

# LA PREMIÈRE CONSULTATION GYNÉCOLOGIQUE CHEZ L'ADOLESCENTE

F. VAN DEN BRÛLE (1)

**RÉSUMÉ :** La première consultation en gynécologie revêt une importance toute particulière chez l'adolescente. Elle donne l'occasion non seulement de répondre aux demandes de la patiente, par exemple en instaurant une contraception, mais aussi en lui prodiguant une information adaptée concernant divers sujets, dont la sexualité, les maladies sexuellement transmissibles, et certaines habitudes hygiéno-diététiques. Au cours de cet article, nous envisagerons les différents points importants de cette première consultation.

**THE FIRST GYNECOLOGICAL CONSULTATION IN TEENS**  
**SUMMARY :** The first gynecological consultation is particularly important for teens. It not only allows to answer the patient's questions, for instance, by prescribing a contraception, but also to provide an adequate information about some subjects, including sexuality, sexually transmitted diseases, and some life-style habits. This article will review the various important points of this first consultation.

**KEYWORDS :** *Gynecology - First consultation - Adolescence - Screening*

## INTRODUCTION

La première consultation d'une adolescente doit faire l'objet d'une attention toute particulière. Elle est souvent motivée par une demande de contraception, ou par divers symptômes fréquents à cet âge, comme la dysménorrhée ou une acné. Par ailleurs, elle constitue une occasion d'établir une relation de confiance avec la patiente, et de fournir une information de qualité sur de nombreux sujets importants, dont la sexualité, la contraception, les maladies sexuellement transmissibles et le tabagisme. Par ailleurs, il faut penser à proposer à la jeune patiente d'effectuer cette consultation en l'absence de tiers, comme par exemple, la mère de la patiente. Dans cet article, nous détaillerons certains points relatifs à cette première consultation de gynécologie.

## DYSMÉNORRHÉE

Il est important, en cas de dysménorrhée, d'exclure des causes organiques, comme l'endométriose et les malformations utérines. L'échographie pelvienne et l'imagerie par résonance magnétique nucléaire seront utilisées en ce sens.

La dysménorrhée primaire constitue une plainte fréquente chez les adolescentes (1). La pathogenèse de cette douleur impliquerait la production inadéquate, ou une sensibilité accrue aux prostaglandines, entraînant des douleurs menstruelles crampoïdes typiques. Ce symptôme doit être adéquatement exploré, afin d'exclure diverses causes de douleurs pelviennes, comme l'endométriose et certaines infections pelviennes, nécessitant un traitement adéquat. Lorsque l'exploration de la dysménorrhée primaire est négative, les anti-inflammatoires non

stéroïdiens sont une thérapeutique efficace, mais les patientes doivent être conscientes des risques gastro-intestinaux associés à ce type de traitement (2). En cas d'inefficacité relative des AINS, ou de désir de contraception, les contraceptifs oraux combinés peuvent également être proposés et sont également efficaces, bien que les données soient moins abondantes pour les préparations plus récentes et moins dosées en oestrogènes (3).

## ACNÉ

L'acné est également fréquemment rapportée par les adolescentes à la consultation de gynécologie. Il convient alors de rechercher d'autres signes associés à une hyperandrogénie, dont la séborrhée, l'hypertrichose et la virilisation, et, parfois, une oligoménorrhée (cycle > 35 jours), voire une aménorrhée. Dans ce cas, il importera d'adéquatement explorer ce type de pathologie, et de diagnostiquer un éventuel syndrome des ovaires micropolykystiques ou un bloc partiel en 21 hydroxylase au niveau de la surrénale, et d'envisager un traitement spécifique. En cas d'acné simple, la prise en charge doit idéalement relever d'efforts interdisciplinaires avec le dermatologue (4). Il est connu que les contraceptifs oraux combinés réduisent l'acné inflammatoire et non inflammatoire (5), vraisemblablement en réduisant la production d'androgènes ovariens, et en diminuant la fraction libre d'androgènes, par augmentation de la production hépatique de SHBG. Par ailleurs, les contraceptifs contenant un progestatif à propriétés anti-androgéniques, comme l'acétate de cyprotérone ou la drospirénone, sont particulièrement indiqués en cas d'acné, à cause de l'action périphérique de ces stéroïdes qui exercent une compétition avec les androgènes au niveau de leur récepteur, ainsi qu'une réduction de l'activité de la 5 $\alpha$ -réductase cutanée (6).

