

Ministère de l'Enseignement  
Supérieur et de la Recherche  
Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



UNIVERSITE DES SCIENCES DES  
TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES  
DE BAMAKO



FACULTE DE MEDECINE ET  
D'ODONTO-STOMATOLOGIE

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020-2021

N°.....

**THESE**

Motifs de consultation en gynécologie au  
CHU Gabriel Touré

Présentée et soutenue publiquement le ...../...../2021 devant la  
Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

**Par M. Madi TRAORE**

**Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine  
(Diplôme d'Etat)**

**Jury**

**Président :** Pr Niani Mounkoro

**Membres :** Pr Tioukani Augustin Thera

**Co-directeur :** Dr Seydou Fané

**Directeur :** Pr Ibrahima Tégoué

# **DEDICACES**

***Bismil-lahi-Rahmani-Rahimi***

Gloire et Pureté à **ALLAH**, Seigneur de l'univers, le tout Miséricordieux, le très miséricordieux, le Détenteur des faveurs. Maître du jour de la résurrection, le Vivant. C'est Lui qui subsiste par Lui-même.

Je remercie le seigneur des cieux et de la terre, l'omnipotent, l'omniscient sans la grâce de qui ce travail n'aurait pas pu voir le jour et c'est lui qui est détenteur de l'énorme grâce.

<<GLOIRE à TOI ! Nous n'avons de savoir que ce que Tu nous as appris. Certes c'est Toi l'Omniscient, le Sage>>.

Que sa grâce, son salut, son pardon et ses bénédictions soient accordés au meilleur des créatures, le prophète **Mohamad**, paix et salut sur lui ; ainsi qu'aux membres de sa famille et à tous ses compagnons.

Que sa miséricorde et son pardon soient accordés également à ceux qui le suivent jusqu'au jour dernier.

Je dédie ce travail :

**A mon père : Sékou Bourema TRAORE.**

Papa, les mots me manquent aujourd'hui pour exprimer mes sentiments. C'est l'occasion pour moi d'être reconnaissant envers toi pour m'avoir fait quitter des ténèbres à la lumière en m'inscrivant à l'école. Tu nous as appris le sens de la dignité, de l'honneur, du respect et de la probité. Tu as cultivé en nous un esprit de partage, de tolérance, de l'endurance et de patience. Malgré cette dure épreuve (maladie) que tu transpires, ton souci et ton amour pour la famille n'a fait qu'augmenter. Père, tu t'es fait remarquer par ta simplicité, ton courage, ton sérieux, et ta bienfaisance envers les autres, sans quoi nous ne serions pas comme nous sommes aujourd'hui. Tu es pour moi une référence à suivre dans la réforme de ma personne. Tes prières et tes bénédictions ne m'ont jamais fait défaut, ainsi que ton soutien moral, affectif et matériel. Je t'en remercie énormément. Merci, pour toute la confiance que tu as placée en moi depuis le début de mon cycle. Qu'Allah le Tout Puissant te donne une longue vie.

**A ma mère : *Mariama KAMISSOKO***

Maman ce travail est le fruit de ton endurance. Femme du champs, femme de la résignation. Tu t'es battue pour la famille afin que moi et mes frères, nous puissions atteindre nos objectifs en étudiant. Grace à ton endurance et à ton courage nous avons pu jouir de notre droit d'aller à l'école comme tous les autres enfants. Je me rappelle le jour où je voulais abandonner les études pour soutenir la famille, tu m'as dit : « mon fils reste à l'école, je le ferai à ta place tu dois étudier car nous sommes dans un monde où l'ignorance n'a plus de place. Soit homme mon fils » . Maman de tous les enfants du quartier, ton amour pour les enfants d'autrui, ta bienfaisance envers les autres, ton soutien à mon père et ta bénédiction nous permettront d'avoir nos vœux s'il plaît à Allah.

Chère mère, les épithètes me manquent aujourd'hui pour apprécier ta personne. Aucun sacrifice ne pourra récompenser tes efforts. Tu ne seras jamais déçu pour avoir enduré incha Allah. Qu'ALLAH te donne une longue vie avec une bonne santé. Je t'aime maman.

**A mes grands-parents, maternels et paternels**

Votre bénédiction, vos prières m'ont été toujours précieuses. Trouvez ici l'expression de ma tendresse, mon profond amour et ma reconnaissance.

Puisse ce travail être une prière pour votre âme.

**A mes grand-mères : Feu Nandiané Dansira, Feu Bolimakan Kamissoko**

J'aurai souhaité que vous soyez là aujourd'hui mais hélas... Vous m'avez toujours aimé et porté secours dans les moments les plus difficiles de mon enfance. Qu'Allah vous offre une place dans la demeure de la stabilité (le Paradis).

**A mon chère et aimable épouse : Oumou DIARRA**

Femme de ma vie, mon âme sœur, ton amour pour moi est grande. Tes sacrifices, ton soutien moral et ta patience m'ont permis d'aller au terme de ce travail. Que Dieu bénisse et protège notre union.

**A mes enfants : Sayba Traoré et Kandioura Traoré**

Vous réjouissez mes yeux, je vous aime beaucoup. Puisse Dieu vous donne une longue vie.

**A mes frères et sœurs : Salif Traoré, Djibril Traoré, Fanta Traoré, N'faly Traoré, Moussa Traoré, Fatimatou Traoré, Alhassane Traoré, Alhousseyni Traoré, M'bamissa Traoré, Bintou Traoré.**

Vous m'avez toujours porté secours chaque fois que j'en n'avais besoin. Je vous remercie pour votre soutien physique, moral et même financier. Merci pour le respect que vous portez à mon égard. Que Dieu vous récompense et vous assiste dans tous ce que vous entreprenez et souhaitez mener de bien dans la vie. Je vous serai reconnaissant pour toujours.

Que Dieu renforce notre relation parentale et qu'il fasse que nous restions unis pour toujours.

**A mes tontons : Salif Traoré, Bangaly Traoré, Nioumabougary Traoré, Lassy Traoré, Sékou Traoré, Feu Nanbalaye Bourama Traoré, Feu Karim Traoré, Moussa Traoré, Daouda Traoré, Bourama Traoré, Yacouba Traoré, Feu Moussa Djan Traoré, Bobo Traoré.**

C'est une véritable occasion pour moi de vous adresser mes sincères reconnaissances. Vous avez été avec mon père, les véritables artisans de ma vie. Notre famille trouve sa grandeur dans votre union. Que Dieu pérennise cette union.

Qu'Allah donne une longue et heureuse vie à ceux qui sont parmi nous et qu'il accorde son pardon et sa miséricorde à ceux qui nous ont devancé.

**A mes tantes : Feu Na Fanta kamissoko, Saran Kamissoko, Mbassanou Kamissoko, Boyi Kangama, Assitan Sacko, Sira Kamissoko, Sama Kamissoko, Mariam Sidibé, Hinda Sacko, Bintou Sacko, Fanta Kangama, Bintou Kamissoko.** Merci pour vos souviens et vos bénédictions

**A mes cousins :** Sekou Dembele, Fanta Bakary Traoré, Sidaty Traoré, Saran Madi Traoré, Issa Traoré, Sira Mahamadou Traoré, Bakary Traoré, Sama Mahamadou Traoré et tous les autres...

Je me souviendrai toujours des bons moments vécus ensemble. Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon amour, mon profond attachement et mes souhaits de succès et de bonheur pour chacun de vous. Que Dieu vous protège. Je vous remercie.

**A mon beau père : Kandioura Diarra**

Merci pour m'avoir porté secours en me soutenant financièrement durant mes études. Je te serai reconnaissant durant toute ma vie Inchallah.

**A Banama Diarra, Matenin coulibaly, Fatim Diarra, Lamine Cissé**

Merci pour vos soutiens de diverses natures.

# **REMERCIEMENTS**

## **REMERCIEMENTS**

-Aux enseignants du primaire et du secondaire. Je suis fier d'avoir été votre élève. Trouvez dans ce travail cher Maîtres, le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement dont j'ai bénéficié.

-A tous mes maîtres de la faculté de médecine, de pharmacie et d'odontostomatologie pour la qualité de l'enseignement reçu.

### **Au Professeur Niani Mounkoro**

Merci d'avoir éveillé en nous cet intérêt pour la gynécologie-obstétrique. Vous nous avez appris la rigueur dans le travail et la nécessité de se remettre en question. Merci cher maître pour le savoir-faire que vous nous avez transmis. Puisse le seigneur vous donner une longue vie.

### **Au Professeur Ibrahima Téguté**

Votre grandeur d'âme, votre esprit de partage et surtout votre dynamisme n'ont pas manqué de nous impressionner. Vous nous avez appris à ne jamais se satisfaire du résultat obtenu et à se perfectionner de façon perpétuelle. Je n'ai pas assez de mots pour vous témoigner ma gratitude et mon affection. Merci pour votre dévouement, vos conseils.

Puisse le seigneur vous combler de grâces.

### **Au Professeur Youssouf Traoré**

Votre rigueur scientifique et vos compétences techniques font de vous un homme de science apprécié de tous. Tout en espérant continuer à apprendre à vos côtés, veuillez recevoir cher maître toute ma reconnaissance et mon estime.

### **A Docteur Seydou Fané**

Votre disponibilité, votre courage, votre souci de bien faire et votre générosité dans le partage du savoir ont permis à ce travail de voir le jour. Merci cher maître pour nous avoir enseigné de ce que nous ne savions pas.

### **A Docteur Amadou Bocoum**

Vous avez toujours répondu à nos sollicitations quelles qu'elles soient. Nous avons été satisfaits par vos enseignements. Votre simplicité, votre dévouement au travail et



surtout votre personnalité joviale sont tant de qualités qui font de vous un maître exemplaire. Recevez ici, tout le respect que je voue à votre personne.

**A Docteur Dr Siaka Sanogo**

J'ai beaucoup appris auprès de vous durant ces années au service. Votre calme et votre simplicité impose le respect de tous à votre égard.

**A Docteur Dr Cheickna Sylla**

Votre humilité, votre gentillesse, votre abord facile, votre simplicité, vos éminentes qualités humaines de courtoisie et de sympathie sont des caractères qui font vous un maître admiré et respecté. Veuillez recevoir ici notre immense reconnaissance.

**A tout le personnel du service de gynéco-obstétrique :**

Aux sages-femmes, aux infirmières et aux majors. Merci à vous tous.

Retrouvez ici l'expression de mes affections chaleureuses.

**A tous les DES du service**

Merci de nous avoir montré le chemin, vos conseils et vos encouragements nous ont beaucoup édifié. Merci pour les beaux moments passés ensemble.

**A mes collègues thésards et aînés du service de gynécologie-obstétrique :** Dr Dado

Kassé, Dr Omar Traoré, Dr Bassirou Diallo, Dr Mahmoud Cissé, Dr Moussa Tangara, Dr Aicha Dembélé, Dr Hassan Touré, Dr Bruno koné, Dr Bouramasiré Bocoum, Dr André Kamaté, Dr Hawa Mahamane Touré, Dr Helizabet, Interne Nana kadidia Diarra, Interne Djibril Camara.

