

SEMILOGIE MEDICALE

Pr BOUHAFS BENNADJI

A - SÉMILOGIE DE L'APPAREIL GÉNITAL FÉMININ :

1- Rappel physiologique :

* La puberté : les premiers signes de puberté apparaissent vers l'âge de 10 à 11 ans par le développement mammaire. La première menstruation se produit deux ans après le début du développement des seins vers l'âge de 12 à 13 ans. La pilosité pubienne et axillaire se complète en 2 à 3 ans.

+ Le cycle menstruel : dure normalement de 28 à 30 jours, il se termine par la menstruation qui dure en moyenne 4 à 6 jours.

La quantité de sang perdue à chaque menstruation est en moyenne de 50 ml.

Le cycle se divise en quatre phases :

- La phase pré-ovulatoire du 5e au 14e jour : c'est la phase proliférative qui est sous la dépendance des œstrogènes.
- L'ovulation : qui se situe entre le 14e et le 16e jour est provoquée par une décharge brutale de LH.
- La phase post-ovulatoire : du 17e au 28e jour : c'est la phase sécrétoire qui est sous la dépendance de la progestérone et des œstrogènes.
- La menstruation : du 1er au 5e jour est une élimination de la muqueuse de l'endomètre s'accompagnant d'hémorragie.

La période ovulatoire peut être déterminée sur la courbe thermique ; elle est marquée par une ascension thermique : la température du matin inférieure à 37° (36,8° en moyenne) dans la période pré ovulaire s'élève au-dessus de 37° (37,2° en moyenne) au moment de l'ovulation.

La sécrétion des hormones ovariennes : œstrogènes et progestérones est sous la dépendance des stimulines antéhypophysaires FSH et LH.

2- Etude sémiologique :

Elle repose sur l'interrogatoire et l'examen gynécologique.

* **L'interrogatoire** : doit préciser les antécédents physiologiques, les antécédents pathologiques et les signes fonctionnels orientant vers une anomalie de l'appareil génital.

+ **Les antécédents physiologiques** : Il s'agit en fait de préciser les épisodes de la vie génitale de la femme des premières règles jusqu'à la ménopause.

- La ménarchie : correspond à l'apparition des premières règles. L'âge d'apparition des premières règles est variable, il se situe entre 10 et 16 ans (en moyenne vers l'âge de 12 à 13 ans).

- Le cycle menstruel : seront précisés : le rythme (normalement tous les 28 jours à 30 jours), la durée des règles (normalement 3 à 6 jours), l'abondance des règles (appréciée en demandant le nombre de garnitures nécessaires chaque jour : normalement abondantes les deux premiers jours, puis diminuent ensuite), la date des dernières règles afin de dépister un début de grossesse, ce qui est capital, car en pratique, une grossesse au début contre-indique formellement certaines investigations notamment radiologique et isotopique et certains médicaments.

- Le nombre de grossesses et le nombre d'accouchements, le nombre d'enfants vivants, le nombre d'enfants décédés et la cause du décès, la recherche d'avortement, la recherche d'accouchement prématuré (au-delà du sixième mois de gestation), la notion d'enfant mort-né.

- La notion de contraception : dispositif intra-utérin (stérilet), contraceptifs oraux, ligature des trompes.

- La ménopause : est la disparition définitive des règles ; elle correspond à l'arrêt de la fonction cyclique des ovaires.

L'âge de la ménopause est très variable, il se situe entre 40 et 50 ans.

+ **Les antécédents pathologiques** : - Notion d'intervention sur le petit bassin : hystérectomie, intervention pour kyste de l'ovaire, césarienne.

- Des antécédents d'infection génitale.

+ Les signes fonctionnels : peuvent être à type de douleurs, de pertes, d'hémorragies génitales et de troubles de la menstruation.

a) **Les douleurs** : évocatrices sont les douleurs pelviennes de siège hypogastrique et au niveau des fosses iliaques, à noter dans ces cas, la grande fréquence des douleurs lombaires associées.