(1) Service de Gynécologie, CHU Sart Tilman, B-4000 Liège, Belgique

## CONTRACEPTION ET SEXUALITÉ

Même lorsqu'elle ne constitue pas le motif de la consultation, la contraception sera naturellement envisagée, en expliquant son utilité, ses diverses formes, ses avantages et inconvénients. On expliquera les choix possibles, en tenant compte de la nulliparité de la patiente, et en envisageant les diverses alternatives applicables (7-10). On aura habituellement recours aux méthodes combinées, comme la contraception orale, le timbre transdermique ou l'anneau vaginal. Il est également possible de proposer la mise en place d'un implant sous-cutané libérant de l'étonogestrel (Implanon®) chez des patientes chez qui l'observance à une autre forme de contraception n'est pas optimale. Les dispositifs intra-utérins seront habituellement évités chez ces jeunes patientes nulligestes. Une information relative à la contraception d'urgence sera également proposée (11). Au cours de la discussion concernant la contraception, la sexualité sera envisagée sans tabous, en répondant aux éventuelles questions de la patiente.

## MALADIES SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Les maladies sexuellement transmissibles seront également envisagées (12).

On soulignera entre autres les caractères de l'infection par papillomavirus humains (HPV) (13) et leur relation avec le développement des lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin; on introduira alors la nécessité de réaliser périodiquement le frottis cervico-vaginal de dépistage, dont les modalités de pratique seront envisagées plus bas.

L'importance de l'infection génitale par *Chlamydia trachomatis* sera mentionnée (14), tout en insistant sur sa faible expression clinique, et le risque de lésions tubaires pouvant entraîner stérilité et grossesses extra-utérines (15), ainsi que le risque de maladie inflammatoire pelvienne (PID) (16). Les facteurs de risque connus incluent le jeune âge et l'occurrence de saignements utérins post-coïtaux (17).

Le dépistage du *Chlamydia trachomatis* diminue l'incidence de PID, et est associé à la réduction de la prévalence de l'infection au cours d'études non contrôlées. De nouveaux types de tests utilisant l'amplification PCR à partir de prélèvements endocervicaux ou urinaires, permettent de diagnostiquer l'infection par *Chlamydia* avec de bonnes valeurs de sensibilité et de spécificité (18).

Bien sûr, l'infection par HIV sera mentionnée.

Il conviendra également de mentionner les hépatites B et C en tant que maladies sexuellement transmissibles, ainsi que la possibilité de vaccination contre l'hépatite B.

Dans tous les cas, la valeur des examens sérologiques sera soulignée, ainsi que la prévention de ces MST par l'utilisation de préservatifs. Il est en effet démontré que les préservatifs diminuent la transmission du HIV, de la gonorrhée, du *Chlamydia trachomatis*, du virus herpes simplex de type 2, de la syphilis et de la trichomoniose. Bien qu'aucune étude n'ait pu mettre en évidence une protection contre l'infection à HPV, deux études ont rapporté que l'utilisation de préservatifs était associée à des taux accrus de régression de lésions cervicales intraépithéliales et d'infection à HPV chez la femme (19). Enfin, il est démontré que l'utilisation de préservatifs sans latex constitue une alternative valable à l'utilisation de préservatifs en latex, malgré un risque de rupture légèrement plus important (20).

## HABITUDES HYGIÉNO-DIÉTÉTIQUES

Les habitudes hygiéno-diététiques de la patiente seront envisagées, dont l'éventuel tabagisme, le régime alimentaire et l'exercice physique.