Merci pour votre franche collaboration et votre esprit d'équipe. Ce travail est le résultat de nos efforts conjugués.

**A mes amis de la faculté :** Dr Adama Moussa Diallo, Dr Mahamadou Kamissoko, Dr

Sonogo Nana Dembele, Dr Daou Fatimata Djim, Dr Moussa Bourama Keita, Dr Mamadou Traoré, Dr Diallo Ramatoulaye Diallo, Dr Moussa Sissoko, Dr Koly Diawara, Interne Zoumana Sissoko.

J'ai eu le plaisir de vous connaître durant des années. Que le tout puissant raffermisse nos liens d'amitié.

A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis de citer.

Que cette thèse soit pour vous le témoignage de mes sentiments les plus sincères et les plus affectueux.

# **HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY**

**A notre maître et président du jury :**

**Professeur Niani MOUNKORO**

- **Maître de conférences de gynécologie-obstétrique à la FMOS ;**
- **Chef de département de gynécologie-obstétrique du CHU Gabriel Touré ;**
- **Formateur national en soins après avortement ;**
- **Point focal national des soins après avortement ;**
- **Coordinateur du diplôme d'étude spécialisé (D.E.S) en gynécologie-obstétrique du Mali ;**
- **Officier de l'ordre du mérite de la santé du Mali ;**

**Honorable Maître,**

Vous nous faites un réel plaisir et un grand honneur en acceptant de présider ce jury malgré vos importantes et multiples occupations.

Votre rigueur scientifique, vos éminentes qualités humaines et pédagogiques, votre persévérance et votre rigueur dans la prise en charge des malades font de vous un maître exemplaire ; nous sommes fiers d'être parmi vos élèves.

Cher maître, soyez rassurés de toute notre gratitude, notre confiance et notre profonde reconnaissance.

Puisse Dieu vous donner une longue vie.

## **A notre Maître et jury**

### **Pr. Tioukani. Augustin THERA**

- **Chef de service de gynécologie-obstétrique CHU point G ;**
- **Maître de conférences agrégé en gynécologie-obstétrique ;**
- **Ancien faisant fonction d'interne des hôpitaux de Lyon (France) ;**
- **Titulaire d'une attestation de formation spécialisée en gynécologie-obstétrique : université Claude Bernard Lyon (France) ;**
- **Titulaire d'un diplôme d'étude universitaire en thérapeutique de la stérilité – Université Paris IX (France) ;**
- **Titulaire d'un diplôme européen d'encyclopédie opératoire en gynécologie : Université d'Auvergne, Clermont Ferrant (France) ;**
- **Titulaire d'un diplôme d'étude universitaire en encyclopédie et pathologies cervico-vaginales Angers (France)**
- **Titulaire d'un diplôme Inter universitaire d'échographie gynécologique et obstétricale Université Paris Descartes**
- **Titulaire d'un certificat d'études spécialisées en gynécologie obstétrique : Université de Benin**
- **Doctorat d'état en médecine : Université d'état de médecine Pirogov : Vinnitsa (Ukraine)**
- **Membre du comité politique du programme de la reproduction Humaine (HRP) à l'OMS : Genève (Suisse).**

### **Cher maître,**

C'est un réel plaisir que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Votre disponibilité, votre abord facile, votre dévouement au travail, et votre modestie imposent le respect et représentent le model que nous serons toujours heureux de suivre.

C'est l'occasion pour nous de vous exprimer notre admiration pour votre compétence professionnelle, pédagogique et pour votre grande sympathie. Comptez sur notre profonde gratitude et notre sincère reconnaitre cher maître.

Que Dieu le tout puissant, vous accorde santé et longévité.

**A notre Maître et co-directeur,**

**Docteur SEYDOU FANE**

- **Gynécologue-Obstétricien**
- **Praticien hospitalier au CHU Gabriel Touré**
- **Maître assistant à la FMOS**

**Cher Maître,**

Nous ne cesserons jamais de vous remercier pour avoir placé votre confiance en nous en codirigeant ce travail. Votre rigueur scientifique, votre ponctualité votre assiduité et votre humilité font de vous un grand maître de science. Nous avons toujours été fasciné par l'humilité et la pédagogie dont vous faites preuve.

C'est un grand honneur et une grande fierté pour nous de compter parmi vos élèves. Veuillez agréer cher maître, nos sincères remerciements et l'expression de notre profonde gratitude. Que Dieu le tout puissant vous assiste et vous donne une longue et heureuse vie.

**A notre Maître et Directeur de thèse,**

**Professeur Ibrahima TEGUETE**

- **Maître de conférences agrégé en gynécologie obstétrique à la F.M.O.S.**
- **Chef de service de gynécologie du CHU Gabriel Touré.**
- **Secrétaire général de la société Africaine de gynécologie obstétrique (SAGO).**
- **Membre de la société Malienne de Gynécologie-Obstétrique (SAMAGO)**
- **Point focal du dépistage du cancer du col de l'utérus au Mali.**

**Cher maître,**

En dirigeant ce travail, vous avez guidé nos pas dans la recherche scientifique et notre amour envers ce métier n'a fait qu'augmenter.

Nous ne cesserons jamais de vous remercier pour nous avoir accueilli dans votre service et transmis votre savoir en faisant preuve de votre attachement à notre formation. Nous nous souviendrons toujours de votre générosité, de votre gentillesse et surtout de vos précieux conseils durant notre séjour dans votre service. Nous sommes fiers de compter parmi vos élèves.

Veillez agréer cher maître, le témoignage de notre immense reconnaissance et de notre profonde gratitude. Que Dieu le tout puissant, vous accorde santé et longévité afin que plusieurs générations d'apprenant puissent bénéficier de votre enseignement.

## **ABREVIATION**

Améno. primaire : aménorrhée primaire.

Améno. secondaire : aménorrhée secondaire.

ATB : antibiotique

Culti : Cultivatrice

Cmmer : Commerçante

Coiff : Coiffeuse

CHU : Centre de santé universitaire

ECBU : examen cytot bactériologique des urines.

Etud : Etudiante

Elev : Elève

Fonct : Fonctionnaire

IUE : Incontinence urinaire d'effort

Ménag : Ménagère

N : effectif

PV : prélèvement vaginal

TDM : tomodensitométrie

TV : toucher vaginal

TR : toucher rectal

UGD : ulcère gastroduodéal.



## TABLE DES MATIÈRES

I- INTRODUCTION .....	2
II-OBJECTIFS .....	5
III- GENERALITES .....	7
3. 1. Interrogatoire .....	7
3.1.1. Enoncé du motif de la consultation .....	7
3.1.2. Informations administratives .....	8
3.1.3. Recherche des antécédents .....	8
3.1.3.1. Antécédents personnels .....	8
3.1.3.2. Antécédents familiaux .....	13
3.1.4. Conclusion .....	13
3.1.5. Motif de la consultation .....	13
3.1.5.1. Troubles du cycle et hémorragies génitales .....	13
3.1.5.2. Douleurs pelviennes .....	15
3.1.5.3. Leucorrhées .....	17
3.1.5.5. Troubles urinaires .....	21
3.1.5.6. Troubles rectaux .....	23
3.1.5.8. Troubles de la fécondité .....	24
3.1.6. Conclusion .....	25
3.2. Examen clinique .....	25
3.2.1. Examen général .....	25
3.2.1.1. Morphotype .....	25
3.2.1.2. Indice de masse corporelle .....	26
3.2.1.3. Recherche d'une hyper androgénie .....	26
3.2.1.4. Suite de l'examen général .....	26
3.2.2. Examen gynécologique .....	27
3.2.2.1. Examen des seins. ....	27
3.2.2.2. Examen gynécologique .....	31
3.2.2.3. Examen au spéculum. ....	35
3.2.2.4. Toucher vaginal .....	43

3.2.2.5. Toucher anorectal.....	47
3.2.3.6. Toucher bi-digital.....	48
IV- METHODOLOGIE.....	53
4.1. Cadre de l'étude .....	53
4.2. Organisation du service.....	53
4.3. Type d'étude :.....	56
4.4. Période d'étude.....	56
4.5. Population d'étude .....	56
4.6. Echantillonnage.....	56
4.6.1. Critères d'inclusion :.....	56
4.6.2. Critères de non inclusion.....	56
4.7. Variables et sources de collecte des données.....	56
4.8. Traitement et analyse des données.....	58
4.9. Définitions opérationnelles .....	58
V- RESULTATS .....	61
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	86
1. Aspects méthodologiques :.....	86
2. Caractéristiques sociodémographiques des patientes :.....	86
• Mode d'admission :.....	88
VII. CONCLUSION .....	93
VIII. RECOMMANDATIONS : .....	95
Références bibliographiques :.....	97
FICHE SIGNALÉTIQUE .....	103
SERMENT D'HIPPOCRATE :.....	105

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau I : leucorrhées et examen macroscopique au cours de la consultation.	19
<b>Tableau II : variables et sources de collecte des données.</b>	<b>57</b>
<b>Tableau III : caractéristiques sociodémographiques des patientes.</b>	<b>61</b>
<b>Tableau IV : fréquence des motifs de consultation</b>	<b>62</b>
<b>Tableau V : répartition des motifs de consultation en fonction de la tranche d'âge.</b>	<b>63</b>
<b>Tableau VI : répartition des motifs de consultation en fonction du statut matrimonial.</b>	<b>64</b>
<b>Tableau VII : répartition des motifs de consultation en fonction de la gestité.</b>	<b>65</b>
<b>Tableau VIII : répartition des motifs de consultation en fonction de la parité</b>	<b>66</b>
<b>Tableau IX : répartition des motifs de consultation en de la profession.</b>	<b>67</b>
<b>Tableau X : répartition des motifs de consultation en fonction du mode d'admission</b>	<b>68</b>
<b>Tableau XI : répartition selon les résultats du PV et de l'ECBU.</b>	<b>69</b>
Tableau XII : répartition selon le résultat du spermogramme.	69
<b>Tableau XIII : répartitions selon les résultats des examens radiologiques.</b>	<b>70</b>
<b>Tableau XIV : fréquence des pathologies diagnostiquées.</b>	<b>71</b>
<b>Tableau XV : répartitions des pathologies en fonction de la tranche d'âge.</b>	<b>72</b>
<b>Tableau XVI : répartitions des pathologies en fonction de la tranche d'âge (suite).</b>	<b>73</b>
<b>Tableau XVII : répartitions des pathologies en fonction de la profession.</b>	<b>71</b>
<b>Tableau XVIII : répartitions des pathologies en fonction de la profession (suite)</b>	<b>72</b>
<b>Tableau XIX : répartitions des pathologies selon la gestité</b>	<b>73</b>
<b>Tableau XX : répartitions des pathologies selon la gestité (suite)</b>	<b>74</b>
<b>Tableau XXI : répartition des pathologies en fonction de la parité.</b>	<b>75</b>
<b>Tableau XXII : répartition des pathologies en fonction de la parité (suite)</b>	<b>76</b>
<b>Tableau XXIII : répartition de la fréquence des différents traitements</b>	<b>77</b>

