

COMMENT J'EXPLORE...

Une pathologie gynécologique

Partie 1 : Anamnèse et examen clinique

F. VAN DEN BRÛLE (1)

RÉSUMÉ : Devant une évolution technique majeure des disciplines gynécologique et obstétricale, on constate malheureusement souvent une diminution de qualité de l'anamnèse et de l'examen gynécologique. Pourtant, l'examen gynécologique de consultation constitue la pierre angulaire d'un diagnostic précis, ainsi que d'éventuels traitements médicaux ou chirurgicaux adéquats. Dans cet article, nous passons en revue les différentes étapes successives de la prise en charge d'une patiente en consultation, en insistant sur les points importants de l'examen clinique. Les examens complémentaires feront l'objet de la deuxième partie de ce texte, à paraître dans un prochain numéro de la Revue médicale de Liège. Les pathologies recherchées ne feront pas l'objet d'une revue exhaustive dans ce manuscrit; seul l'aspect diagnostique au cours de l'examen clinique sera envisagé.

INTRODUCTION

Une investigation gynécologique adéquate nécessite le respect rigoureux des règles générales qu'impose toute consultation médicale. Par ailleurs, l'examen gynécologique est souvent associé à une certaine part d'angoisse et de gêne vis-à-vis du praticien. Il demande à la fois l'acquisition d'une pratique médico-technique et le développement d'un sens aigu des relations humaines, afin d'améliorer le contact médecin-patient au cours de l'examen. La communication des explications des manoeuvres diagnostiques réalisées à la patiente est primordiale afin de faciliter la relaxation de cette dernière, et le confort à la fois du praticien et de la patiente.

Dans la première partie de cette revue, nous détaillerons les différentes étapes de l'anamnèse et de l'examen clinique au cours de la consultation gynécologique.

I. L'ANAMNÈSE

C'est le premier temps de l'examen : elle n'est jamais assez prolongée, ni assez fouillée.

Son but est double : rechercher et définir le motif de la consultation, puis préciser les antécédents. L'anamnèse constitue une véritable enquête sur les antécédents personnels et familiaux, avec une mention spéciale pour le passé gynécologique et obstétrical de la patiente, sans oublier son environnement familial, personnel ou professionnel, son mode de vie et ses réac-

HOW I EXPLORE... A GYNECOLOGICAL PATHOLOGY

PART 1 : CLINICAL HISTORY AND EXAMINATION

SUMMARY : After major technical advances in obstetrics and gynecology, one can unfortunately observe a decreased quality of the clinical history and gynecological examination, and of usual paraclinical tests. However, outpatient gynecological examination is the main component of a precise diagnosis and of possible medical or surgical treatments. In this article, we review the successive steps of outpatient clinic examination, with emphasis on the important parts of clinical examination. The complementary explorations will be detailed in the second part of this article, in a future issue of the Revue Médicale de Liège. The pathologies will not be exhaustively reviewed in this manuscript; only the diagnostic side of clinical examination will be detailed.

KEYWORDS : *Gynecology - Anamnesis - Clinical examination*

tions devant la sexualité. Le motif de la consultation sera ensuite précisé et approfondi.

LA RECHERCHE DES ANTÉCÉDENTS

A. Antécédents personnels

Leur recherche permettra de se faire une idée de l'histoire médicale de la patiente, de préciser différents facteurs de risque (cardio-vasculaires, cancer du sein, du col, de l'endomètre) et de rechercher diverses contre-indications (à la contraception, à la substitution oestrogénique,...).

Prise médicamenteuse

La notion de prise médicamenteuse facilite l'interrogatoire, car elle permet d'orienter l'anamnèse, et de rechercher leur implication dans diverses pathologies (hyperprolactinémie, aménorrhée, etc.)

Antécédents gynécologiques et obstétricaux

L'âge d'apparition des premières règles (ménarche) sera précisé. On notera les notions de parité, gestité, l'histoire des grossesses et des pathologies éventuelles des grossesses et du postpartum, les fausses couches, grossesses extrautérines, les poids des enfants accouchés par voie basse ou par césarienne, les manoeuvres instrumentales et césariennes éventuelles, et le mode d'allaitement des enfants. Enfin, l'âge de l'installation de la ménopause sera éventuellement mentionné.

Modalités contraceptives

La patiente sera questionnée à propos de l'utilisation de contraceptifs oraux, stérilet au cuivre

(1) Chercheur Qualifié du FNRS, Service de Gynécologie, Centre Hospitalier Universitaire, Sart Tilman, 4000 Liège.

ou diffusant des progestatifs (et le profil de saignement associé), de préservatifs. On profitera de cette partie de l'anamnèse pour rechercher les facteurs de risque de maladies sexuellement transmissibles. Pour chaque type de contraceptif, on notera les dates de début et de fin d'utilisation, ainsi que les effets secondaires éventuels. En cas d'absence de contraception, on pourra soit l'envisager, soit aborder un éventuel problème d'infertilité.