L'incidence du tabagisme est en augmentation chez la femme (21). On informera la patiente de ces risques, incluant l'augmentation d'incidence des cancers des voies respiratoires, des maladies cardio-vasculaires, des lésions cervicales intraépithéliales, de la maladie inflammatoire pelvienne (PID) (16) et des grossesses extra-utérines (22). La discussion portera également sur les différentes techniques permettant d'arrêter de fumer (23-27). En effet, l'arrêt des habitudes tabagiques est associé à une réduction significative de l'incidence des maladies cardio-vasculaires (28).

L'importance d'un régime alimentaire équilibré, ainsi que ses bénéfices pour la santé et l'incidence de maladies cardio-vasculaires et de cancers, sera soulignée. Les dangers de l'obésité seront également mentionnés (29).

Enfin, l'importance de l'exercice physique sera soulignée, y compris dans l'optique du maintien du poids corporel.

## DÉPISTAGE DU CANCER DU COL UTÉRIN

Le cancer du col utérin constitue toujours un problème de santé publique, surtout dans les pays en développement (30). Le dépistage de cette pathologie constitue un exemple de dépistage efficace, et dont la nature répond aux exi-

gences de ce type d'activité. En effet, pour être justifié, ce dépistage doit remplir les conditions suivantes (31) :

- la maladie dépistée doit présenter une incidence suffisante dans la population générale;
- elle doit idéalement présenter un continuum de développement progressif, permettant un dépistage efficace;
- des techniques de dépistage efficaces doivent être disponibles, comme la réalisation du frottis de col utérin;
- enfin, des stratégies thérapeutiques efficaces doivent permettre de traiter les lésions dépistées, et empêcher l'évolution de la lésion;
- la stratégie de dépistage doit présenter un rapport coût-efficacité favorable.

Dans le cas du cancer du col utérin, l'infection par certains HPV peut induire le développement de lésions intraépithéliales de bas grade, puis de haut grade, du col utérin (32). Non traitées, celles-ci pourront éventuellement évoluer vers le cancer du col utérin. La pratique du frottis cervico-vaginal de dépistage permet de dépister efficacement ces lésions préinvasives par ailleurs asymptomatiques, de surveiller les lésions de bas grade et de traiter les lésions de haut grade avant leur progression vers le cancer (33). Il ne semble pas licite de traiter l'infection subclinique à HPV, sans lésion intraépithéliale associée (34). Cependant, le développement et la meilleure utilisation de composés imidazoquinolines, dont l'imiquimod, pourraient permettre, dans le futur, une immunomodulation locale, et le traitement de cette infection muqueuse virale (35). Les stratégies de vaccination contre les virus pourraient également constituer une stratégie intéressante (36).

On pratique classiquement le frottis de dépistage à l'aide de la spatule d'Ayre (37). La détection de cellules endocervicales semble constituer un bon paramètre d'évaluation de la qualité du frottis cervical (38). En cas d'ascension de la jonction squamo-cervicale dans le canal endocervical, on recommande l'utilisation de la cytobrush (38). La lecture du frottis doit se faire en utilisant la récente classification de Bethesda (39). En moyenne, le dépistage du cancer du col permettrait d'augmenter l'espérance de vie moyenne de 12 à 32 jours, sachant que l'élimination complète de la mortalité associée au cancer du col l'augmenterait de 46 jours (40). Pour mémoire, arrêter de fumer la cigarette à l'âge de 35 ans permettrait d'augmenter l'espérance de vie de 8 mois (40).

Le but actuel de l'amélioration de la spécificité du dépistage repose sur l'élimination des

faux positifs et des résultats douteux, qui entraînent des investigations non nécessaires, et l'augmentation de l'intervalle de dépistage. Il semble que la réalisation du frottis en phase liquide permettrait peut-être d'encore améliorer la lisibilité et les performances du frottis (41), et d'effectuer le typage HPV de deuxième ligne, sans devoir effectuer un deuxième prélèvement.