## **LISTE DES FIGURES**

<b>Figure 1 : spéculum de Cusco</b>	<b>35</b>
<b>Figure 2 : Cusco de vierge</b>	<b>35</b>
<b>Figure 3 : spéculum de Collin</b>	<b>35</b>
<b>Figure 4: Pose du spéculum.</b>	<b>37</b>
<b>Figure 5 : Manœuvre de la valve antérieure</b>	<b>41</b>
<b>Figure 6 : Manœuvre de la valve postérieure</b>	<b>41</b>
<b>Figure 7 : TV et manœuvre de Bonney</b>	<b>42</b>
<b>Figure 8 : technique du touche vaginal pour un droitier</b>	<b>44</b>
<b>Figure 9 : approche syndromique des leucorrhées</b>	<b>80</b>
<b>Figure 10 : approche syndromique des algies pelviennes</b>	<b>81</b>
<b>Figure 11: approche syndromique des saignements anormaux</b>	<b>82</b>
<b>Figure 12 : approche syndromique des prurits vulvaires.</b>	<b>83</b>
<b>Figure 13 : description générale de l'échantillon.</b>	<b>84</b>

# **INTRODUCTION**

## INTRODUCTION

La gynécologie est une spécialité médico-chirurgicale consacrée à l'étude de l'organisme de la femme et de son appareil génital tant du point de vue physiologique que pathologique [1]. Elle s'occupe à toutes les tranches d'âge, depuis avant la puberté jusqu'à la ménopause. Différents symptômes amèneront les femmes au moins une fois dans leur vie à consulter dans un service de gynécologie.

En consultation médicale, en présence d'un patient, la recherche d'un diagnostic est indispensable pour la prise en charge du patient. La consultation gynécologique ne fait pas exception à cette règle. La consultation gynécologique comprend trois éléments principaux, à savoir : l'accueil, l'interrogatoire et l'examen physique.

L'interrogatoire est le premier temps de l'examen [2]. Il s'agit d'un temps capital et indispensable. Il doit dans un premier temps être l'occasion de « détendre l'atmosphère », de mettre la patiente en confiance pour qu'elle puisse se confier en toute quiétude à son médecin [3]. L'interrogatoire doit être réalisé avec respect, patience, mais aussi avec fermeté [4]. Il a pour objectif de savoir le motif de consultation, de retracer l'histoire et les antécédents de la maladie et d'orienter les examens complémentaires d'une part et le diagnostic d'autre part. Le premier objectif de l'interrogatoire qui est le motif de consultation constitue l'objet de notre étude. Le motif de consultation en gynécologie est un élément essentiel de la démarche diagnostique. Il constitue le premier fil conducteur du praticien. Il est recherché par l'interrogatoire. L'interrogatoire est un instrument interactif d'échange d'informations médecin-malade qu'il faut apprendre à maîtriser car il est aussi vecteur d'émotions. L'interrogatoire médical ne consiste pas pour le médecin à faire dire ce qu'il souhaite entendre mais à entendre ce que l'on souhaite lui dire [5]. Son but est double :

- Rechercher le motif de la consultation ;
- Préciser les antécédents. [2]

La fréquence moyenne de consultations gynécologique est environ 3,6 par an en France [6]. Cette fréquence est variable dans notre contexte africain.

Les symptômes motifs de consultation sont nombreux, de fréquence et d'importance variable. En effet, une étude a été réalisée au CHU du Point G à Bamako en 2009 sur

les motifs de consultation en gynécologie. Dans cette étude COULIBALY S a trouvé que les motifs de consultation les plus fréquents étaient représentés par le désir d'enfant (**27,6%**), les douleurs pelviennes (**24,2%**) et les troubles du cycle (**6%**) [7]. Nous nous sommes intéressés à l'étude des motifs de consultation au CHU Gabriel Touré. La mission principale du CHU Gabriel Touré est la prise en charge des malades référés par les centres de santé de référence, la formation des élèves des écoles socio-sanitaires, des étudiants, des médecins en cours de spécialisation et la recherche biomédicale [8]. La revue des données hospitalières montre que le service de gynécologie reçoit beaucoup de consultation pour divers motifs entre autre les leucorrhées, les algies pelviennes, le désir de grossesse, le prurit vulvo-vaginal, les métrorragies, les troubles du cycle, les troubles urinaires, les symptômes d'appel mammaires. Dans la majorité des cas, ces différents motifs révèlent des pathologies qui peuvent être prises en charge au niveau des centres de santé de référence et même parfois des centres de santé communautaires. Ces patientes venues consulter dans le service augmentent la charge du travail et perturbent la réalisation des principales fonctions du CHU. Peu d'étude a été réalisée sur la question dans le service à part un mémoire qui donne quelques indications. Dans le souci de détecter et corriger ces insuffisances nous avons initié cette étude. Pour mener à bien ce travail, nous nous sommes fixés des objectifs ci-après.

# **OBJECTIFS**



## **I- OBJECTIFS**

### **Objectif général**

Etudier les motifs de consultation en gynécologie au CHU Gabriel Touré de Bamako.

### **Objectifs spécifiques**

1. Déterminer la fréquence des motifs de consultation en gynécologie dans le service de gynécologie et obstétrique.
2. Préciser le profil sociodémographique des patientes.
3. Décrire les aspects cliniques des patientes selon les motifs de consultation.
4. Rapporter les pathologies fréquemment rencontrées.
5. Préciser les orientations thérapeutiques.

# **GENERALITES**

## **II-GENERALITES**

La consultation gynécologique comporte de façon traditionnelle trois temps décrits successivement : l'interrogatoire, l'examen clinique, la synthèse avec décision médicale. La consultation médicale repose sur un paradoxe : la patiente attend tout du « savoir médical » alors que le praticien sait que c'est la patiente qui possède l'information. Elle commence classiquement par l'interrogatoire. Le médecin doit maîtriser les outils de la communication pour recueillir et hiérarchiser les informations traduisant la demande, les attentes et les représentations de la consultante. La consultation en gynécologie se poursuit par un examen clinique et se termine par une synthèse qui permet la prise de décision. La décision médicale est basée sur un constat au terme d'un échange de savoirs. Elle marque la fin de la consultation et annonce un projet commun auquel la patiente éclairée consent librement.

### **3. 1. Interrogatoire**

L'interrogatoire médical est un temps capital de la consultation. Il ne doit pas être seulement une succession de réponses précises à des questions brèves déroulant en miroir la sémiologie médicale. Il n'est pas non plus une simple conversation de salon. C'est un instrument interactif d'échange d'informations médecin-malade qu'il faut apprendre à maîtriser car il est aussi vecteur d'émotions.

Muni de ces outils, le gynécologue commence par faire énoncer le ou les motifs de consultation avant de s'enquérir d'informations administratives et de rechercher les antécédents personnels, puis familiaux. Ainsi éclairé, il reprend dans le détail l'analyse sémiologique du ou des symptômes ayant motivé la consultation.

#### **3.1.1. Enoncé du motif de la consultation**

Après les salutations d'usages, la première question est une prise de contact : « Qu'est-ce qui vous amène ? » [2] « Quel est le but de cette consultation ? » La patiente énonce un ou plusieurs motifs, parfois clair et unique (retard de règles), parfois moins évidents (douleurs), parfois masqués volontairement ou non (traitement de l'acné pour désir de pilule). Il est important de ne pas couper la parole à la patiente quand elle expose le motif de la consultation. L'expérience a montré qu'elle ne parlera pas

plus de 150 secondes [9]. L'interrompre par anticipation génère d'emblée une insatisfaction qui risque de peser sur l'ensemble de la consultation. Puis le clinicien énonce clairement la consigne : « Maintenant que vous m'avez dit ce qui vous amène, je vais vous poser si vous le voulez bien quelques questions administratives. Ensuite je vous poserai des questions sur votre histoire gynécologique, obstétricale, médicale, chirurgicale et celle de votre famille, avant de revenir sur le motif de votre consultation pour analyser très exactement votre problème. Enfin, si vous en êtes d'accord, je vous examinerai puis nous déciderons ensemble de la conduite à tenir. »

### **3.1.2. Informations administratives**

Il s'agit du nom, du prénom, de la date de naissance, de l'adresse, du numéro de téléphone personnel, de la situation de famille, de la profession. Nous pensons que l'idéal est le plus souvent d'aborder les questions administratives après l'énoncé du motif de la consultation. Il faut aussi préciser le nom et prénom, l'âge, profession et l'adresse du mari.

### **3.1.3. Recherche des antécédents**

La recherche des antécédents porte sur les passés personnels gynécologiques, obstétricaux, médicaux et chirurgicaux et sur les antécédents familiaux. Elle engage la consultante dans un travail psychique de remémoration qui n'est pas toujours anodin et qu'il faut savoir mener avec souplesse et respect.

#### **3.1.3.1. Antécédents personnels**

##### **a. Antécédents gynécologiques**

##### **Age de la puberté**

On fait préciser l'âge d'apparition des premières règles, spontanées ou provoquées par un traitement qui est noté, de même que ses résultats et ses éventuels effets secondaires.

##### **Modalités du cycle menstruel spontané**

Par convention, le premier jour du cycle est le premier jour des règles, noté **j1**. On précise la durée des cycles, leur stabilité ou leur éventuelle variabilité, les caractères des règles : abondance, durée, aspect (couleur, présence ou non de caillots ou de lambeaux de muqueuse), en un ou deux temps. Il est très important de noter la date

des dernières règles considérées par la patiente comme normales. On recherche les phénomènes d'accompagnement : dysménorrhée, syndromes inter et prémenstruels, céphalées cataméniales, troubles digestifs cataméniaux, autres manifestations concomitantes cycliques (fluctuation de l'humeur, herpès, mycoses...).

### **Modalités contraceptives [2 ; 5]**

Ils sont importants à faire préciser :

**La pilule** (le type, la date la durée de prise, les ennuis provoqués), les autres modalités de contraception hormonale (anneau, patch, implants, injections) ;

**Le stérilet** (la date de la pose, le type du stérilet avec ou sans progestatifs) ; facilité ou difficulté de la pose, incident et accident lors de la pose, durée du port, effets secondaires éventuels, complications et notamment anémie et infections.

**Les moyens mécaniques utilisés** (préservatifs ou diaphragme).

Il s'agit d'un temps important de l'interrogatoire. Il faut préciser l'existence et la nature d'une contraception ou son absence.

**Méthodes naturelles** : retrait ou coït interrompu, méthodes d'auto-observation féminine. Dans tous les cas, il faut préciser l'impact de la contraception utilisée sur la qualité de la vie sexuelle et sa bonne ou sa mauvaise acceptation par le couple.