Histoire des règles

La définition du cycle menstruel constitue une étape importante de l'anamnèse. On notera l'âge de la ménarche, la durée des cycles, leur régularité, la présence d'une éventuelle dysménorrhée et son moment de survenue, la présence d'un syndrome prémenstruel, ses composantes, sa sévérité et sa durée; l'âge éventuel de la ménopause, l'effet de traitements éventuels sur le cycle menstruel.

Antécédents médicaux

Les antécédents généraux relatifs aux grands systèmes seront recherchés (antécédents cardiovasculaires, pulmonaires, hépatiques, néphro-urologiques, digestifs, neurologiques). On recherchera particulièrement : l'hypertension artérielle, le diabète, les accidents thrombotiques et thrombo-emboliques, les épisodes d'ictère, les maladies infectieuses (rubéole, toxoplasmose, maladies sexuellement transmissibles...), les affections néoplasiques, le tabagisme.

Antécédents chirurgicaux

Seront particulièrement recherchées, les interventions abdominales, pelviennes et périnéales. Il est intéressant d'obtenir les protocoles opératoires via l'opérateur ou le médecin traitant. On notera le type et le site des incisions, ainsi que les complications éventuelles des actes pratiqués.

B. Antécédents familiaux

On recherchera particulièrement les antécédents de cancers du sein (en notant l'âge de survenue et le degré de collatéralité), de l'ovaire et du côlon. En effet, ce type d'histoire familiale peut avoir une influence sur le risque de cancer chez la patiente elle-même. On notera également l'occurrence de diabète de type 2, d'obésité (en calculant l'index de masse corporelle) et d'hypertension artérielle. Enfin, l'âge de la ménopause chez la mère pourra être comparé à celui de la patiente.

A l'issue de cet interrogatoire, il sera possible de reconnaître des patientes :

- à haut risque de cancer du col: premiers rapports précoces, par exemple avant 17 ans; partenaires multiples; infections génitales répétées; niveau socio-économique bas;
- à haut risque de cancer de l'endomètre: post-ménopause; obésité; diabétiques de type 2; hypertendues; histoire d'insuffisance lutéale; oestrogénothérapie sans progestatif;
- à haut risque de cancer du sein: antécédents familiaux de cancer du sein au premier degré (mère, tante, sœur), surtout en cas d'affection préménopausique; ménarche précoce; ménopause tardive; insuffisance lutéale; antécédents de mastopathie bénigne, de stérilité; moins de 3 enfants ou première grossesse après 30 ans; célibat; niveau socio-économique et éducatif élevé; alimentation riche en graisses;
- présentant des contre-indications aux contraceptifs oraux: accidents vasculaires artériels et veineux; hypertension artérielle décompensée; diabète mal équilibré, surtout avec lésions vasculaires; ictère cholestasique gravidique; syndrome de Dubin-Johnson; cancer hormono-dépendant (sein);
- présentant des contre-indications à la pose d'un stérilet au cuivre: infection récente; fibromyome sous-muqueux; ménorragies non explorées; malformation utérine; nulliparité.

LE MOTIF DE LA CONSULTATION

Le motif de consultation est parfois évident d'emblée (métrorragie, aménorrhée), ou plus confus (douleurs ou pertes vaginales dont il faudra préciser les caractéristiques). Il peut s'agir d'un seul symptôme, ou de plusieurs plaintes intriquées de valeurs diagnostiques différentes.

Les plaintes les plus classiquement rapportées à la consultation gynécologique sont la douleur, les troubles du cycle menstruel, les hémorragies génitales, les pertes blanches ou leucorrhées et les troubles sexuels. Diverses plaintes concernent les appareils voisins, urinaires et digestifs, dont les troubles sont rattachés, à tort ou à raison, à la sphère génitale. La consultation peut enfin concerner le contrôle de la fécondité, afin d'éviter ou d'obtenir une grossesse.

Le motif de consultation doit toujours être précisé par un interrogatoire fouillé. On essaiera d'obtenir tous les documents permettant de documenter les antécédents de la patiente relatifs au motif de la consultation (protocoles opératoires, protocoles d'anatomopathologie, documents d'imagerie médicale, ...).

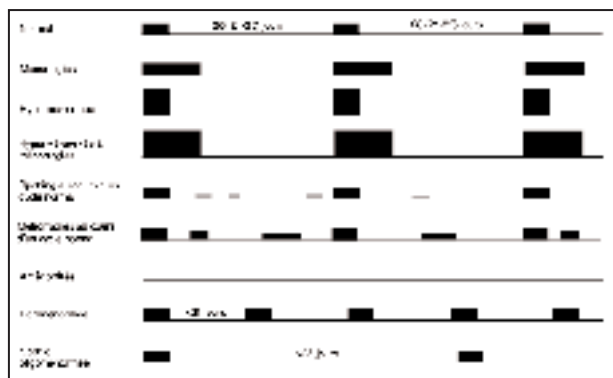


Fig. 1. Schéma des anomalies du cycle menstruel sur une ligne du temps. Les rectangles noirs représentent le saignement menstruel; leur longueur est indicative de leur durée, et leur hauteur de leur intensité. L'intervalle intermenstruel est éventuellement indiqué. Les rectangles gris correspondent au spotting.

