

INTRODUCTION

Quel que soit le motif de la consultation, un interrogatoire et un examen clinique complet de l'appareil génital et des seins doivent être menés afin d'établir un diagnostic précis et de prescrire un traitement adapté.

LES DIFFÉRENTES ÉTAPES DE L'EXAMEN

1. L'interrogatoire,
2. Examen général : index de masse corporelle, TA, morphologie, pilosité.
3. Palpation abdominale.
4. Examen de la région vulvo-périnéale.
5. Examen au spéculum.
6. Réalisation d'un frottis cervico-vaginal.
7. Toucher vaginal.
8. Examen des seins.

MOTIFS DE CONSULTATION

- Symptômes anormaux.
- Examen de surveillance.
- Demande de contraception.
- Toute consultation doit être l'occasion de dépistage et de prévention.

L'INTERROGATOIRE**1. Motif de consultation**

Méno-métrorragies, troubles du cycle, leucorrhées, prurit, trouble de la fécondité, prolapsus, incontinence...

2. Date des dernières règles +++**3. Contraception**

- Type de contraception, tolérance ?
- Désir de grossesse ?

4. Si la patiente est ménopausée

- Date de la ménopause ?
- Traitement hormonal substitutif ?

5. ATCD gynécologiques

- Âge de la puberté.
- Caractères des cycles.
- Syndrome prémenstruel, intermenstruel, dysménorrhée.
- Suivi gynécologique, dernier FCV ?

6. ATCD obstétricaux

- Gestité, parité, poids de naissance.
- Accouchement voie basse ou césarienne ?
- Complications de la grossesse.
- Post-partum ? allaitement ?

7. ATCD médicaux, chirurgicaux et familiaux**8. Mode de vie, milieu social, profession****L'EXAMEN AU SPECULUM**

Il doit toujours précéder le toucher vaginal.

- Aucun lubrifiant ne doit être utilisé s'il est prévu de faire un FCV.
- Il permet d'examiner :
 - Le col : aspect variable selon la parité, l'imprégnation ostrogénique,
 - La glaire cervicale,
 - Les faces du vagin, en retirant le spéculum.

LE TOUCHER VAGINAL**1. Technique**

- Avec un doigtier à deux doigts +/- lubrifiant.
- L'autre main est abdominale et permet d'examiner les organes pelviens entre les 2 doigts vaginaux et la main abdominale.

2. On examine

- Le col.
- Les culs de sac latéraux : souples.

- L'utérus : sa taille, sa position, sa mobilité.
- Les annexes : une masse latéro-utérine peut être perçue. Elle correspond le plus souvent à une augmentation de la taille de l'ovaire (kyste ?).
- Le cul-de-sac de Douglas : souple et indolore ; un épanchement intra péritonéal se traduit par une douleur du cul-de-sac et un « cri » du Douglas à la palpation.

3. Le col se définit par :

- Sa **longueur** : long > 2 cm en dehors de la grossesse, il se raccourcit en cours de travail jusqu'à s'effacer.
- Sa **position** : le plus souvent postérieur si l'utérus est antéversé mais il peut être antérieur en cas d'utérus rétro versé ou centré en cours de travail.
- Sa **tonicité** : tonique chez la nullipare, il se ramollit chez la multipare.
- **Ouverture** : fermé chez la nullipare, il s'ouvre en cours de travail et peut devenir déhiscent chez la grande multipare.

4. Le toucher rectal

- Il est rarement réalisé.
- Chez la vierge s'il est indispensable de faire un toucher pelvien, mais à éviter car traumatisant.
- Examen de la cloison recto-vaginale ++ et des paramètres par un toucher bidigital (endométriose ++).

L'EXAMEN DES SEINS

- Malade assise, puis couchée, buste nu.
- Examen bilatéral et comparatif des 2 seins.
- Inspection : de face et de profil, examen dynamique en faisant varier la position des seins.
- Palpation :
 - Quadrant par quadrant et aire aréolaire,
 - Recherche d'un écoulement mamelonnaire par une pression douce sur le mamelon,
 - Examen des aires ganglionnaires axillaires à la recherche de ganglions.
- Explications à la patiente de l'autopalpation des seins.

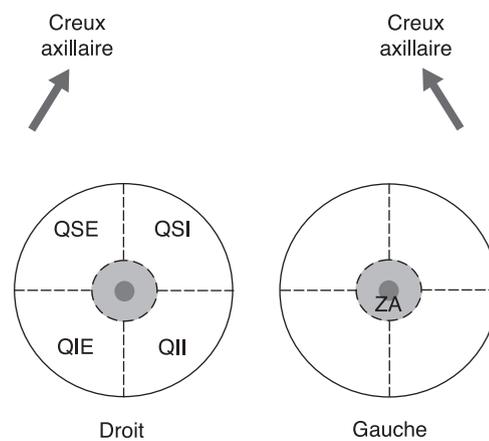


Fig. 1 : Examen des seins quadrat par quadrant.