Enfin, il est utile de faire préciser l'absence de contraception, qui permet d'ouvrir le débat sur ce thème et d'éviter peut-être une grossesse surprise et une interruption de grossesse ou bien de préciser cette notion sémiologique importante, si le couple consulte pour stérilité.

### **Pathologie gynécologique médicale et chirurgicale**

On fait préciser les affections et infections préalables, leur type, les modalités de traitement, les résultats et les éventuelles séquelles, les hospitalisations et interventions éventuelles, les thérapeutiques hormonales ou non hormonales suivies (date du début, durée, résultat, tolérance, complications). Il faut souligner que, avec le temps, la plupart des consultantes ont tendance à banaliser, voire à oublier, ces éléments. Il ne faut pas hésiter à y revenir par questions fermées et reformulations, quitte à laisser en suspens une information. Elle sera complétée secondairement. Il faudrait en particulier pouvoir disposer des comptes rendus opératoires, des doubles

des résultats cytologiques et anatomopathologiques, des modalités de protocole d'une radiothérapie ou d'une chimiothérapie. Il faut demander à la patiente de déposer ses documents d'archives ou écrire, avec son accord, au consultant de l'époque. Il est impératif de lire soi-même les comptes rendus des derniers frottis pour en préciser et en noter la date, les critères de validité et les résultats. Dans tous les cas, il faut rechercher un antécédent de transfusion sanguine, ses modalités, les incidents ou accidents associés. Il n'y a pas de parallélisme entre le souvenir des patientes et la gravité d'une affection.

### **Antécédents mammaires**

On recherche un antécédent de kyste(s), d'adénofibrome(s), d'abcès, la notion d'intervention antérieure, ses modalités, les éventuels traitements associés : radiothérapie, chimiothérapie, hormonothérapie, kinésithérapie. Il est souhaitable de laisser la patiente prononcer la première le mot cancer ou de noter qu'elle ne l'a pas prononcé alors que l'histoire est très évocatrice. Il faut s'adapter à son savoir comme à son déni. Il ne faut pas se contenter de lire les comptes rendus des explorations radiologiques antérieures, en particulier mammographies et échographiques, en notant leurs dates de réalisation et leurs conclusions. Il faut consulter la série des clichés disponibles, de façon comparative et évolutive.

### **Péri-ménopause et ménopause**

Age de survenue, modalité d'installation, symptomatologie fonctionnelle, retentissement psychologique et sexuel, traitements éventuels, durée et modalité, résultats, effets secondaires, complications éventuelles.

### **b. Antécédents obstétricaux**

Le plus simple est de les faire préciser de façon chronologique en termes de gestité et de parité. On précise date de naissance du ou des enfants, sexe, poids, terme, modalités de déroulement de la grossesse et de l'accouchement, spontané ou provoqué avec ou sans anesthésie générale ou locorégionale, par voie basse avec ou sans extraction instrumentale, épisiotomie, déchirure. En cas de césarienne, on recherche les circonstances déclenchantes, les modalités, les conséquences et les éventuelles complications. On détaille les caractères de la délivrance, naturelle ou

avec révision utérine, ceux des suites de couches avec ou sans complication infectieuse ou thromboembolique. L'existence ou non d'un allaitement, ses modalités et ses éventuelles complications sont également recherchées. On précise l'existence éventuelle et le nombre des avortements spontanés et des interruptions volontaires ou médicales de grossesse. On essaie d'en préciser la date, le terme, les modalités, les résultats de l'éventuel examen anatomopathologique, les traitements associés, le retentissement psychologique personnel et conjugal. On recherche aussi un antécédent de grossesse extra-utérine, de môle hydatiforme (date, modalités de traitement, évolution, complications). Enfin, si le recueil préalable des éléments biographiques le suggère ou dans le cadre d'une consultation pour infécondité, on fait préciser si toutes les grossesses sont du même partenaire ou de partenaires différents.

### **c. Antécédents médicaux**

Il faut commencer par une question ouverte : « Avez-vous déjà été malade ? » puis, après avoir noté la ou les réponses, reprendre systématiquement, appareil par appareil, l'interrogatoire par des questions fermées mentionnant explicitement le nom des pathologies que souvent la patiente a oubliées et dont elle se ressouvient à cette occasion. On interroge ainsi sur le système cardiovasculaire : maladie de cœur, hypertension artérielle, varices, phlébite dont on précise la date, le siège, le caractère superficiel ou profond, les modalités de traitement et leurs résultats, les complications notamment l'embolie pulmonaire. De même pour tous les autres grands appareils ou systèmes. On recherche ainsi des antécédents :

Pleuropulmonaires (et on pose spécifiquement la question de la tuberculose et de l'asthme) ;

Neurologiques (et on pose spécifiquement la question des convulsions, des névralgies, des migraines en abordant, par un glissement associatif évitant dans un premier temps le mot « psychiatrique », un éventuel antécédent d'état dépressif, les modalités de traitement et leurs résultats) ;

Endocriniens (et on recherche spécifiquement l'existence d'antécédents thyroïdiens ou diabétiques en particulier gestationnel) ;

Ostéoarticulaires (en appréciant la teneur en calcium du régime alimentaire) ;

Oto-rhino-laryngologiques (avec recherche d'une otospongiose) ;

Ophthalmologiques (en particulier de thrombose rétinienne, de glaucome qui contre-indique certains antispasmodiques largement utilisés avant la pose d'un stérilet) ;

Dermatologiques dont on connaît le risque de localisation génitale (psoriasis, lichen, papillomavirus, allergie...) et auto-immuns ;

Digestifs (et en particulier les antécédents de colopathie fonctionnelle, de diverticulose) ;

Urinaires (et en particulier la notion d'infections urinaires à répétition, gravidiques).

Il faut tout explorer et veiller à être le plus exhaustif possible. On demande à consulter la carte de groupe sanguin. On s'assure du statut immunitaire vis-à-vis de la rubéole, de la toxoplasmose, des hépatites et du virus de l'immunodéficience humaine.

On recherche systématiquement les médicaments susceptibles d'induction enzymatique, cause possible d'échec de la contraception orale. On interroge sur toute automédication en particulier d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, qui ont été incriminés dans les échecs de la contraception par dispositif intra-utérin au cuivre. La recherche systématique de tous les médicaments en cours d'utilisation se termine par la recherche d'une allergie à un médicament quelconque, en particulier antibiotique ou anesthésique.

Cette interrogation se poursuit par la recherche d'un tabagisme en précisant nombre et type de cigarettes, âge de début du tabagisme, durée, degré d'inhalation. On peut alors le chiffrer en nombre de paquets/années. Un paquet/année correspond à la consommation d'un paquet de cigarettes par jour pendant un an. La recherche de l'alcoolisme, plus fréquent qu'on ne le pense chez la femme, paraît plus difficile lors d'une première consultation si la patiente ne l'aborde pas d'emblée elle-même. Sa possibilité doit être gardée en mémoire tout au long de la consultation. Il en est de même d'une éventuelle consommation de drogue.

### **Antécédents chirurgicaux non gynécologiques**

On en dresse la liste. On demande systématiquement le type, le lieu et la date de l'intervention, le compte rendu opératoire et le résultat des éventuels examens



anatomopathologiques. On fait préciser le caractère aigu ou non et la cause d'une éventuelle appendicectomie, l'existence ou non d'une péritonite ou d'un drainage qui peuvent avoir des incidences sur la fertilité. On recherche la cause d'une occlusion intestinale aiguë, les modalités de traitement d'une cure de hernie, etc.

### **3.1.3.2. Antécédents familiaux**

On recherchera la notion de cancer du sein dans la famille (mère, sœur, tante), mais aussi de cancer de l'ovaire et du colon. La recherche portera également sur la pathologie générale, notion de diabète, d'obésité, hypertension artérielle [2 ; 5]. On doit être attentif à n'importe quel autre antécédent génétique ou non et on recherche la notion de malformation dans les deux lignées parentales.

### **3.1.4. Conclusion**

Au terme de cette interrogation sur la recherche des antécédents personnels et familiaux, le gynécologue dispose d'informations pertinentes sur les facteurs de risque. Il a dépisté une contre-indication thérapeutique. Il est à même de prévoir les risques d'interaction médicamenteuse. Se sentant écoutée et comprise, la patiente est prête à accorder sa confiance et à répondre librement. Le consultant peut revenir à l'étude sémiologique détaillée du ou des motifs à l'origine de la consultation ou révélés depuis le début de l'interrogatoire et en rechercher d'autres.

### **3.1.5. Motif de la consultation**

Les symptômes motifs de consultation sont nombreux, de fréquence et d'importance inégale. Nous aborderons successivement les principaux : troubles du cycle et hémorragies génitales, douleurs pelviennes, leucorrhées, troubles psychosexuels, troubles urinaires et rectaux, symptômes d'appel mammaires et troubles de la fécondité. Pour chacun d'entre eux, nous considérons comme acquise l'analyse de tous les antécédents.

#### **3.1.5.1. Troubles du cycle et hémorragies génitales**

On distingue les aménorrhées, les troubles du cycle proprement dits et les métrorragies.

## ❖ Aménorrhée

L'aménorrhée se définit comme l'absence de règles. Elle est dite primaire s'il n'y a jamais eu de menstruation et secondaire quand elle survient chez une femme antérieurement réglée.

### ➤ Aménorrhée primaire

L'aménorrhée primaire est définie comme l'absence de règles chez une jeune fille âgée de 17 ans et plus [10]. L'interrogatoire insiste sur le déroulement de la grossesse maternelle et de l'accouchement. Il précise le poids de naissance et la courbe de croissance en taille et en poids. Il reprend l'analyse sémiologique de tous les symptômes en recherchant l'absence ou l'état du développement des caractères sexuels secondaires, les éventuelles anomalies morphologiques et l'existence de douleurs pelviennes cycliques.

### ➤ Aménorrhée secondaire

L'aménorrhée secondaire, une fois éliminée la grossesse, se définit comme un arrêt des règles depuis au moins 3 mois [10]. L'interrogatoire est capital car il peut retrouver d'emblée un contexte évocateur de l'étiologie. Il doit toujours garder à l'esprit l'existence éventuelle d'une grossesse.

Il précise :

Les modalités d'installation de l'aménorrhée : arrêt brutal, secondaire à une période de spanioménorrhée progressive, en rapport avec l'arrêt de la pilule, post-partum, post-abortum ;

L'existence d'une vie sexuelle avec ou sans contraception ;

La notion de traumatisme psychologique (deuil, divorce, séparation d'avec la famille...) et de modifications de mode de vie (déménagement, licenciement...);

L'intensité de l'activité sportive et ses modalités ;

Les modalités d'alimentation et les éventuelles variations pondérales. Il insiste sur les thérapeutiques en cours ou récemment arrêtées et tout particulièrement les psychotropes.