Les anomalies du saignement menstruel

La figure 1 représente les anomalies du cycle menstruel les plus couramment rencontrées.

Les métrorragies sont des saignements survenant entre les règles. Leur investigation doit toujours permettre d'exclure une pathologie néoplasique du tractus génital.

Les ménorragies sont des règles de durée accrue (plus de 7 jours). L'hyperménorrhée consiste en l'augmentation du volume des pertes sanguines menstruelles. Il s'agit d'une plainte fréquente, difficile à quantifier en clinique de routine. Elle est définie comme une perte de sang menstruel de plus de 80 ml par jour. En pratique, on notera le nombre de protections utilisées par la patiente et la présence éventuelle de caillots; on recherchera des signes cliniques et biologiques d'anémie.

Le spotting est une perte vaginale souvent brunâtre, ne nécessitant que le port d'un protège-slip ou d'une protection par jour au maximum.

La dysménorrhée (ou algoménorrhée) désigne le caractère douloureux des règles : primaire, elle est apparue dès la ménarche; secondaire, elle doit faire rechercher une étiologie organique.

Les anomalies du rythme du saignement menstruel

L'aménorrhée est l'absence de règles depuis plus de 90 jours. Elle est dite primaire si la patiente n'a jamais été réglée, et doit être explorée comme un retard pubertaire; elle est dite secondaire lorsqu'elle survient après une phase où la patiente a été réglée. Une aménorrhée primo-secondaire survient chez une patiente ayant été réglée après hormonothérapie.

Une polyménorrhée décrit l'apparition de saignements au cours d'un cycle de moins de 21 jours. La spanioménorrhée, ou oligoménorrhée, correspond à des saignements cycliques survenant tous les 36 jours ou plus.

Les leucorrhées

Il faut faire la distinction entre les pertes physiologiques (glaise cervicale et desquamation vaginale normale, asymptomatique) et la leucorrhée pathologique, pouvant entraîner sensation de brûlure, prurit et mauvaise odeur.

Les douleurs

Leurs caractéristiques seront précisées: date d'apparition et coïncidence avec un événement personnel, rythme (intermittent ou continu, paroxysmes), type (pesanteur, tiraillement, torsion, crampoïde), siège (hypogastre, fosses iliaques), intensité (impliquant une position antalgique, arrêt de travail, traitements divers), et signes d'accompagnement (troubles urinaires, prurit, tension mammaire,...).

Les troubles urinaires

On peut distinguer l'incontinence urinaire d'effort (IUE : perte involontaire d'urines survenant lors d'un effort dont il faudra préciser l'intensité : toux, port d'une charge, sautillerment... et l'inconfort subséquent), les mictions impérieuses, les mictions par regorgement, une fuite permanente d'urines évoquant la présence d'une fistule, la pollakiurie et les mictalgies. Ce type de plainte, comme les troubles sexuels, sont rarement rapportés lors de l'anamnèse; des questions dirigées doivent être adressés à la patiente à la fin de l'anamnèse ou pendant l'examen.

Les troubles de défécation

La patiente pourra se plaindre de constipation, d'incontinence anale, de difficultés d'aller à la selle. Ce dernier symptôme peut être lié à une rectocèle.

Les troubles mammaires

Des mastalgies d'origine dorsale peuvent évoquer une névralgie intercostale. La tension mammaire, souvent prémenstruelle, évoquera plutôt un trouble gynécologique fonctionnel. Les écoulements mamelonnaires seront caractérisés: uni- ou bilatéraux, uni- ou pluricanalaires, spontanés ou à la pression. Le liquide émis peut être séreux, lactoïde, purulent, sanglant. On recherchera la prise de médicaments hyperprolactinémisants (dont les neuroleptiques).

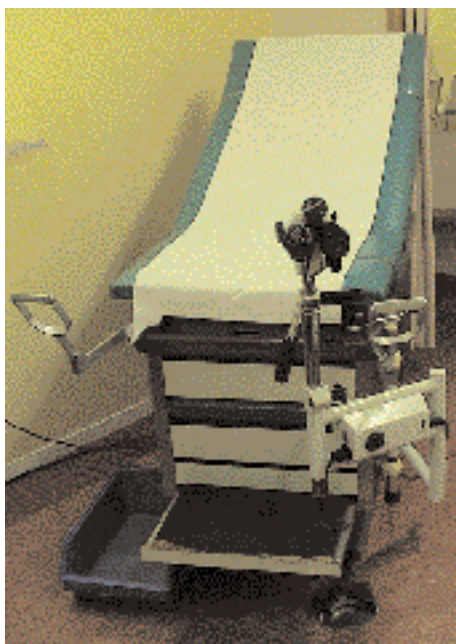


Fig. 2. Table d'examen gynécologique.