On a initialement recommandé de pratiquer le frottis de dépistage sur base annuelle, dès les premiers rapports sexuels (42). L'évolution des connaissances relatives au développement du cancer du col ont fait évoluer les recommandations, comme en témoignent les recommandations récentes de l'American Cancer Society (43). Celle-ci recommande d'initier le dépistage endéans les 3 ans suivant les premiers rapports sexuels, et en tout cas avant l'âge de 21 ans. Ceci serait justifié par le fait qu'il y a très peu de risque de développement d'une lésion précancéreuse dans cette période de 3-5 ans suivant l'infection par HPV. Par ailleurs, le développement de méthodes permettant de caractériser une éventuelle infection par HPV pourra éventuellement s'intégrer dans les stratégies de dépistage existantes. On peut proposer ce type de technique soit en première ligne, soit en cas d'anomalie dépistée par frottis cervico-vaginal de routine (44).

## CONCLUSIONS

La première consultation gynécologique est une étape importante chez l'adolescente. Elle permet d'établir une relation de confiance avec la jeune patiente, et de poser les jalons, par une information ciblée, d'un suivi gynécologique efficace. Le cancer du col utérin est la pathologie la plus efficacement dépistée, comme en témoigne la réduction de son incidence dans les pays industrialisés (30). Nous pensons que l'action du gynécologue doit utilement compléter celle de l'omnipraticien dans ces buts d'information. Par ailleurs, la valeur des actes posés doit être connue de manière critique, et, au besoin, expliquée à la patiente.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Davis AR, Westhoff CL.— Primary dysmenorrhea in adolescent girls and treatment with oral contraceptives. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2001, **14**, 3-8.
2. Marjoribanks J, Proctor ML, Farquhar C.— Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for primary dysmenorrhea. *Cochrane Database Syst Rev*, 2003, CD001751.
3. Proctor ML, Roberts H, Farquhar CM.— Combined oral contraceptive pill (OCP) as treatment for primary dysmenorrhoea. *Cochrane Database Syst Rev*, 2001, CD002120.