### ❖ Cycle menstruel et ses troubles [11, 12, 13]

Le cycle menstruel idéal dure 28 jours avec des variations physiologiques de 2 à 3 jours. La durée moyenne normale des règles, liquide rouge sombre fluide incoagulable, est de 3 à 6 jours. Leur abondance est variable selon les femmes, souvent plus marquée les 2 ou 3 premiers jours. Chaque femme est sa propre norme. On doit être très attentif aux modifications qu'elle a remarquées par rapport à son statut habituel. Apprécier l'abondance des règles à l'interrogatoire est difficile. Il faut s'aider de repères objectifs : une consommation augmentée de tampons ou de serviettes, des changements de garnitures plus fréquents, le passage à des produits beaucoup plus absorbants. On distingue les troubles du rythme menstruel, les troubles de la durée et les troubles de l'abondance des règles. Nous avons adopté les définitions de **Soutoul et al** par souci didactique [13]. Une feuille de courbe de température est systématiquement remise et expliquée à la patiente qui y reportera sa courbe thermique et la date de ses saignements. Les résultats serviront à orienter l'enquête étiologique.

#### **Métrorragies :**

Les métrorragies se définissent comme des hémorragies d'origine utérine survenues dans l'intervalle des règles, indépendamment de toute menstruation. Il faut préciser leur caractère spontané ou provoqué, notamment par le coït, et analyser les caractères du saignement (abondance, durée, caractère cyclique éventuel et situation par rapport aux règles...). L'association de ménorragies et de métrorragies est fréquente et définit les ménométrorragies.

Les possibles métrorragies cycliques péri-ovulatoires dites « règles de quinzaine » sont des pertes hématiques peu abondantes d'une durée de quelques heures à 2 ou 3 jours. Elles surviennent au milieu de chaque cycle chez certaines femmes et sont parfois accompagnées d'un phénomène douloureux pelvien [11].

#### **3.1.5.2. Douleurs pelviennes [12 ; 13 ; 14 ; 15]**

Les douleurs pelviennes sont fréquemment exprimées comme principal motif de la demande de consultation. Elles peuvent être aiguës ou chroniques. Il s'agit d'une situation où se cache très souvent, derrière le masque organique, une souffrance

psychosociale ou sexuelle qu'il faut pouvoir entendre. Expérience et savoir du médecin sont complémentaires du savoir et de la confiance de la patiente. L'interrogatoire précise les caractères de la douleur, les signes fonctionnels associés et apprécie le contexte psychosexuel, familial et social. On se souviendra que les femmes qui ont subi des abus sexuels, en particulier dans l'enfance, souffrent beaucoup plus fréquemment que les autres de douleurs gynécologiques [16] et que la plupart des douleurs chroniques sont multifactorielles.

### **Caractères de la douleur**

Il faut faire préciser la date et les circonstances d'apparition en recherchant un lien avec un épisode de la vie génitale ou la précession par un épisode antérieur identique spontanément résolutif. Sont détaillés :

Mode de début, brutal ou insidieux ;

Type, rythme dans le nycthémère et dans l'année ;

Siège et irradiations, éventuellement montrés du doigt par la patiente ;

Allure évolutive, périodique ou continue avec ou sans paroxysme ;

Facteurs déclenchant, facteurs d'aggravation ou de modulation, position antalgique, symptômes associés. L'intensité de la douleur est le caractère le plus difficile à préciser. Elle est évaluée sur le jugement qu'émet la patiente elle-même, la mimique, le retentissement (sur l'activité, le sommeil, l'humeur, l'angoisse, la vie sexuelle).

Le praticien peut s'aider d'instruments validés : auto-questionnaire ou réglette graduée d'autoévaluation. Les antalgiques éventuellement déjà prescrits et leurs effets sont notés.

### **Douleur et cycle menstruel**

L'analyse des rapports de la douleur avec le cycle est essentielle.

### **Dysménorrhée**

On appelle dysménorrhée la douleur pelvienne cyclique qui survient à l'occasion des règles. On distingue la dysménorrhée primaire apparue chez une jeune fille dès l'apparition des premières règles ou très rapidement après quelques cycles indolores, de la dysménorrhée secondaire apparue chez une femme en période d'activité génitale à la suite d'un facteur déclenchant ou sans cause apparente. La première est

le plus souvent essentielle, la seconde a priori suspecte d'une étiologie organique. La dysménorrhée secondairement aggravée, où la dysménorrhée était primaire puis s'intensifie, prend la même valeur qu'une dysménorrhée secondaire. La dysménorrhée peut être spasmodique à type de colique utérine. Elle peut être congestive, donnant alors une sensation de lourdeur douloureuse du petit bassin. Elle peut parfois s'accompagner de l'expulsion d'un moule de la cavité utérine à distinguer d'une fausse couche : c'est la dysménorrhée membraneuse. En fonction de leur rythme par rapport aux règles, les dysménorrhées peuvent être protoménales dès le début du flux menstruel, holoménales tout au long du flux, téloménales survenant à la fin du flux. La dysménorrhée de précession débute la veille des règles ou même 2 jours avant.

### **Syndrome prémenstruel**

Une douleur peut s'intégrer dans un syndrome prémenstruel. Il associe des manifestations congestives, œdémateuses et souvent douloureuses des seins, de l'abdomen, du pelvis et des extrémités à des troubles psycho-comportementaux répondant aux critères du « trouble dysphorique prémenstruel » défini par le DSM IV (Diagnostic and statistical manual of mental disorders).

### **Syndrome inter-menstruel**

Une douleur pelvienne latéralisée cyclique correspondant à la période ovulatoire, parfois associée à des « règles de quinzaine », caractérise le syndrome inter-menstruel [11].

### **Contexte psycho-socio-culturel**

Il est important d'évaluer les difficultés personnelles ou familiales, le profil psychologique, l'insertion professionnelle et les modalités de la vie conjugale. Il faut tenir compte des particularités socioculturelles.

#### **3.1.5.3. Leucorrhées**

Les leucorrhées se définissent comme des pertes génitales cervico-vagino-vulvaires non sanglantes. L'interrogatoire précise la date et le mode de début. Il analyse les caractères de l'écoulement : abondance, couleur, consistance, périodicité, odeur. Une odeur de saumure aggravée par la toilette au savon alcalin évoque d'emblée une

vaginose (tableau I). L'interrogatoire détaille avec tact les circonstances de survenue : après une relation sexuelle avec ou sans changement de partenaire, après une exploration gynécologique ou un acte thérapeutique (biopsie d'endomètre, pose de stérilet, cryothérapie...). Il recherche un traitement médicamenteux (antibiotiques, corticoïdes...), une maladie générale (diabète), un état de grossesse, de post-partum ou de post-abortum. L'interrogatoire recherche les signes généraux (fièvre ou fébricule, asthénie, amaigrissement) et les signes associés :

Génitaux (prurit et brûlures, douleurs pelviennes, dyspareunie...);

Urinaires (pollakiurie, brûlures mictionnelles, miction douloureuse...);

Digestifs (brûlures, prurit anal, troubles du transit).

Les leucorrhées physiologiques sont en général claires, peu abondantes, à renforcement péri-ovulatoire, inodores et n'entraînent aucun signe fonctionnel. Les leucorrhées pathologiques sont en rapport avec une lésion organique ou une infection. Elles sont distinguées des hydorrhées et des pyorrhées. L'utilisation du microscope au cabinet est facile et précieuse (tableau I).

**Tableau I : leucorrhées et examen macroscopique au cours de la consultation.**

<b>Orientation étiologique</b>	<b>Signes fonctionnels, techniques et résultats de l'examen au microscope</b>
Trichomonas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leucorrhée abondante, verdâtre, liquide, spumeuse avec brûlure plutôt que prurit</li> <li>• Examen direct entre lame et lamelle (prélèvement dans le cul-de-sac postérieur + une ou deux gouttes de sérum physiologique + bleu crésyl) : visualisation du trichomonas, parasite flagellé mobile</li> </ul>
Levures, Candida albicans	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enduit cailleboté adhérent aux parois, épais et grumeleux avec prurit plutôt que brûlures.</li> <li>• Examen direct entre lame et lamelle (prélèvement dans le cul-de-sac postérieur + une goutte de sérum physiologique) : filaments mycéliens et spores.</li> </ul> <p>Test à la potasse à 5 % (prélèvement dans le cul-de-sac postérieur + une goutte de solution de potasse à 5 %, examen au microscope entre lame et lamelle au bout de 5 minutes) : ne persistent que les levures sous forme de spores et filaments ; les autres éléments cellulaires ont été détruits.</p>
Vaginose bactérienne (Gardnerella vaginalis et flore anaérobie)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leucorrhée fluide, grisâtre, homogène, bulleuse, odeur de saumure</li> <li>• Examen direct (entre lame et lamelle, prélèvement dans le cul-de-sac postérieur + une ou deux gouttes de sérum physiologique) : « cellules cloutées » par une multitude de petits bacilles</li> </ul> <p>Test à la potasse à 10 % : prélèvement dans le cul-de-sac postérieur déposé sur une lame. L'ajout de deux à trois gouttes de potasse à 10 % sur la lame déclenche une odeur de poisson pourri très désagréable. Il est préférable de faire ce test en dehors de la salle d'examen ou de disposer d'un aérosol anti-odeurs efficace !</p>

### **3.1.5.4\_Troubles de la sexualité**

L'interrogatoire permet de distinguer la dyspareunie, le vaginisme, les troubles de la libido. Il peut orienter vers une éventuelle dimension psychopathologique. Il faut se méfier des premières impressions, des associations préconçues et des « interprétations sauvages ».

#### **✓ Dyspareunie [18 ; 10 ; 17]**

La dyspareunie est une douleur génitale provoquée par le rapport sexuel. Elle peut être primaire, apparue dès les premiers rapports sexuels, ou secondaire.

L'interrogatoire précise :

Le siège (vestibulaire, vulvaire, vulvovaginal, pelvien médian ou latéralisé) ;

Le mode de déclenchement (le contact, les mouvements, le type de position) ;

L'intensité, autorisant ou non l'intromission, inhibant ou non l'orgasme ;

La chronologie par rapport à la vie sexuelle : survenue au tout début puis s'effaçant, persistant tout au long du rapport ou seulement à sa fin, cédant avec la relation sexuelle ou persistant, voire se renforçant ensuite ;

L'association ou non à un défaut de lubrification ;

La fréquence intermittente, occasionnelle ou constante, spécifique d'un partenaire sexuel ou non ;

Les éventuels facteurs déclenchants ;

Le retentissement sur la vie sexuelle et l'état psychologique. Au terme de l'interrogatoire, on distingue la dyspareunie orificielle ou superficielle, de siège vulvaire ou vulvo-vaginal, survenant lors de l'intromission du pénis, des dyspareunies de présence et des dyspareunies profondes, balistiques ou de chocs, n'intéressant pas la vulve ou le vagin mais le pelvis, avec des irradiations éventuelles qui sont précisées. Classiquement, la dyspareunie orificielle oriente vers une cause fonctionnelle et la dyspareunie profonde vers une étiologie organique. En fait, il faut toujours rechercher une cause organique et le tableau est souvent mixte. La dyspareunie est différenciée de l'impossibilité du coït, évocatrice d'une malformation, et bien sûr du vaginisme.