Les troubles sexuels

Rarement présentés comme symptôme premier, ils seront souvent mentionnés en fin de consultation ou après interrogatoire. Il peut s'agir d'une diminution de libido, d'une dyspareunie (douleur lors des rapports sexuels) superficielle ou profonde, ou d'une anorgasmie. La dyspareunie nécessite une anamnèse fouillée afin de pouvoir en définir l'origine. On notera particulièrement le début du symptôme, sa survenue continue ou sporadique, ainsi que sa spécificité vis-à-vis de certains partenaires en cas de partenaires multiples.

Troubles de la fertilité et de la fécondité

La patiente peut rapporter une histoire d'infertilité, qui sera habituellement prise en charge après un an de tentatives d'obtention de grossesse, ou des antécédents de fausses couches spontanées à répétition.

II. L'EXAMEN CLINIQUE

Il sera pratiqué dans un cabinet de consultation confortable, permettant l'accès facile au matériel requis. Il doit être complet tout en respectant les réactions pudiques éventuelles de la patientes, qui pourraient induire une répulsion pour d'éventuels examens ultérieurs.

A. INSTALLATION DE LA PATIENTE - LES CONDITIONS DE L'EXAMEN

L'examen gynécologique nécessite l'utilisation d'une table gynécologique adaptée (fig. 2),



Fig. 3. Petit matériel utilisé lors de l'examen gynécologique. En haut, speculums vaginaux. En bas, de gauche à droite, lame porte-objet pour frottis cervico-vaginal de dépistage. Spatule d'Ayre pour frottis cervico-vaginal (en bois); Cytobrush pour frottis d'endocol.

d'un éclairage adéquat grâce à une lampe mobile, et d'un tabouret à roulettes. Le matériel nécessaire comporte des doigtiers, speculums, spatules d'Ayre, lames de verre et éthanol dénaturé pour fixation du frottis cervico-vaginal (fig. 3). On pourra éventuellement utiliser un microscope optique, des pinces languettes, des pinces tire-col de Pozzi, du liquide physiologique, de l'acide acétique 3%, une solution de Lugol.

B. L'EXAMEN GÉNÉRAL

L'état général de la patiente sera examiné globalement. Ceci est particulièrement important dans les syndromes infectieux, algiques et hémorragiques. On notera la taille et le poids de la patiente, ainsi que la température et la pression artérielle. La morphologie générale sera examinée, ainsi que l'adiposité et sa distribution gynécoïde ou androïde.

Bien que plus rarement pratiqué par le gynécologue, l'examen général, comprenant entre autres l'examen cardio-pulmonaire et la palpation abdominale, sera pratiqué dans le but de rechercher une pathologie des systèmes, et/ou une répercussion générale ou abdominale d'une pathologie gynécologique.

C. L'EXAMEN GYNÉCOLOGIQUE

Morphotype

L'aspect général de la patiente sera observé. Rarement, un morphotype évocateur d'un grand syndrome génétique sera noté; cependant, des signes discrets doivent être recherchés.

Pilosité

On examinera la pilosité axillaire et pubienne, qui sera évaluée selon les stades pubertaires de Tanner. On observera aussi d'autres sites pouvant être entrepris en cas d'hyperpilosité (ligne médiane sous-ombilicale, aréoles mammaires,

aire inter mammaire, lèvre supérieure, menton, face interne des cuisses). Ces paramètres pourront être quantifiés par le score de Ferriman et Gallwey, qui attribue un score de 0 à 4 pour chacun des différents sites corporels.

Abdomen

Inspection

Elle permettra d'observer la disposition de la pilosité pubienne et sus-pubienne, la souplesse des téguments, les vergetures, les varices, les cicatrices d'interventions chirurgicales antérieures. On demandera à la patiente de montrer du doigt le site d'une éventuelle douleur.

Palpation

Elle est pratiquée, les mains préalablement réchauffées, à plat. La palpation abdominale systématique recherche sensibilité, défense, contraction, et précise le siège, le volume, la mobilité, la consistance, la sensibilité d'une tumeur kystique ou solide d'origine génitale. Elle permet de définir les zones douloureuses, explore les zones rénales, les points costomusculaires et le cadre colique, et recherche les adénopathies.

Percussion

Elle permet de délimiter les zones de matité. La limite supérieure de cette zone est concave en cas d'ascite, et convexe en cas de volumineux kyste ovarien ou de grossesse (fig. 4).