4. Haider A, Shaw JC.— Treatment of acne vulgaris. *Jama*, 2004, **292**, 726-35.
5. Arowojolu A, Gallo M, Grimes D, Garner S.— Combined oral contraceptive pills for treatment of acne. *Cochrane Database Syst Rev*, 2004, **3**, CD004425.
6. Raudrant D, Rabe T.— Progestogens with antiandrogenic properties. *Drugs*, 2003, **63**, 463-92.
7. van den Brûle F, Gaspard U.— La première contraception. De eerste contraceptie. *Gynaïkeia*, 2000, **5**, 135-138.
8. van den Brûle F, Gaspard U.— La contraception chez l'adolescente. *Gynaïkeia*, 2001, **6**, 3-6.
9. van den Brûle F, Gaspard U.— Evolutions récentes en contraception stéroïdienne. *Rev Praticien Gyn Obstet*, 2004, 83.
10. van den Brûle FA.— La contraception. *Rev Med Liège*, 1999, **54**, 367-374.
11. Cheng L, Gulmezoglu AM, Ezcurra E, Van Look PF.— Interventions for emergency contraception. *Cochrane Database Syst Rev*, 2000, CD001324.
12. van den Brûle FA.— Infections vaginales et maladies sexuellement transmissibles. *Rev Med Liège*, 1999, **54**, 296-302.
13. Goldie SJ, Grima D, Kohli M, Wright TC, Weinstein M, Franco E. A.— Comprehensive natural history model of HPV infection and cervical cancer to estimate the clinical impact of a prophylactic HPV-16/18 vaccine. *Int J Cancer*, 2003, **106**, 896-904.
14. Steben M.— The resurgence of Chlamydia trachomatis. *J Obstet Gynaecol Can*, 2004, **26**, 552-9.
15. Ankum WM, Mol BW, Van der Veen F, Bossuyt PM.— Risk factors for ectopic pregnancy: a meta-analysis. *Fertil Steril*, 1996, **65**, 1093-1099.
16. Grodstein F, Rothman KJ.— Epidemiology of pelvic inflammatory disease. *Epidemiology*, 1994, **5**, 234-42.
17. Bax CJ, Oostvogel PM, Mutsaers JA et al.— Clinical characteristics of Chlamydia trachomatis infections in a general outpatient department of obstetrics and gynaecology in the Netherlands. *Sex Transm Infect*, 2002, **78**, E6.
18. Nelson HD, Helfand M.— Screening for chlamydial infection. *Am J Prev Med*, 2001, **20**, 95-107.
19. Holmes KK, Levine R, Weaver M.— Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bull World Health Organ*, 2004;82:454-61.
20. Gallo MF, Grimes DA, Schulz KF.— Non-latex versus latex male condoms for contraception. *Cochrane Database Syst Rev*, 2003, CD003550.
21. Mackay J, Amos A.— Women and tobacco. *Respirology*, 2003, **8**, 123-30.
22. Nyongo AO.— Smoking and reproductive health: cigarette smoking as a risk factor in ectopic pregnancy. *East Afr Med J*, 1994, **71**, 32-4.
23. Lancaster T, Stead L, Silagy C, Sowden A.— Effectiveness of interventions to help people stop smoking: findings from the Cochrane Library. *BMJ*, 2000, **321**, 355-8.
24. Lancaster T, Stead LF.— Individual behavioural counselling for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2002, CD001292.
25. Lancaster T, Stead LF.— Self-help interventions for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2002, CD001118.
26. Silagy C.— Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2000, CD000165.
27. Silagy C, Lancaster T, Stead L, Mant D, Fowler G.— Nicotine replacement therapy for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*, 2002, CD000146.
28. Critchley J, Capewell S.— Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev*, 2004, CD003041.
29. McTigue KM, Harris R, Hemphill B, et al.— Screening and interventions for obesity in adults: summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, 2003, **139**, 933-49.
30. Waggoner SE.— Cervical cancer. *Lancet*, 2003, **361**, 2217-25.
31. Cochrane AL, Holland WW.— Validation of screening procedures. *Br Med Bull*, 1971, **27**, 3-8.
32. Bosch FX, de Sanjose S.— Chapter 1: Human papillomavirus and cervical cancer—burden and assessment of causality. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 2003, 3-13.
33. Solomon D.— Chapter 14: Role of triage testing in cervical cancer screening. *J Natl Cancer Inst Monogr*, 2003, 97-101.
34. Russomano F, Reis A, de Camargo MJ, et al.— Efficacy in treatment of subclinical cervical HPV infection without intraepithelial neoplasia: systematic review. *Sao Paulo Med J*, 2000, **118**, 109-115.
35. Garland SM.— Imiquimod. *Curr Opin Infect Dis*, 2003, **16**, 85-9.
36. Frazer IH.— Prevention of cervical cancer through papillomavirus vaccination. *Nat Rev Immunol*, 2004, **4**, 46-54.
37. van den Brûle F.— Comment j'explore. Une pathologie gynécologique: Partie 1: Anamnèse et examen clinique. *Rev Med Liège*, 2002, **57**, 732-740.
38. Martin-Hirsch P, Jarvis G, Kitchener H, Lilford R.— Collection devices for obtaining cervical cytology samples. *Cochrane Database Syst Rev*, 2000, CD001036.
39. Davey DD.— Cervical cytology classification and the Bethesda System. *Cancer J*, 2003, **9**, 327-34.
40. van den Akker-van Marle ME, van Ballegooijen M, van Oortmarssen GJ et al.— Cost-effectiveness of cervical cancer screening: comparison of screening policies. *J Natl Cancer Inst*, 2002, **94**, 193-204.
41. Sulik SM, Kroeger K, Schultz et al.— Are fluid-based cytologies superior to the conventional Papanicolaou test? A systematic review. *J Fam Pract*, 2001, **50**, 1040-6.
42. Saslow D, Runowicz CD, Solomon D et al.— American Cancer Society guideline for the early detection of cervical neoplasia and cancer. *CA Cancer J Clin*, 2002, **52**, 342-62.
43. Moscicki AB.— Cervical cytology screening in teens. *Curr Womens Health Rep*, 2003, **3**, 433-7.
44. Syrjanen KJ, Syrjanen SM.— Human papillomavirus (HPV) typing as an adjunct to cervical cancer screening. *Cytopathology*, 1999, **10**, 8-15.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Prof. Frédéric van den Brûle, Service de Gynécologie, CHU B-35, Sart Tilman, B-4000 Liège, Belgique  
f.vandenbrule@chu.ulg.ac.be