### ✓ **Vaginisme**

Le vaginisme se définit comme une contraction involontaire des muscles périnéaux et releveurs de l'anوس qui rend difficile, voire impossible, toute pénétration vaginale. Il peut être primaire et complet et correspond au mariage non consommé. S'il est incomplet, les rapports restent possibles mais difficiles et douloureux. Il peut être secondaire, souvent après un accouchement.

### ✓ **Trouble de la libido et frigidité**

Les troubles de la libido et la frigidité sont difficiles à définir. On simplifie souvent en distinguant l'anaphrodisie ou absence de désir sexuel de l'anorgasmie ou incapacité d'atteindre un orgasme. Ces deux troubles peuvent être isolés ou associés, primaires ou secondaires. L'interrogatoire précise les circonstances d'apparition, le caractère permanent ou circonstanciel, l'évolution. Il s'enquiert des antécédents psychologiques, voire psychiatriques, et des signes orientant vers une pathologie associée.

La recherche soigneuse d'une coïncidence temporelle entre un traumatisme affectif et l'apparition d'un symptôme peut éclairer un tableau obscur. La simple prise de conscience de cette coïncidence temporelle peut avoir valeur thérapeutique.

#### **3.1.5.5. Troubles urinaires\_[12 ; 13 ; 19 ; 20]**

Les troubles du bas appareil urinaire féminin donnent à décrire les troubles de la continence et les troubles de la miction. Ils peuvent s'accompagner ou non de prolapsus. L'interrogatoire avec tact et naturel sur les symptômes urinaires et associés doit être systématique. Beaucoup de femmes ne pensent pas à en parler ou ont honte d'aborder elles-mêmes le sujet.

### ✓ **Troubles de la continence**

L'incontinence, qui peut être définie par la perte involontaire d'urine par l'urètre en dehors de toute miction, est fréquente. L'interrogatoire recherche et évalue le degré de gêne fonctionnelle et l'abondance de la fuite sur la nécessité et le nombre de garnitures diurnes et/ou nocturnes. Il précise le type de l'incontinence. Dans l'incontinence urinaire d'effort (IUE), la perte d'urine involontaire n'est pas précédée du besoin d'uriner. Dans l'incontinence urinaire avec impériosité ou urgence mictionnelle, le besoin irrépessible précède la fuite. La patiente n'a pas le temps d'aller aux toilettes. L'incontinence peut être associée ou non à une pollakiurie diurne ou nocturne, à une dysurie, à une sensation de pesanteur ou de gêne pelvienne. Le prolapsus donne souvent une sensation de pesanteur pelvienne. Plus évolué, il s'agit d'une sensation de perte d'organe permanente ou intermittente, favorisée par l'effet de fatigue. Cette sensation est soulagée par la réduction spontanée au repos ou par la réintroduction digitale par la patiente elle-même, qui parfois utilise un tampon périodique dans la journée. Il existe des incontinenes mixtes qui associent des pertes d'urines à l'effort et des urgences mictionnelles. Plus rarement, l'interrogatoire retrouve la notion de fuite d'urine spontanée sans signe associé. Il faut évoquer une origine neurologique périphérique ou centrale. Un écoulement urinaire permanent doit faire penser à une malformation ou à une fistule urétéro ou vésico-vaginale.

### ✓ **Incontinence urinaire d'effort (IUE)**

L'IUE est par définition contemporaine de l'effort. L'interrogatoire recherche le type d'effort déclenchant. Il précise si la fuite survient seulement en orthostatisme ou également en décubitus. Il détermine la date et les circonstances d'apparition, le retentissement sexuel et socioprofessionnel. Il recherche les signes accompagnateurs en particulier génitaux, périnéaux et anorectaux. Il précise les thérapeutiques antérieures ou en cours : médicaments, kinésithérapie, électrostimulation et biofeedback, chirurgie, leurs résultats et leurs éventuelles complications. Il recherche la notion d'une atteinte familiale. Enfin, il ne confond pas les mictions volontairement rapprochées pour éviter une fuite à l'effort de la pollakiurie par impériosité mictionnelle. La classification du type d'IUE n'est satisfaisante qu'après

confrontation des résultats de l'interrogatoire et des éléments cliniques et para-cliniques [20].

#### ✓ **Incontinence urinaire avec impériosité mictionnelle**

L'interrogatoire reprend les mêmes questions, adaptées. Il précise le degré de la pollakiurie, le type et l'intensité de la dysurie, les facteurs déclenchants psychosensoriels et psychologiques (bruit d'eau qui coule, mains dans l'eau froide, stress divers...). Si le facteur déclenchant du trouble est l'effort, la perte d'urine survient au décours de l'effort. Si l'interrogatoire retrouve la notion de vessie toujours pleine, il faut évoquer une éventuelle miction par regorgement.

#### ✓ **Troubles de la miction**

Les troubles de la miction peuvent être isolés, sans trouble de la continence. Il s'agit de pollakiurie et/ou de dysurie.

L'interrogatoire en précise les modalités et l'association à des brûlures à la miction. Il détaille les caractères physiques des urines : couleur, limpidité, odeur... L'utilisation de bandelettes réactives directement au cabinet donne des informations précieuses.

#### **3.1.5.6. Troubles rectaux**

Il s'agit souvent de signes associés plus que de symptômes justifiant à eux seuls la consultation. Le trouble peut porter sur la fonction exonératrice et/ou sur la fonction sphinctérienne. L'interrogatoire recherche l'existence, l'ancienneté, les modalités et le retentissement d'une constipation, d'une exonération incomplète ou insatisfaisante, des épreintes, un ténesme, une incontinence des matières et des gaz, des souillures des sous-vêtements. Si le contexte le suggère, en neutralisant la gêne de la patiente par une phrase de banalisation, l'interrogatoire peut rechercher la nécessité éventuelle de manœuvres digitales endovaginale, endoanale ou d'appui périnéal pour aider l'exonération. L'interrogatoire précise aussi l'éventuelle coexistence de douleurs périnéales et leurs irradiations qui sont analysées.

### **3.1.5.7. Symptômes d'appel mammaires [12 ; 13 ; 21,]**

Il s'agit de douleurs attribuées au sein, d'un changement ou d'une anomalie d'aspect ou de volume, de l'apparition d'une tumeur, d'un écoulement mamelonnaire.

#### **Mastodynie**

Une mastodynie est une douleur mammaire. L'analyse sémiologique d'une mastodynie en précise le siège, le type, la topographie uni- ou bilatérale, la date et le mode de début, l'évolution, le caractère cyclique ou non lié avec la période menstruelle, les facteurs de modulation, les irradiations éventuelles, le caractère isolé ou associé à des signes cutanés, mamelonnaires, mammaires ou généraux. En cas de douleur exclusive des mamelons, l'interrogatoire recherche aussi un éventuel frottement à l'occasion d'une activité sportive sans soutien-gorge adapté.

#### **Autres symptômes**

L'interrogatoire précise tous les caractères sémiologiques d'un changement ou d'une anomalie d'aspect ou de volume ou d'une tumeur. Il détaille les modalités d'un écoulement uni- ou multi-pore, uni- ou bilatéral, spontané ou provoqué. Il précise son aspect, sa couleur, son abondance, son caractère isolé ou associé à d'autres signes, ses modalités d'installation, son ancienneté, sa périodicité. Dans tous les cas, l'interrogatoire détaille les thérapeutiques antérieures ou en cours, en particulier hormonales et/ou hyperprolactinémiantes et précise le profil psychologique et le contexte psychosocial.

### **3.1.5.8. Troubles de la fécondité [22]**

Pour un couple donné, la fertilité est la capacité de concevoir, la fécondité le fait d'avoir déjà conçu, la fécondabilité la chance de grossesse par cycle. Stricto sensu, la stérilité est l'incapacité totale et définitive d'un couple à procréer. L'usage médical et social a cependant fait prévaloir ce terme en cas de désir d'enfant non réalisé [22]. La stérilité peut être primaire, le couple n'ayant jamais eu de grossesse ou secondaire, le couple ayant eu une ou plusieurs grossesses antérieures, avec ou sans naissance. L'interrogatoire évalue la durée de la stérilité présumée, la fréquence des relations sexuelles et leur situation par rapport aux jours estimés de l'ovulation. Il précise le contexte social et psychologique du couple, souvent par des entretiens séparés. Il

recherche le résultat des explorations et des traitements antérieurs. Dans cette situation, qui fait l'objet d'exposés spécifiques dans cette encyclopédie, le gynécologue doit garder en mémoire la notion d'originalité d'un couple donné et la nécessité d'un interrogatoire et d'un examen clinique complet de chacun des partenaires.

### **3.1.6. Conclusion**

L'interrogatoire est un temps fondamental de la consultation en gynécologie auquel il faut accorder tout le temps nécessaire en utilisant les outils d'interrogation appropriés. À son terme, le praticien s'assure par l'énoncé du « résumé » qui synthétise et hiérarchise les informations reçues qu'il a bien compris le ou les motifs réels de la consultation, qu'il a bien précisé les antécédents personnels et familiaux et qu'il a bien évalué les facteurs de risque. Si la patiente acquiesce et ne voit rien à rajouter, il reprend alors la consigne : « Maintenant que nous sommes d'accord sur ce qui vous amène, me permettez-vous de vous examiner ? » en présentant les lieux, d'abord la salle de déshabillage puis la salle d'examen et en précisant les modalités. Pour notre part, nous demandons dans un premier temps à la patiente de se dévêtir en conservant le slip pour réaliser l'examen général et l'examen des seins. Elle remet ensuite un vêtement léger sur le thorax avant d'enlever le slip pour que soit pratiqué l'examen gynécologique proprement dit. Si ce choix allonge un peu le temps d'examen, il est respectueux de la pudeur et de l'équilibre des pouvoirs. Dans notre expérience, ce choix est toujours bien accueilli.

## **3.2. Examen clinique**

L'examen clinique comporte un examen général, un examen des seins et un examen gynécologique proprement dit.

### **3.2.1. Examen général**

L'examen général commence en réalité dès la rencontre avec la patiente. Il permet d'évaluer son état de santé global.

#### **3.2.1.1. Morphotype**

Chez la femme, le diamètre bi-trochantérien est normalement supérieur au diamètre bi-acromial. L'augmentation du rapport des circonférences taille/hanches est

considérée comme un index de répartition abdominale du tissu adipeux pouvant permettre une prédiction du risque métabolique et vasculaire. Il est évocateur d'une obésité androïde quand il est supérieur à 0,80.