Auscultation

L'auscultation permet de vérifier la péristaltique intestinale. Plus rarement, elle est utile en cas d'insufflation tubaire, rarement pratiquée actuelle-

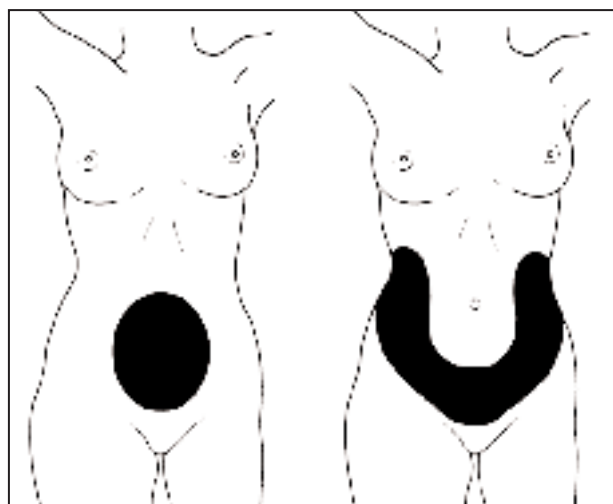


Fig. 4. Matités abdominales. A gauche, concavité d'allure elliptique, à limite supérieure convexe, en cas de masse abdominale. A droite, matité à limite supérieure concave, en cas d'ascite.

ment, ou de recherche des bruits du cœur fœtal, permettant de différencier la grossesse d'autres masses comme un utérus fibromyomateux.

L'examen de la paroi abdominale pourra être complété lorsque la patiente est debout, à la recherche d'une hernie ou d'une éventration.

Examen vulvo-périnéal

L'examen soigneux du périnée apporte des renseignements précieux sur l'imprégnation hormonale réglant les caractères sexuels secondaires. Le passé obstétrical sera également précisé par examen des cicatrices périnéales éventuelles.

La pilosité pubienne, les grandes et les petites lèvres, le clitoris et l'hymen, ainsi que le tégument avoisinant seront soigneusement examinés. On examinera également les glandes annexes (glandes de Skene en paraurétral, et glandes de Bartholin dans le tiers postéro-inférieur des grandes lèvres, palpées par un index vestibulaire et un pouce génito-crural). La distance ano-vulvaire pourra être mesurée (normalement supérieure à 3 cm) et on recherchera une cicatrice d'épisiotomie ou de déchirure. Les lésions dermatologiques locales ou vénériennes, la présence d'abcès ou de fistule sont à rechercher.

La sensibilité périnéale sera appréciée, ainsi que la fonction sphinctérienne.

On recherchera enfin un prolapsus en faisant pousser la patiente. Le prolapsus pourra porter en avant sur l'urètre (uréthrocèle) et la vessie (cystocèle) et parfois sur les deux, avec émission ou non d'urines à l'effort, signant l'incontinence urinaire. Il pourra également porter en arrière sur le rectum (rectocèle), ou sur le cul-de-sac de Douglas (élytrocèle).

La recherche d'une incontinence urinaire d'effort (IUE) se fera la vessie pleine, au contraire du reste de l'examen. On palpera les aires inguinales, à la recherche d'adénopathies.

L'hymen pourra être examiné soit par le toucher rectal, en utilisant le doigt rectal "en crochet", ramenant l'hymen vers l'avant; soit en utilisant une sonde urinaire à ballonnet, préalablement introduite dans le vagin.

Examen au speculum

La mise en place du speculum permet l'examen du col utérin et de la muqueuse vaginale. L'examen est pratiqué sur table gynécologique, le siège de la patiente au niveau du bord de la table. On utilisera un speculum (fig. 3) de taille adaptée, sans lubrifiant de type vaseline, qui pourrait perturber la lecture du frottis de dépistage. En cas de sécheresse vaginale, le speculum peut être humidifié par un peu de liquide physiologique.



Fig. 5. Aspect normal du col utérin. La zone de transformation squamo-cylindrique est bien visualisée.

L'introduction se fera en écartant les lèvres de la main gauche, et en présentant le speculum orienté de presque 90 degrés en rotation antihoraire, au niveau de la fourchette. On évitera ainsi la zone sous-urétrale et le clitoris, qui sont très sensibles. L'introduction se fera en visant le sacrum, à environ 45 degrés par rapport à l'horizontale, en effectuant une rotation horaire du speculum afin de le placer à la verticale.

Le col utérin

L'ouverture du speculum permet la visualisation du col utérin, sous un éclairage adéquat (fig. 5). Le col est normalement situé en bas et en arrière, sauf en cas de rétroversion, où il peut être situé sous la symphyse pubienne. Il peut être dévié vers le haut lorsque l'utérus est augmenté de volume par des fibromyomes. Il peut être latéro-dévié par des tumeurs pelviennes.

La morphologie du col varie avec les périodes de la vie. Petit avant la puberté, il augmente de volume chez la multipare ("museau de tanche"). Son orifice, punctiforme chez la nulligeste, est déchiré, voire béant, lors de certaines grossesses.

Si nécessaire, le col sera mouché de ses sécrétions par un tampon sec, monté sur une pince languette.