À NOTER

- L'ordre de l'interrogatoire doit varier en fonction du motif de la consultation et de l'âge de la patiente.
- La date des dernières règles doit être déterminée avec précision. Attention, il doit s'agir des « vraies » dernières règles : les règles doivent survenir à la date prévue, avoir une abondance, une durée et un aspect habituels. Toute chose inhabituelle doit être précisée car il peut s'agir en fait de métrorragies révélant une GEU.
- Dans les questions traitées, l'examen clinique ne sera pas détaillé en entier pour chaque question. Il ne sera précisé que les spécificités de chaque question. Lors de l'examen, s'il est posé la question « détaillez votre examen clinique », il faut reprendre toutes les étapes en l'adaptant à la question posée.

L'ESSENTIEL

- La DDR est le premier élément à faire préciser car l'interrogatoire et l'examen clinique seront différents si la patiente est enceinte ou ménopausée.
- Dans tous les cas l'examen clinique doit être complet.
- Chaque consultation doit être l'occasion de faire le point sur le dépistage (FCV, mammographie) et la prévention (IST, FDR de cancer...).

RAPPORTS ANATOMIQUES

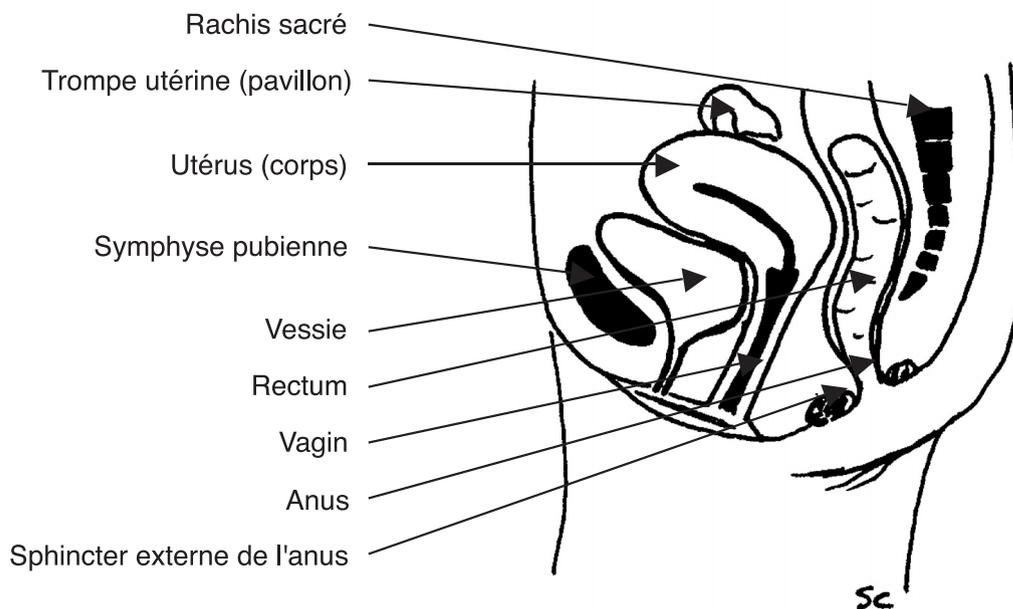


Fig. 1: Rapports anatomiques de l'appareil génital féminin

UTÉRUS ET ANNEXES

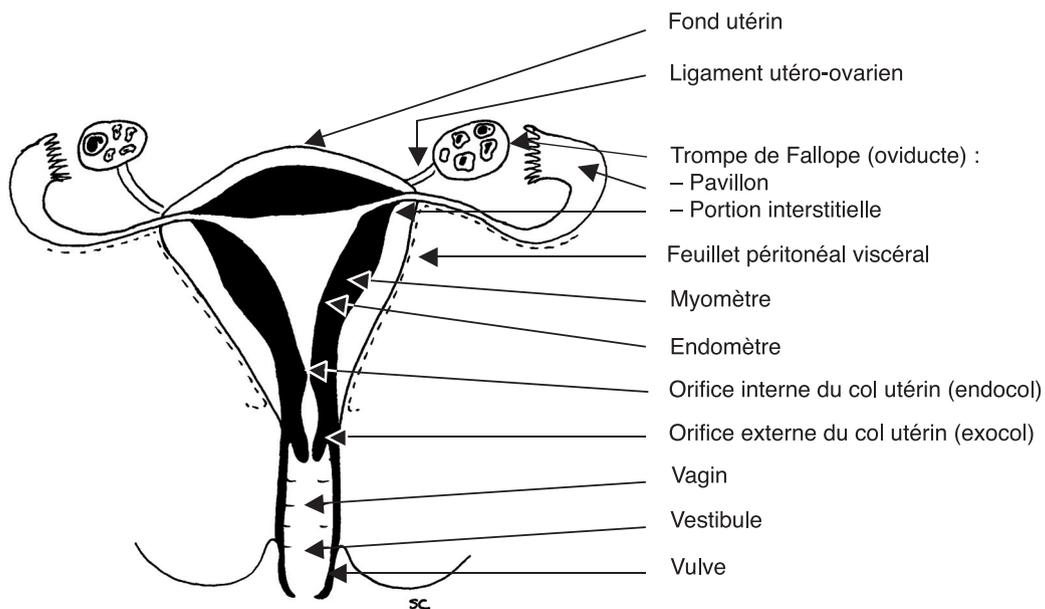


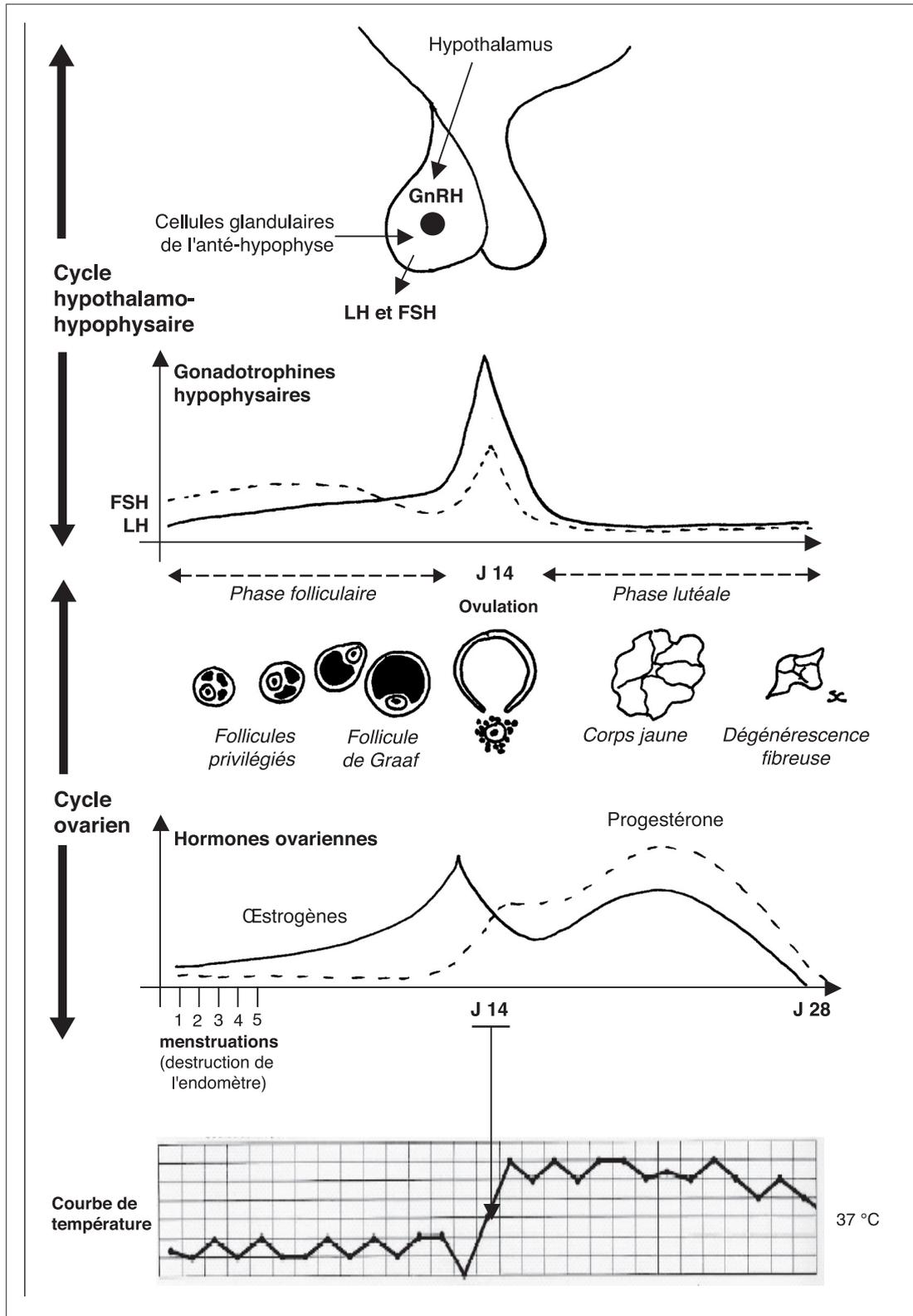
Fig. 2: Schéma de l'utérus et des annexes