### **3.2.1.2. Indice de masse corporelle**

La patiente est pesée et mesurée. L'indice de masse corporelle (IMC) est calculé selon la formule  $IMC = \text{poids (kg)}/\text{taille au carré (m)}$ . Cet indice est exprimé en kg/m. La valeur normale est comprise entre 20 et 25. Un IMC inférieur à 20 définit le poids inférieur à la normale. Un IMC entre 25 et 30 définit le surpoids. L'obésité est définie par un IMC supérieur à 30. Tous les auteurs n'ont pas exactement les mêmes normes selon les études épidémiologiques prises comme référence.

### **3.2.1.3. Recherche d'une hyper androgénie**

La recherche et l'analyse des caractères d'une éventuelle acné et d'une séborrhée sont systématiques. L'évaluation clinique de la pilosité permet parfois de noter d'emblée un hirsutisme. L'hirsutisme se définit par la présence anormale de poils dans des territoires anatomiques normalement glabres chez la femme. Il est distingué d'une simple hypertrichose qui est un excès de pilosité somatique non androgénodépendant.

### **3.2.1.4. Suite de l'examen général**

L'examen général recherche des signes de dysfonction thyroïdienne. La glande thyroïde est systématiquement palpée. Il apprécie la courbure de l'ensemble du rachis avant d'effectuer son examen segment par segment en fonction du motif de consultation, en pensant en particulier aux projections antérieures des douleurs d'origine cervicale, dorsale, lombaire et sacrée et celles des articulations sacro-iliaques. La position debout permet de dépister une éventuelle ptôse abdominale, un diastasis des droits, une éventration ou une hernie. Elle permet d'apprécier l'état cutané et vasculaire des membres inférieurs par l'inspection et la palpation. L'examen spécifique de tel ou tel appareil est guidé par le motif de la consultation et les résultats de l'interrogatoire pour réaliser l'examen général le plus complet possible, incluant le dépistage de tumeurs mélaniques. Il inclut bien sûr la mesure de la tension artérielle.

### **3.2.2. Examen gynécologique**

#### **3.2.2.1. Examen des seins. [12 ; 13 ; 21 ; 23]**

L'examen physique des seins fait partie de l'examen gynécologique. Il doit être réalisé de façon systématique, après avoir recueilli l'accord de la patiente. Il se fait idéalement chez une femme en fin de règles quand il existe un cycle. L'examen doit toujours être bilatéral et comparatif. Il comporte l'inspection dynamique « à jour frisant », la palpation méthodique des deux seins et l'examen des aires ganglionnaires. L'examen clinique des seins peut être associé très facilement au cabinet à une cytoponction. Si des clichés mammographiques et/ou échographiques sont disponibles, ils sont affichés sur le négatoscope.

##### **a. Inspection**

L'éclairage doit être suffisant et orientable pour permettre l'observation « à jour frisant ». La patiente est dévêtue jusqu'à la taille. Elle est examinée de face et de profil, assise ou debout puis couchée. L'inspection est sensibilisée par les changements de position de la patiente : bras pendants puis levés, buste droit puis penché en avant. L'inspection dynamique apprécie la taille, la forme, la symétrie et le contour des seins. Elle analyse la couleur du revêtement cutané, l'existence d'une cicatrice, d'un œdème, d'une tumeur et l'état du réseau veineux. Elle inspecte les aréoles et les mamelons et note leur nombre, leur aspect symétrique et éversé, rétracté, dévié ou ombiliqué. S'il existe une asymétrie, une rétraction ou une ombilication, elle en précise le caractère récent ou ancien. Une ombilication récente unilatérale est toujours suspecte. L'inspection peut noter une perte de galbe, une ride, une fossette ou un méplat. Elle peut observer une voussure, une tumeur. Elle note un érythème localisé ou diffus, un œdème en « peau d'orange », une turgescence veineuse. Elle peut montrer un hématome, un nodule dermoépidermique, une ulcération, voire un squirrhé. Une anomalie du mamelon à type de lésion érythématosquameuse eczématiforme doit faire évoquer la possibilité d'une maladie de Paget. L'inspection recherche aussi des zones d'appui de baleines de soutien-gorge mal adapté. L'inspection des aisselles recherche une irritation, une infection des glandes sudoripares (hidrosadénite) ou une pigmentation anormale (acanthosis

nigricans), recherchée aussi au niveau du cou. L'examen du sillon sous-mammaire est systématique. Enfin, l'inspection contrôle l'absence de mamelon ou de sein surnuméraire sur les lignes lactéales.

### **b. Palpation des seins**

Au cours de la palpation, le médecin doit poursuivre l'inspection. Ces deux techniques sont complémentaires. La palpation réalise une mobilisation orientée qui sensibilise les résultats de l'inspection. Une palpation de deuxième intention, guidée par des résultats mammographiques ou échographiques, est systématique en cas de signe d'appel radiologique ou d'examen clinique d'abord mis en défaut.

### **Position de la patiente**

Comme l'inspection, la palpation se fait sur une patiente d'abord assise ou debout puis en position couchée et, à chaque temps, mains sur la tête ou derrière la tête, puis bras le long du corps.

### **Technique**

Chaque sein est divisé en quatre quadrants : inféro- et supéro-internes, inféro et supéroexternes, ce dernier avec un prolongement axillaire. La palpation des seins se fait de façon bilatérale et comparative en commençant en cas de lésion par le côté présumé normal. Consistance et sensibilité du sein peuvent varier avec le cycle menstruel. Une asymétrie doit attirer l'attention. L'examen est pratiqué avec la pulpe réchauffée des deux ou trois doigts médians, posés à plat sur le sein. Un mouvement de rotation circulaire comprime la glande de façon douce mais ferme sur la paroi thoracique. L'examen suit un trajet méthodique qui ne laisse aucune zone mammaire non explorée et déborde sur le thorax. Il est préférable d'utiliser la main droite pour palper le sein gauche et la main gauche pour palper le sein droit. En cas de sein très volumineux, il est plus facile d'examiner la patiente couchée. La glande est immobilisée d'une main et palpée secteur par secteur de l'autre main, en s'aidant pour les quadrants externes du décubitus latéral respectivement droit et gauche. Faire varier le degré de compression de la glande diminue le nombre de faux positifs [29].



## **Résultats**

Si l'examen met en évidence une tumeur, il en précise les caractères : unique ou multiple, topographie, forme et limites, consistance, sensibilité, mobilité ou adhérence, température et éventuel caractère inflammatoire. Il la mesure en centimètres. Il recherche une connexion cutanée ou aréolaire par la mobilisation de la peau par rapport à la tumeur, puis de la tumeur sous la peau. L'examen recherche aussi une adhérence par mobilisation du mamelon dans la direction opposée au siège de la tumeur. La manœuvre de l'adduction contrariée du bras ou manœuvre de Tillaux ou son équivalent quand la patiente pose ses mains sur ses hanches et serre, recherche des connexions profondes au grand pectoral. Elle est positive quand une tumeur jusqu'alors mobile se fixe. Toutes les lésions associées sont notées.

## **Zone aréolo-mamelonnaire**

La zone aréolo-mamelonnaire est palpée à la recherche d'une perte d'élasticité ou d'une tumeur sous-jacente. L'examen recherche un écoulement provoqué par la pression douce entre le pouce et l'index de la région rétroaréolaire. Il peut parfois préciser la zone responsable de l'écoulement en exerçant une pression orientée selon un cadran horaire dont le mamelon représente le centre, par pressions successives, appuyées et élective de chacun des fuseaux horaires. Si un écoulement est obtenu et particulièrement s'il est mono-pore et sanglant, un étalement recueille sur une lame, idéalement sans toucher le mamelon, le liquide exprimé et tout particulièrement ses dernières gouttes. Les lames sont étalées comme un frottis de sang grâce à une autre lame inclinée à 20° et séchées à l'air libre ou fixées selon la coloration préférée par le correspondant cytologiste.

## **Palpation des aires ganglionnaires**

La palpation des aires ganglionnaires comporte la recherche des ganglions axillaires et sus-claviculaires.

## **Position de la patiente**

Cette recherche peut être faite la patiente en position couchée. Le médecin utilise la main controlatérale à l'aisselle explorée en mobilisant le bras de la patiente de l'autre main. Cette palpation peut être faite patiente en position assise ou debout. La patiente

a soit les mains sur ses hanches en relâchement musculaire, soit la main de l'aisselle explorée posée sur l'épaule du médecin, soit le bras de l'aisselle palpée soutenu et mobilisé par la main du médecin qui ne palpe pas. Dans toutes les situations, il faut obtenir de la patiente le meilleur relâchement musculaire possible.

### **Technique**

L'aisselle gauche est palpée par la main droite du médecin, l'aisselle droite par sa main gauche. Les doigts légèrement en crochet explorent toute l'aisselle à la recherche des aires ganglionnaires. L'examen des creux sus-claviculaires est fait sur la patiente assise, bras relâchés le long du corps, tête inclinée du côté exploré, en légère rotation externe du côté opposé. Le médecin se met derrière elle et explore de la pulpe des doigts les deux creux sus-claviculaires en demandant à la patiente de tousser.

### **Douleurs rapportées d'origine viscérale**

Elles sont rarement isolées ou révélatrices. Le plus souvent unilatérales, elles sont rapportées à leur origine habituellement cardiaque, pleuro-pulmonaire, diaphragmatique ou digestive grâce à l'interrogatoire et à l'analyse des signes cliniques associés généralement au premier plan.

### **Synthèse**

Au terme de l'examen mammaire, le gynécologue évoque un diagnostic de tumeur bénigne devant une lésion bien limitée à contours réguliers et lisses, sans adhérence cutanée ou profonde, de consistance ferme ou élastique. Il se garde de conclure formellement sans faire appel aux examens complémentaires car certaines tumeurs malignes ont toute l'apparence de la bénignité, en particulier certains cancers colloïdes ou médullaires. À l'inverse, il évoque une tumeur maligne devant une lésion mal limitée, irrégulière, dure, plus ou moins adhérente à la peau, au mamelon ou au plan profond. Cette tumeur peut s'accompagner d'une adénopathie dont la malignité est évoquée par la consistance dure, indolore et l'éventuelle fixation. L'examen mammaire a une assez bonne spécificité quand les seins sont de volume modéré et souples. Sa sensibilité est bonne si les lésions sont de tailles supérieures à 1 cm et dures [24], la patiente âgée, le médecin expérimenté [25]. Sa sensibilité est

médiocre en cas de seins de gros volume, de lésions profondes de petite taille ou de consistance identique à celle de la glande. Spécificité et sensibilité sont moins opérateur-dépendantes que dépendantes du temps consacré à l'examen. La détection d'une anomalie est corrélée positivement de façon significative avec le temps passé à la recherche [24].