Les glandes endocervicales secrètent une glaire limpide qui subit d'importantes modifications physiques et biochimiques au cours du cycle. Son abondance et sa filance sont relatives

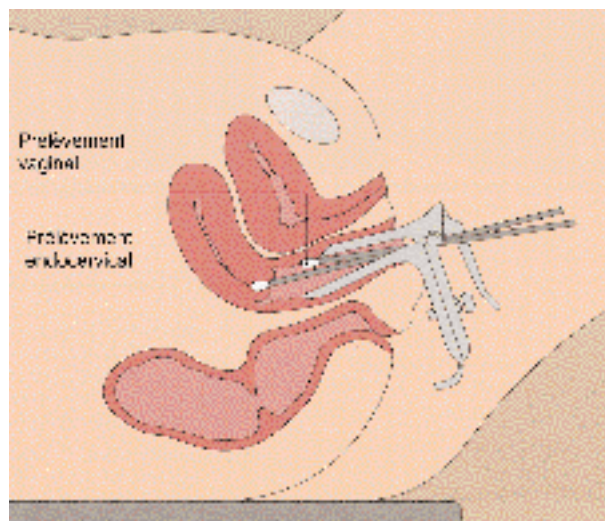


Fig. 6. Localisation des prélèvements bactériologiques, dans les cul-de-sacs ou au niveau de l'endocol.

à l'imprégnation oestrogénique en phase folliculaire, et atteignent un maximum vers le douzième jour du cycle. La glaire est plus compacte et dense en phase lutéale, suite à l'action de la progestérone.

Un éventuel prélèvement bactériologique sera effectué dans les cul-de-sacs postérieurs ou antérieurs (germes banaux) et dans l'endocol (gonocoque et Chlamydia) (fig. 6).

Après repérage de la zone de jonction squamo-cylindrique, on pratiquera le frottis cervico-vaginal à l'aide d'une spatule d'Ayre et d'une éventuelle cytobrush (fig. 3) en cas de jonction déplacée vers le haut. La colposcopie sera réalisée après application cervicale d'acide acétique 3%. Les deux lames du speculum peuvent être utilisées pour pincer légèrement le col, afin de visualiser un écoulement de glaire, de pus ou de sang.

La même manoeuvre, ou l'utilisation de l'Aspiglaire™, permet l'obtention de glaire pour réaliser un test post-coïtal de Huhner. Enfin, en retirant le speculum, on n'omettra pas d'examiner la muqueuse vaginale, entre les deux valves entrouvertes, à la recherche d'une ulcération, kyste ou cancer.

L'examen pourra être complété par l'utilisation de la lame postérieure du speculum démonté, utilisée comme une valve, permettant la recherche de cystocèle, rectocèle ou élytrocèle, après avoir demandé à la patiente de pousser.

La muqueuse vaginale

Elle est en continuité avec celle de l'exocol dont elle partage les caractéristiques. Une éven-



Fig. 7. Technique du toucher vaginal.

tuelle sécrétion accumulée pourra être examinée au microscope en lame et lamelle après addition de liquide physiologique ou de KOH, ou mise en culture.

Toucher vaginal

Il est toujours réalisé après l'examen au speculum, sauf si on planifie de réaliser des manoeuvres intra-utérines (nécessité de préciser la taille et le volume utérin, ainsi que sa position).

Le but du toucher vaginal est l'exploration des organes du petit bassin, associé à la palpation abdominale (fig. 7). La vessie doit être vide, sauf lors de l'exploration d'un prolapsus ou d'une incontinence urinaire. On utilisera un doigtier jetable, ou un gant. Les doigts (index et majeur) écartent tout d'abord les lèvres de la patiente; ensuite, l'index est introduit, pulpe orientée vers le bas, en s'appuyant sur la fourchette. Le doigt est introduit dans le vagin en se dirigeant vers le sacrum. On effectue ensuite la rotation de la main vaginale, afin de présenter la pulpe du doigt examinateur vers le dessus. Les autres doigts sont en position fléchie, afin de disposer d'un maximum de longueur digitale. L'examen se pratique en palpant les organes pelviens entre le doigt vaginal et la main abdominale, cette dernière ramenant le contenu pelvien vers le doigt vaginal (toucher bimanuel). Le premier temps de l'examen consiste à préciser la taille et l'orientation de l'utérus. Ce dernier, s'il est antéversé, sera palpé par le doigt vaginal placé dans le cul-de-sac antérieur et la main abdominale, et sa taille sera appréciée. En cas de rétroversion, la palpation utérine sera plus diffi-

cile, et le doigt vaginal placé dans le cul-de-sac postérieur pourra palper les contours de la paroi utérine postérieure. La totalité de la morphologie utérine sera plus difficilement appréciée.

Ensuite, les annexes seront palpées en parautérin, à gauche et à droite, par l'exploration des cul-de-sacs correspondants.

On explorera systématiquement la paroi vésicale postérieure, les releveurs, le rectum (il ne faut pas confondre un rectum rempli de matières fécales avec une masse); la palpation du cul-de-sac postérieur (correspondant au cul-de-sac de Douglas) pourra révéler la présence d'un épanchement, d'une masse ou d'une douleur élective, signe évocateur de diverses pathologies. Les ligaments utéro-sacrés seront accessibles via le cul-de-sac postérieur.