ANATOMIE GYNÉCOLOGIQUE

- Les feuillets péritonéaux viscéraux antérieurs et postérieurs forment le ligament large, qui contient :
 - Les ligaments suspenseurs de l'utérus (ligaments rond, utéro-sacré, et cardinal),
 - La trompe et le mésosalpynx,
 - Le mésovarium et le ligament lombo-ovarien (contenant l'artère ovarienne).
- Le paramètre est le prolongement inférieur du ligament large. C'est un espace cellulo-graisseux sous-péritonéal situé au niveau du col de l'utérus ; il se prolonge encore plus bas par le para-vagin.
- L'utérus est vascularisé par les artères utérines droite et gauche, qui naissent des artères iliaques internes (= hypogastriques, que l'on peut être amené à lier dans les hémorragies de la délivrance). Elles arrivent au niveau de la jonction cervico-isthmique puis cheminent le long de l'utérus dans le ligament large en donnant des perforantes qui plongent dans le myomètre.
- Les voies lymphatiques sont nombreuses... Les plus directes suivent les artères utérines jusqu'aux ganglions iliaques internes (= ceux que l'on enlève lors d'un curage « pelvien ») ; mais il existe aussi un drainage vers les ganglions iliaques externes, inguinaux, pré-vertébraux et para-aortiques (= lombo-aortiques). Les lymphatiques du col sont situés dans les paramètres et drainés par les ganglions iliaques externes.

Cycle hormonal ovarien

MO-C



COMMENTAIRES

GnRH = *Gonadotrophin Releasing Hormon*.

FSH = Hormone folliculo-stimulante.

LH = hormone lutéinisante.

- La sécrétion de GnRH par l'hypothalamus est pulsatile (toutes les 60-90min). Dans ces conditions, si l'on donne une forte dose d'analogue type Décapeptyl[®], on bloque tout le cycle. À l'inverse on traite les anovulations hypothalamiques (hypogonadisme hypogonadotrope) par pompe à GnRH.
- La sécrétion de FSH induit le développement de plusieurs follicules à des vitesses différentes (recrutement).
- Vers J8, le follicule dominant (celui qui a commencé à grandir le plus tôt, et qui est le plus sensible à la FSH) commence à sécréter de l'œstradiol. Ceci induit un rétrocontrôle négatif sur la sécrétion de FSH responsable de l'arrêt du développement

des autres follicules (d'où, normalement, une ovulation uni-folliculaire).

- Au-delà d'un certain seuil l'œstradiol exerce un rétrocontrôle positif de courte durée sur l'axe hypothalamo-hypophysaire responsable d'une augmentation des concentrations de FSH et LH.
- C'est le pic de LH qui déclenche l'ovulation (36 heures après le début du pic), puis qui développe le corps jaune à partir du follicule rompu (via la sécrétion de progestérone).
- La progestérone a une action hyperthermique (d'où une hausse de température après l'ovulation) et prépare l'organisme à la gestation.
- Pendant la phase lutéale, en l'absence de fécondation, œstrogène et progestérone exercent un rétrocontrôle négatif sur FSH et LH, avec en fin de cycle une régression du corps jaune, puis le début des menstruations.

Frottis cervico-vaginal (FCV)

MO-D

GÉNÉRALITÉS

- C'est l'examen de dépistage du cancer du col de l'utérus.
- Il est réalisé :
 - Dès le premier rapport sexuel,
 - Contrôle à 1 an du premier frottis, puis s'il est normal, tous les 1 à 3 ans,
 - Jusqu'à 65 ans.
- Couverture : 60 % de la population.
- On retrouve 3 à 5 % d'anomalies cytologiques.
- Ces anomalies naissent au niveau de la zone de jonction entre l'épithélium pavimenteux de l'exocol et cylindrique de l'endocol.
- Il est donc fondamental de pouvoir disposer pour étude cytologique, de cellules de l'endocol ET de l'exocol.

INTERPRÉTATION DU FCV

Le système de BETHESDA 2001

C'est le seul système devant être utilisé pour rédiger un compte rendu :

1. Frottis interprétables si :

- < 10 % de cellules malpighiennes.
- > 70 % de cellules épithéliales.
- ininterprétables si contamination, sang, inflammation...

