courbe suit celle de l'estradiol mais à des taux plus faibles
- Estriol E3 : hormone de la grossesse, sinon c'est le métabolite de l'estradiol et l'estrone
- NB : Le dosage urinaire des estrogènes est abandonné au profit des dosages plasmatiques

-> Dosage de la progestérone :

- Plasmatique : Indosable pendant la phase folliculaire, discrète élévation juste pré-ovulatoire, augmentation rapide après l'ovulation et reste en plateau 5-10e jr pour décroître en fin de cycle
- Urinaire : dosage du prégnandiol, moindre intérêt que les mesures plasmatiques

-> Dosage plasmatique des androgènes :

- Sécrétion de la testostérone et delta-4-androstenedione superposable aux oestrogènes
- Dosage réalisé en début du cycle
- Indiqué : hirsutisme, virilisme, perturbation du cycle, infécondité

## **IV) Symptômes les plus fréquents :**

### **1) Hémorragies génitales :**

-> Pertes de sang, provenant de l'appareil génital féminin, en dehors des règles normales

-> **Ménorragies** : augmentation de la durée et abondance des règles (règles anormales)

-> **Métrorragies** : hémorragies génitales survenant en dehors des règles

-> **Ménométrorragies** : saignements au moment des règles et en dehors des règles

#### **a) Diagnostique :**

-> 1er réflexe : rechercher une grossesse chez la femme non ménopausée

-> Gravité du saignement : pâleur, malaise, douleur vive, déséquilibre constantes hémodynamique

-> Interrogatoire : âge, ATCD (familiaux, médicaux, chirurgicaux, gynéco-obstétricaux), caractères du saignement (apparition, chronologie, ancienneté, abondance), signes d'accompagnement...

-> Examen clinique : général, abdomen, vulve et périnée, au spéculum, toucher vaginal et rectal

-> Examen complémentaire : échographie pelvienne +/- endovaginale (1er), bilan biologique, anapath (FCV, Biopsie), hystérocopie, prélèvement bactériologique cervico-vaginal, TDM ou IRM

#### **b) Etiologie chez la femme non ménopausée :**

-> Causes organiques :

- Adénomyose fragment d'endomètre dans le myomètre
- Pathologie de l'endomètre : hypertrophie de l'endomètre, polype muqueux, polype de l'endocol
- Pathologie du myomètre : fibromes sous-muqueux ou interstitiels
- Pathologie du col utérin cervicites, cancers
- Pathologie tubaire : salpingites
- Pathologie ovarienne : kyste ovarien ou tumeur sécrétante

-> Causes hormonales :

- Hémorragies inter-menstruelles

• Saignements pré-menstruels (insuffisance lutéale)

- Saignements post-menstruels (insuffisance oestrogénique)

-> Causes iatrogènes : pilule : oestro-progestatifs, progestatifs

#### **c) Étiologies des métrorragies chez la femme ménopausée :**

-> Cancer de l'endomètre (col, vulve, vagin, annexes)

-> Infections (vulvo-vaginales)

-> Absence de THS : Atrophie de l'endomètre post-ménopausique, Hyperplasie endométriale

-> Présence de THS : hyperplasie de l'endomètre, fibrome sous-muqueux ou endométriose



## **2) Leucorrhées :**

- > Ecoulements non sanglants provenant de l'appareil génital
- > Très fréquent, du généralement aux IST, son diagnostic est essentiellement clinique
- > Leucorrhées physiologiques :
  - Augmente en pré-ovulatoire et au cours de la grossesse
  - Isolées, sans irritation, ni odeur nauséabonde ni polynucléaire
  - Provient soit de la glaire cervicale abondante ou d'une desquamation vaginale excessive
- > Leucorrhées pathologiques :
  - Découverte : en post coïtale (IST, ,néoplasie cervicale), TTT ATB, diabète, corticothérapie
  - Interrogatoire : ATCD (médicaux, gynéco-obstétricaux), infos sur l'écoulement, signes associés
  - Examen physique : abdomen, vulve, spéculum, toucher pelvien, test à la potasse
  - Examen complémentaire : MO (pH, nombre de PN, lames), sérologies

-> Devant toute leucorrhée, réviser un : examen cyto bactériologique urinaire et vaginale