Il faut cependant savoir que des mauvaises conditions (pusillanimité, atrophie postménopausique, périnée musclé, abdomen gras ou au contraire musclé) peuvent rendre l'examen peu ou pas contributif, ne permettant pas de conclure à sa normalité.

La manoeuvre de Bonney, à la recherche d'une incontinence urinaire d'effort masquée par un prolapsus utérin, sera réalisée en refoulant l'utérus prolapsé par les doigts vaginaux, et en faisant pousser la patiente vessie pleine.

Toucher rectal

Bien que peu pratiqué, le toucher rectal est une étape importante de l'examen gynécologique. Réalisé de manière similaire au toucher vaginal, après des explications claires à une patiente idéalement bien détendue et en utilisant du lubrifiant, il permet l'exploration de la sphère génitale d'une patiente vierge. Il permet aussi une bonne visualisation de l'hymen, en dépliant la fourchette; la palpation de la face postérieure du col et de la face arrière de l'utérus; le cul-de-sac de Douglas; les paramètres (l'infiltration de ceux-ci constitue un élément important en cas d'endométriose et de cancers); l'ampoule rectale. Le toucher bidigital (un doigt vaginal et un doigt rectal) permet de rechercher une élytrocèle et d'examiner la cloison recto-vaginale, à la recherche d'un nodule d'endométriose.

Examen des seins

Inspection

L'inspection sera réalisée à l'aide d'une lampe mobile, permettant l'examen à jour frisant. Elle est réalisée patiente assise, mains sur les hanches, puis bras relevés à la verticale, de face, puis de profil.

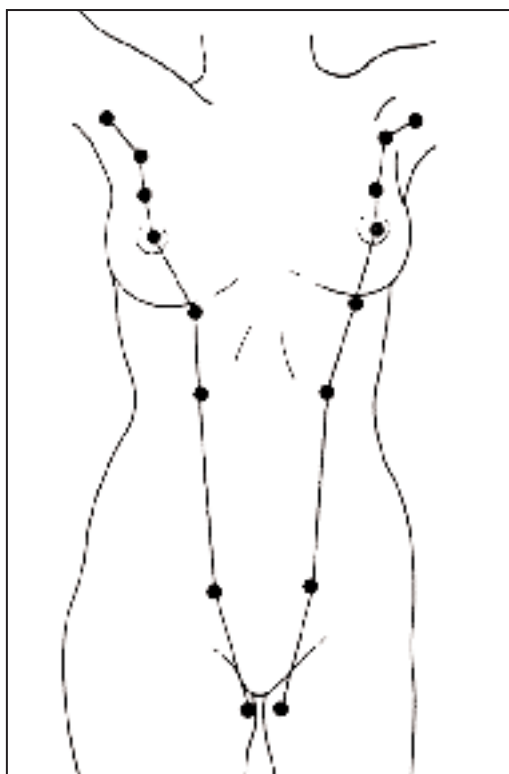


Fig. 8. Lignes mamelonnaires. D'éventuels mamelons surnuméraires se trouvent sur ces repères.

Peau

Une rétraction cutanée sera recherchée. Elle signe la fibrose et l'envahissement éventuel des tissus situés entre la tumeur et la peau, donnant l'impression que la peau et la tumeur sont solidaires l'une de l'autre (capitonnage). Une fossette cutanée spontanée constitue un signe de lésion suspecte de cancer.

Cette rétraction cutanée devra être distinguée de la fossette linéaire correspondant à la maladie de Mondor, une thrombophlébite superficielle qui régresse spontanément.

La peau d'orange est un signe d'inflammation sous-cutanée. Elle est habituellement le témoin de la présence d'une tumeur ou d'un abcès sous-jacent.

La peau d'orange survient souvent brusquement. Elle est la conséquence d'une obstruction locale des lymphatiques dermiques suite à l'envahissement par les cellules cancéreuses. Cet obstacle lymphatique provoque un œdème des papilles dermiques proches de la tumeur, dans le territoire de drainage lymphatique considéré. L'épiderme est refoulé, sauf au niveau de l'orifice des canaux de glandes sudoripares retenus par leur glomérule situé plus profondément dans l'hypoderme. La peau d'orange est donc caractérisée par des points en retrait correspondant

aux orifices élargis des glandes sudoripares. Ils ont une disposition régulière et la surface cutanée qu'ils délimitent entre eux est légèrement surélevée, et est appelée capiton. La répétition de ce motif élémentaire fait penser au capitonnage d'une porte, alors que l'on réserve habituellement le terme de capitonnage aux adhérences fibreuses, bien que ces dernières n'aient en général pas la régularité du capiton. Cette analogie de termes explique que ces deux phénomènes soient souvent confondus.