La dyspareunie est une douleur ressentie au niveau du vagin ou au niveau du petit bassin lors des rapports sexuels ; elle peut être fonctionnelle ou révéler une affection organique.

b) **Les pertes vaginales ou leucorrhées** représentent un symptôme fréquent classiquement, il s'agit de pertes blanches, mais en fait elles sont de couleur variable.

- Blanchâtres : caillebotées (ressemblant à du lait caillé), abondantes, s'accompagnant d'un prurit intense avec à l'examen, une rougeur vulvaire et vaginale ; elles sont dues à une mycose (Candida-Albicans).

Elles se voient surtout au cours de la grossesse et du diabète.

- Blanc-jaunâtre : plus fluides, odorantes, parfois mousseuses ; elles s'accompagnent d'un prurit et de brûlure vulvaire avec à l'examen un piqueté rouge vaginal et cervical ; elles sont dues au trichomonas vaginal.

- Franchement purulentes : jaunâtres ou verdâtres ne s'accompagnant ni de prurit, ni de sensation de brûlure, elles doivent évoquer une infection bactérienne au niveau du col : exo cervicite (due à un entérocoque ou un colibacille ; plus rarement au gonocoque).

- Transparentes, visqueuses, filantes et sans odeur : ce sont des sécrétions génitales physiologiques survenant 2 à 3 jours avant l'ovulation.

c) **Les hémorragies génitales** : peuvent être extériorisées ou non.

- Les hémorragies non extériorisées : c'est essentiellement la rupture de grossesse extra-utérine (GEU) qui est une urgence chirurgicale.

La grossesse extra-utérine est la nidation de l'œuf fécondé en dehors de la cavité utérine, localisée au niveau de la trompe ; elle entraîne lors de sa croissance, une déchirure de la trompe sur laquelle elle s'est insérée : c'est la rupture de grossesse tubaire qui est un drame chirurgical réalisant un Hémopéritoine avec tableau clinique d'hémorragie interne intense (pâleur, soif vive, pouls rapide, chute de la TA).

L'interrogatoire retrouve la notion d'un retard ou d'une irrégularité des règles, suivi de petites pertes sanglantes noirâtres ou sépia, des douleurs pelviennes latérales et parfois la notion de syncopes à répétition.

L'examen clinique montre à la palpation de l'abdomen une sensibilité hypogastrique, le toucher vaginal va permettre le diagnostic en réveillant une douleur atroce au niveau du cul-de-sac postérieur : c'est le cri du Douglas qui est associé à des signes de grossesse : col utérin ramolli, utérus un peu gros et mou.

L'intervention d'urgence s'impose.

- Les hémorragies extériorisées sont des pertes sanglantes : suivant leur date de survenue par rapport aux règles, elles peuvent être de trois types : les ménorragies, les métrorragies et les méno-métrorragies.

- Les ménorragies : sont des règles trop abondantes ou trop prolongées.

Elles doivent faire rechercher un fibrome utérin.

- Les métrorragies : sont des hémorragies génitales se produisant en dehors des règles ; elles peuvent être spontanées ou provoquées par les rapports sexuels ou par le toucher vaginal.

Leur aspect est variable, elles peuvent être faites de sang rouge ou de caillots noirâtres.

Les métrorragies doivent faire rechercher un cancer génital.

- Les méno-métrorragies : associent des règles abondantes ou prolongées et des hémorragies génitales en dehors des règles.

Suivant leur abondance, les hémorragies génitales peuvent être soit de petite ou de moyenne abondance, mais répétées entraînant au bout de quelques semaines à quelques mois une anémie ferriprive ; soit de grande abondance s'accompagnant d'anémie aiguë post hémorragique.

d) Les troubles de la menstruation :

- Les ménorragies (voir hémorragies génitales).

- La pollakiménorrhée : ce sont des régies trop rapprochées par raccourcissement de la durée des cycles menstruels.

- La spanioménorrhée : ce sont des régies trop espacées par allongement de la durée des cycles menstruels.

- L'oligoménorrhée : ce sont des régies trop courtes.

- L'oligo-spanio-ménorrhée : ce sont des régies trop courtes et trop espacées.