2. Absence de cellules endocervicales

Cet élément doit absolument être spécifié sur le compte rendu.

TECHNIQUES DE PRÉLÈVEMENT

1. Conditions optimales

- À distance d'un rapport sexuel (> 48 heures).
- En dehors des règles.
- En dehors de toute infection.
- En l'absence de traitement local.

- Ne pas faire de TV avant le FCV.
- Ne pas utiliser le lubrifiant sur le spéculum.
- Doit concerner la totalité de l'orifice cervical externe et de l'endocol.

2. Les 2 sortes de frottis

- Le frottis conventionnel.
- Le frottis en milieu liquide.

3. Le frottis conventionnel

- Spatule d'Ayre (exocol) + brosse (endocol).
- Étalement uniforme.
- Fixation immédiate.

4. Le frottis en milieu liquide

- Cervex brush®.
- Mis en suspension dans un liquide de conservation.
- Diminue le nombre de frottis ininterprétables.
- Permet la réalisation du test HPV dans le même temps.
- + coûteux.

5. Feuille de renseignement

- Préciser la DDR.
- Type de contraception.
- Événuel traitement en cours.
- Indication du FCV +/- CR du dernier FCV.

RÉSULTATS : CLASSIFICATION DE BETHESDA

1. Absence de lésion malpighienne intra-épithéliale ou de signes de malignité

2. Anomalies des cellules malpighiennes

- Atypies des cellules malpighiennes (ASC) :
 - De signification indéterminée (ASC-US),

- Ne permettant pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (ASC-H).
- Lésion malpighienne intra-épithéliale de bas grade (LSIL) regroupe :
 - CIN 1,
 - Dysplasie légère,
 - Koïlocytes : cellules vacuolisées témoignant d'une infection à Human Papilloma Virus.
- Lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade (HSIL) regroupe :
 - CIN 2 et 3, Carcinome In Situ (CIS),
 - Dysplasie modérée et sévère.
- Carcinome malpighien.

3. Anomalies des cellules glandulaires

- Atypies des cellules glandulaires (AGC) : endocervicales, endométriales ou sans précision (NOS).
- Atypies des cellules glandulaires en faveur d'une néoplasie : endocervicales ou sans précision (NOS).
- Adénocarcinome endocervical *in situ* (AIS).
- Adénocarcinome.

4. Autres

- Cellules endométriales chez une femme âgée de 40 ans ou plus.

LA COLPOSCOPIE

⇒ **Tout frottis anormal doit être contrôlé par une colposcopie.**

Elle permet des biopsies pour analyse anatomopathologique des zones suspectes.

1. Examen du col sans préparation

2. Test à l'acide acétique

- Permet de repérer la zone de jonction ++.
- Les zones dysplasiques blanchissent.

3. Test au lugol

- Les zones dysplasiques sont iodonégatives.

4. Biopsies

Sur les zones iodonégatives.

5. Schéma daté

6. Si la zone de jonction n'est pas bien visualisée : faire une conisation diagnostique

On rappelle que les dysplasies cervicales débutent au niveau de la zone de jonction (lieu favori de l'HPV).

TYPAGE HPV (HUMAN PAPILLOMA VIRUS)

1. Technique

Prélèvement en plus du FCV conventionnel et analyse par PCR dans le même temps que le FCV en milieu liquide.

2. Indications

- Non indiqué quand la colposcopie doit être faite (lésion de haut grade...).
- Peut avoir un intérêt dans les lésions indéterminées de type ASC-US.
- Pour certains, ne doit pas être fait systématiquement lors du dépistage primaire en plus du FCV, mais pourrait permettre d'espacer les FCV tous les 3 ans sans crainte si FCV normal et HPV négatif,
- Mais que faire en cas de FCV normal et HPV positif... ???

CAT THÉRAPEUTIQUE (CF. FIG. 1)

1. En cas de lésion intra-épithéliale de bas grade

- 2/3 disparaissent spontanément.
- Contrôle du FCV à 6 mois :
 - Si persistance : faire une colposcopie,
 - Si confirmation : vaporisation laser ou électrorésection de la lésion à l'anse diathermique avec analyse anatomopathologique,
 - Si zone de jonction mal vue : conisation diagnostique.

2. En cas de lésion intra-épithéliale de haut grade

- Colposcopie immédiate avec biopsies.
- Si confirmation : électrorésection à l'anse diathermique ou conisation chirurgicale avec analyse anatomopathologique de la pièce.
- Vérifier le passage en marge saine ++.
- Surveillance tous les 6 mois.