La peau d'orange est souvent provoquée par des cancers qui présentent une croissance rapide et disséminent rapidement dans le système lymphatique avoisinant.

Mamelon

Sa localisation normale sera tout d'abord vérifiée. Un ou des mamelons surnuméraires peuvent être observés sur les lignes mamelonnaires (fig. 8).

La rétraction du mamelon peut être provoquée par une néoplasie de voisinage, éventuellement non palpable. Dans ce cas, le mamelon et son aréole sont attirés et fixés à la profondeur du sein. La rétraction doit être distinguée de l'ombilication. Cette dernière résulte au contraire d'une inversion en doigt de gant du mamelon seul, qui pourra d'ailleurs être désinvaginé plus ou moins complètement. L'ombilication est souvent présente de longue date, alors que la rétraction est d'apparition récente, coïncidente avec le développement tumoral.

La maladie de Paget constitue un signe d'extension du cancer au niveau du mamelon. Elle peut se présenter sous forme de croûtes à différencier de la verrue séborrhéique et de la coagulation de sécrétions mamelonnaires. Il s'agit le plus souvent d'une ulcération cutanée faisant penser à une lésion eczémateuse, mais qui ne déborde la limite du mamelon qu'après l'avoir largement entamé.

Palpation

La palpation consiste à explorer la glande mammaire, la main à plat, avec la pulpe des doigts, quadrant par quadrant, "heure par heure", d'abord mains sur les hanches pour la palpation profonde. Le creux axillaire sera examiné à la recherche d'adénopathies cliniquement détectables, et de glande surnuméraire. La palpation est ensuite poursuivie en demandant à la patiente de placer les bras à la verticale, ou en lui demandant de se placer en position couchée. Ce dernier examen permet de parfaire la palpation souvent imparfaite d'une glande mammaire hypertrophiée.

L'inspection et la palpation mammaire seront enseignés à la patiente : c'est l'auto-examen du sein, à répéter tous les mois, en phase postménstruelle.

La palpation recherche la présence d'une masse, ainsi que des adénopathies axillaires et sus-claviculaires.

Les rapports entre la peau et la tumeur seront analysés. La peau reste habituellement bien mobilisable par rapport à la tumeur. Il est toutefois possible d'observer une fossette cutanée provoquée, soit en refoulant la tumeur en la pinçant entre le pouce et l'index (apparition d'une "cupule"), soit en la repoussant vers le haut avec le pouce (observation d'une déformation en "coup de hache").

La constatation d'une masse nécessitera souvent la réalisation d'une cytologie d'aspiration réalisée à la seringue. Toute sécrétion mamelonnaire sera placée sur lame porte-objet afin de réaliser un examen cytologique selon Papanicolaou.

L'exploration des douleurs mammaires nécessite l'exclusion du diagnostic de névralgie intercostale. Celui-ci est réalisé par l'épreuve du palper-rouler. Celle-ci débute dans la région dorsale basse en pinçant, entre le pouce et l'index des deux mains, un pli de peau que l'on fait rouler de bas en haut en essayant de le détacher du plan profond. En cas de névralgie intercostale, la sensibilité éveillée par le palper-rouler augmente jusqu'à déclencher une douleur. On peut ainsi définir le dermatome innervé par le nerf intercostal considéré, et rechercher la douleur à la pression de l'apophyse épineuse de la vertèbre concernée (sclérotome) et les contractures des muscles paravertébraux et intercostaux correspondants (myotomes), confirmant l'irritation du métamère considéré.

CONCLUSIONS

Après que la patiente se soit rhabillée et avoir consigné les résultats de l'examen et le diagnostic différentiel dans le dossier médical, le médecin expliquera ces données à la patiente. La pratique raisonnée de l'anamnèse et de l'examen clinique gynécologique permet d'orienter le diagnostic différentiel et de choisir les examens complémentaires nécessaires et suffisants, qui seront présentés dans la deuxième partie de cet article.

La qualité de l'information concernant le diagnostic et les thérapeutiques éventuelles est le meilleur garant de l'observance à ces dernières. En cas de nécessité d'une intervention chirurgicale, les explications quant à son utilité, aux alternatives des voies d'abord et aux complications possibles permettront une meilleure communication ultérieure, surtout en cas de complication.

LECTURES CONSEILLÉES

1. Lansac J, Lecomte P, Marret H.— Gynécologie pour le praticien, 6^{ème} édition. Masson éditeur, Paris, 2002.
2. Clinical Gynecological Endocrinology and Infertility, sixième édition, Leon Speroff, Robert H. Glass, Nathan G. Case, éditeurs, Lippincott Williams & Wilkins, Baltimore, 1999.
3. Blaunstein's Pathology of the Female Genital Tract, cinquième édition, Robert J. Kurman, éditeur, Springer-Verlag, New York, 2002.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Dr F. van den Brûle, Service de Gynécologie, Centre Hospitalier Universitaire, B-35, Sart Tilman, B-4000 Liège. E-mail : f.vandenbrule@chu.ulg.ac.be