- > Etiologie :
  - Vulvo-vaginite :
    - Leucorrhées blanchâtres "lait caillé" avec prurit vulvo-vaginale : Mycoses (candidose)
    - Leucorrhées grisâtre avec prurit vulvo-vaginale : Gardnerella vaginalis Anaerobies
    - Leucorrhées verdâtres spumeuses doivent évoquer en 1er lieu : Trichomonas vaginalis
    - Leucorrhées Jaunâtres, purulentes doivent évoquer en 1er lieu : Gonococcie
  - Cervicite aiguës : Chlamydia et mycoplasme
  - Infections génitales hautes : endométrite, salpingite
  - Cas particuliers : corps étranger, oxyurose digestive, défaut d'hygiène, cancer utérin

-> Les signes évocateurs d'une mycose vulvo-vaginale :

- Leucorrhées blanchâtres
- Prurit vulvaire
- Brûlures mictionnelles
- Sensation de cuisson
- Dyspareunie
- Muqueuse vaginale rouge avec des dépôts blanchâtre

## **3) Aménorrhées :**

-> Absence d'écoulement menstruel en âge de règle, 2 types : primaires et secondaires

### **a) Aménorrhées primaires :**

- > Absence de règle chez une fille :
  - 2 ans après l'installation des caractères sexuels secondaires
  - Ayant 16 ans
- > Interrogatoire : ATCD (familiaux, personnels) signes accompagnateurs
- > Examen : général, gynécologique (vulve, spéculum, toucher vaginal, seins)

### **Etiologies :**

- > Caractères sexuels secondaire présents et normaux :
  - Mal formations utero-vaginales : Imperforation de l'hymen, Cloison transversales vaginales, Aplasie vaginales complètes ou partielles, Syndrome de Rokitanski-Kuster-Hauser : (aplasie vaginale et utérine et présence des trompes et ovaires)
  - Testicule féminisant : rareté pilositaire ambo-sexuelle, 2 hernies inguinales contenant testicule
  - Tuberculose génitale pré-pubertaire : Synéchies utérines
- > Caractères sexuels secondaire présent avec signes de virilisation :
  - Hyperplasie congénitale des surrénales
  - Tumeur : ovaire, surrénales
- > Caractères sexuels secondaire absents :
  - Retard pubertaire : Cancer nutritionnelles, Maladies chroniques
  - Impubérisme (rarement) : Ovariens, Hypothalamo-hypophysaire, Endocrinien

#### **b) Aménorrhées secondaires :** (+ fréquentes)

- > Absence des règles depuis plus de 3 mois chez une patiente déjà bien réglée
- > 1ère cause à éliminer : état de grossesse
- > Interrogatoire : installation, nature du cycle, prise médicamenteuse, ATCD gynéco-obstétricaux..
- > Examen clinique : recherche de 3 signes : gros utérus, masse annexielle, galactorrhée
- > Examen paraclinique : Test au progestatif (1er), dosage hormonaux (FSH, LH, Prolactine)
- LH et FSH élevés => atteinte de l'ovaire
- FSH normale => atteinte de l'utérus ou de l'hypothalamus
- FSH basse => atteinte hypophysaire

#### **Etiologie :**

- > Causes locales : grossesse (+ fréquent), synéchie, tuberculose génitale
- > Causes générales :
- Prolactine élevée : secondaire (iatrogènes, endocrinienne) ou primaire (adénome, idiopathique)
- FSH normal (ou bas) : psychologique, iatrogène, syndrome de Stein Leventhal ou Scheehan, ...
- FSH élevée : Ménopause (physiologique ou précoce), dysgénésies ovariennes

#### **4) Douleurs pelviennes :**

- > Interrogatoire :
- ATCD (infections génitales, interventions chirurgicales abdominales/pelviennes, médicamenteux)
- Déclenchements, Signes accompagnateurs, Caractères de la douleur
- > Examen clinique : général, abdominal, puis génital, au spéculum, toucher vaginal
- > Examen paraclinique : non systématiques

#### **Etiologies :**

- > Douleurs pelviennes aiguës :
- Périodiques : syndrome inter-menstruel, syndrome pré-menstruel, dysménorrhée (algoménorrhée) (endométriose externe et interne +++, dystrophie ovarienne, séquelles d'infections, rétroversion utérine, sténose du col utérin)
- Non périodiques : Grossesse extra-utérine GEU (rupture), menace d'avortement, salpingite aiguë, fibrome utérin compliqué (nécrobiose aseptique), kyste ovarien compliqué (torsion)
- > Douleurs pelviennes chroniques :
- Génitale : endométriose, dystrophie ovariennes, malposition utérine, syndrome de Masters/Allen
- Extra-génitale : digestive (colite, hémorroïdes, fissiles anales), rhumatismale, urinaire (infection, cystalgie à urine claire (ménopause))