- L'aménorrhée : c'est l'absence des règles pendant la période génitale active ; elle peut être :

- Primaire : par absence de ménarche.

- Secondaire : la cause la plus fréquente est la grossesse, les autres causes sont pathologiques : la tuberculose, après hystérectomie, après un curetage par synéchies (adhérences) au niveau de l'isthme utérin, d'origine psychique.

- La dysménorrhée : réalise des menstruations douloureuses.

Ces douleurs peuvent soit précéder de quelques jours la menstruation, soit être contemporaines de celle-ci.

*** L'examen gynécologique**

+ Les conditions de l'examen : la malade doit être examinée soit sur une table gynécologique, soit sur une table d'examen ; en décubitus dorsal, les cuisses à demi fléchies, en abduction, les jambes fléchies.

Il est indispensable que la malade vide préalablement sa vessie et son rectum.

Le matériel nécessaire est le suivant : un spéculum et un doigtier à deux doigts stérile, un produit lubrifiant.

+ Conduite de l'examen :

- L'inspection : va apprécier les caractères sexuels secondaires : les seins, la pilosité axillaire, la pilosité pubienne qui est triangulaire et les organes génitaux externes : les grandes lèvres sont normalement charnues, les petites lèvres sont pigmentées et humides.

L'examen de l'abdomen :

- La palpation permet de rechercher l'existence de zones douloureuses dans les fosses iliaques ou la région sus-pubienne ; peut révéler l'existence d'une tumeur abdomino-pelvienne.

- La percussion est utile dans les tumeurs abdomino-pelviennes, elle permet de différencier un volumineux kyste de l'ovaire à développement abdominal d'une ascite.

L'examen au spéculum : doit précéder le toucher vaginal ; il permet d'apprécier l'aspect du col de l'utérus.

- Sa situation : centrale ou déviée latéralement.

- Sa forme : conique chez la nullipare, cylindrique chez la multipare, atrophique chez la femme ménopausée.
- Son orifice externe : recherche de lésion traumatique à type de déchirure, d'érosions : qui est le signe d'une exocervicite, d'ulcérations ou tumeur proliférante devant faire penser en premier lieu à un cancer du col.

La lésion la plus banale est constituée par les œufs de Naboth qui sont des micro-kystes de la taille d'une tête d'épingle, disséminés à la surface du col dus à l'obturation des glandes cervicales.

Il permet également d'effectuer des frottis vaginaux qui consiste à étaler sur une lame les cellules desquamées du col et du vagin et à les examiner au microscope ; il permet de pratiquer une colposcopie qui est l'examen du col à la loupe binoculaire après avoir badigeonné le col utérin avec une solution du Lugol (test de Schiller) : normalement le col prend une coloration brun-acajou ; les zones suspectes sont rosés, blanchâtres ou jaunâtres.

Enfin, il permet d'effectuer des biopsies du col sous contrôle de la vue lorsqu'il existe des lésions suspectes.

Le toucher vaginal : se fait avec le doigtier stérile à deux doigts en utilisant un produit lubrifiant (vaseline), l'index et le majeur sont introduits dans le vagin et vont apprécier :

- L'état du col utérin : sa situation, sa consistance : normalement souple ; ferme et élastique comparable au cartilage nasal ; chez la femme enceinte, il est mou.
- L'état des culs-de-sac vaginaux : culs-de-sac latéraux et postérieur : leur souplesse et leur vacuité.

Le toucher vaginal combiné au palper abdominal permet d'apprécier l'utérus : son siège, sa forme, son volume, sa consistance et sa sensibilité et d'explorer les annexes : les ovaires normaux ne sont habituellement pas perçus sauf chez la femme maigre : ils sont retrouvés dans les culs-de-sac latéraux, ils ont la taille d'une amande et sont de consistance élastique.

Le toucher vaginal associé au toucher rectal permet d'apprécier l'état de la cloison recto vaginale.

Enfin, on n'omettra pas de noter l'aspect du doigtier : normalement propre ou au contraire souillé de sang ou de leucorrhées.

Chez la jeune fille, le toucher vaginal sera remplacé par le toucher rectal.