### **3.2.2.2. Examen gynécologique**

La patiente a remis un vêtement léger sur le thorax. Les modalités de l'examen lui sont expliquées. Après avoir donné son accord, elle a retiré son slip et s'est installée sur une table gynécologique non rabattue, vessie et rectum vides. S'il est facile de faire vider la vessie, l'évacuation rectale qui est nécessaire s'il existe un doute sur l'existence d'une tumeur pelvienne peut rendre nécessaire un nouvel examen après exonération. Le premier temps de décubitus dorsal est utilisé pour contrôler, si les motifs de consultation le justifient, l'état des articulations coxo-fémorales, réaliser la recherche d'une douleur de type sciatique, reconstrôler l'état veineux et tester les réflexes ostéotendineux.

L'examen gynécologique comporte plusieurs temps successifs : l'examen de l'abdomen, l'examen de la vulve et du périnée, l'examen au spéculum, le toucher vaginal et, souvent, le toucher anorectal, plus rarement le toucher bi-digital.

#### **a. Examen de l'abdomen**

##### **✓ Inspection**

L'inspection note une voussure sus-pubienne et recherche la cicatrice des incisions précisées lors de l'interrogatoire ou celles d'interventions oubliées. Elle recherche une hernie ombilicale, inguinale, crurale ou de la ligne blanche et une déhiscence des muscles droits. Elle note les éventuelles vergetures et l'état veineux, en particulier en cas d'ascite ou d'antécédent de thrombose iliaque interne qui s'accompagne volontiers de varices sus-pubiennes. La patiente désigne d'un doigt ou de la main la topographie des zones douloureuses, les irradiations, montre les positions ou les mouvements qui soulagent ou qui aggravent.

### ✓ **Palpation**

Il faut commencer la palpation dans le segment de l'abdomen situé le plus loin de la zone douloureuse. La palpation abdominale prudente, mains réchauffées, est tout à la fois source d'informations et premier temps de la préparation psychologique au contact des mains médicales avec la zone génitale de la patiente. Elle est systématique en explorant successivement toutes les régions pour se terminer par l'étude des orifices herniaires. Elle localise les zones douloureuses, précise le siège et les caractéristiques d'une tumeur, objective une défense, met en évidence un gros foie, un gros rein, une anomalie splénique ou une adénopathie inguinale.

### ✓ **Percussion**

La percussion complète la palpation. Elle permet de distinguer la matité médiane à convexité supérieure et sonorité des flancs d'une tumeur utérine ou ovarienne de la matité latérale à concavité supérieure d'une ascite. Elle retrouve aussi le tympanisme d'un météorisme digestif.

## **b. Examen de la vulve et du périnée [12 ; 13 ; 26 ; 27 ; 28 ; 29]**

### ➤ **Installation de la patiente**

La patiente est installée sur la table rabattue en position gynécologique, convenablement éclairée. Elle est en décubitus dorsal, bras le long du corps, relâchée. La cuisse doit faire avec l'horizontale un angle d'environ 45°, que les talons reposent dans des étriers ou les creux poplités dans leurs supports. La patiente doit avoir les cuisses en abduction suffisante mais avec un bon relâchement musculaire. Le siège de la patiente doit légèrement dépasser l'aplomb de la table. Le médecin rappelle les modalités de l'examen à la consultante. Il peut lui proposer d'en suivre le déroulement avec un miroir si elle le désire.

### ➤ **Réalisation de l'examen**

L'examen combine un temps d'inspection et de palpation. Les deux mains, préalablement efficacement et ostensiblement lavées, sont gantées. L'examen est fait de façon systématisée. Il note et caractérise toutes les anomalies. Il commence par l'examen du pubis, de la face externe des grandes lèvres, des sillons génitocruraux. Il se poursuit par l'examen de l'ensemble du périnée et de la marge anale, inspectée

après déplissement. Le médecin peut devoir demander à la patiente de lui désigner avec un doigt le lieu d'une douleur ou d'une lésion vulvaire. Une façon simple d'éviter la gêne que peuvent alors ressentir certaines consultantes est de leur demander de mettre un gant jetable. Désigner d'un index ganté est un geste médicalisé et par là rendu plus neutre.

### ➤ **Inspection**

Les grandes lèvres sont normalement réunies sur la ligne médiane. Elles sont écartées pour permettre l'examen de leur face interne, des sillons inter-labiaux, de la face externe et du bord libre des petites lèvres, du capuchon et du gland clitoridien. Les petites lèvres sont mises en tension pour examiner le vestibule. L'index et le médium de la main gauche sont posés à chaque extrémité postérieure de l'union des petites et des grandes lèvres. En maintenant une pression douce, le médecin écarte ses doigts en arrière et en dehors. En avant, il inspecte le méat et l'orifice des glandes para-urétrales (de Skene). Sont ensuite explorés l'hymen ou ses vestiges et l'orifice vaginal puis latéralement les faces internes des petites lèvres et en arrière la fossette naviculaire. Une éventuelle malformation est notée.

### ➤ **Palpation**

La palpation se fait entre le pouce et l'index. Elle apprécie l'épaisseur et la souplesse des grandes et des petites lèvres. Elle précise les caractères sémiologiques d'une éventuelle tuméfaction. La palpation recherche une anomalie des glandes de Bartholin. La glande normale n'est pas palpable. La recherche d'un kyste de la glande de Bartholin droite se fait en plaçant la pulpe de l'index droit à l'intérieur du vagin dans un rayon de 9 heures. Le pouce est appuyé sur la partie postéro-externe de la grande lèvre. Un mouvement de pince rapproche alors les deux doigts à la recherche d'une tuméfaction. La palpation de la glande de Bartholin gauche se fait par une manœuvre symétrique controlatérale. Une anomalie des glandes para-urétrales se recherche avec l'index intra-vaginal. Elle se traduit par une induration douloureuse du côté atteint lors de la palpation péri-urétrale de la paroi vaginale antérieure.

### ➤ **Inspection-palpation**

Cette manœuvre recherche l'existence de cicatrices d'épisiotomie ou de déchirure obstétricale et en apprécie la souplesse ou l'induration, l'indolence ou non. En cas de dyspareunie, la recherche d'une fissure sagittale de la fossette naviculaire doit être minutieuse et éventuellement répétée. Cette fissure, souvent méconnue, peut être déclenchée par les mouvements du coït et récidiver douloureusement à chaque rapport sexuel. La fossette naviculaire est très fragile chez la femme ménopausée. En exposant le vestibule, il ne faut pas écarter trop vigoureusement les doigts sous peine de déclencher de façon iatrogène une lésion identique. Quand le motif de consultation est une dyspareunie orificielle ou une vulvodynie dont le signe d'appel est souvent une sensation de brûlure, l'utilisation d'un colposcope facilite la recherche d'un érythème vestibulaire spontané, souvent localisé à l'orifice des glandes de Bartholin ou sur les faces latérales des restes hyménéaux. La douleur spontanée est reproduite par l'appui localisé d'un coton-tige qui déclenche l'érythème. L'appui localisé d'un coton-tige recherche de même toute autre zone douloureuse, en particulier fissuraire sur le bord libre des restes hyménéaux [17].

### ➤ **Examen neurologique**

L'examen neurologique du périnée pratiqué lors de la consultation en gynécologie ne saurait se substituer à un examen spécialisé s'il dépiste une anomalie. Ce temps de dépistage comporte l'exploration de la sensibilité et la recherche des réflexes, y compris ostéotendineux. La sensibilité de la vulve et de la marge anale est explorée à l'aide du toucher au coton-tige ou à la pulpe du doigt et de la piqûre légère avec une épingle. L'exploration de la sensibilité thermique se fait par application alternative de tubes à essai remplis d'eau chaude ou froide. La mise en évidence d'une hypoesthésie ou d'une anesthésie oblige à une exploration spécialisée complète. Les principaux réflexes cutanés sont le réflexe anal et le réflexe bulbocaverneux. La piqûre périnéale ou de la marge de l'anus entraîne une contraction du sphincter : c'est le réflexe anal (S5). Le tapotement ou le pincement clitoridien entraîne une contraction des muscles bulbocaverneux et ischiocaverneux et du sphincter anal : c'est le réflexe bulbocaverneux (S1).

➤ **Autres manœuvres**

La distance anovulvaire est mesurée. Elle est normalement supérieure à 3 cm. Une distance plus courte traduit une dégradation du noyau fibreux central du périnée. Un prolapsus peut être évident. Sinon, la femme produit un effort de poussée. L'IUE nécessite, en revanche, une vessie pleine pour être objectivée.

**3.2.2.3. Examen au spéculum. [12 ; 13 ; 27 ; 29]**

**a. Types de spéculum**

En France et en pratique usuelle, le choix se fait entre deux spéculums bivalves : le spéculum de Cusco et le spéculum de Collin.



**Figure 1 : spéculum de Cusco**



**Figure 2 : Cusco de vierge**



**Figure 3 : spéculum de Collin**

### ✓ **Spéculum de Cusco**

Le spéculum de Cusco (fig. 1A) est un spéculum bilame. Sa base ovalaire, de diamètre constant, reste fermée à l'ouverture des lames. Le spéculum de Cusco est le plus facile à utiliser. Avant introduction, il est présenté les deux valves accolées et la vis de serrage au contact de la poignée. L'ouverture des lames se fait en serrant la vis. Cette manœuvre maintient le spéculum à l'ouverture choisie. Il est plus rapide de rapprocher les poignées entre le pouce et l'index et de serrer secondairement la vis. L'utilisation du spéculum de Cusco doit être récusée en cas de prolapsus car il ne peut être démonté. Il est également peu commode pour les gestes instrumentaux. C'est en revanche le plus adapté à l'examen d'une femme vierge ou très âgée. Dans ce cas, il est de forme un peu différente (figure 1B).

### ✓ **Spéculum de Collin**

Le spéculum de Collin (fig1C) est un spéculum démontable. Il est présenté valves accolées, vis en haut à droite complètement desserrée. Au cours de l'introduction, une main, en général la gauche pour un droitier, tient et dirige le spéculum. L'index et le pouce de la main droite ferment la vis. Ce geste détermine l'ouverture des valves. Les spéculums de Cusco et de Collin existent en métal, avec une longueur et une largeur variables, respectivement en moyenne de 80 à 90 mm et de 26 à 32 mm. La face interne des valves est dépolie pour éviter les reflets. Un modèle de grande taille est nécessaire en cas de surcharge pondérale. Ces deux spéculums existent également en plastique transparent à usage unique. Les spéculums en plastique s'utilisent comme leurs homologues en métal. Ils ont l'avantage de leur transparence pour examiner le vagin et d'un contact beaucoup moins froid pour la patiente. Il faut vérifier avant chaque introduction qu'ils sont bien ébarbés pour éviter toute blessure. Quel que soit l'instrument choisi, le débutant doit se familiariser dans tous les cas à sa manipulation avant toute utilisation clinique.

## **b. Pose du spéculum**

### **Choix du spéculum**

Le choix de la taille du spéculum est adapté à la morphologie présumée de la patiente et tient compte d'une éventuelle malformation. Le débutant choisit le spéculum de



Cusco sauf en cas de prolapsus. Le spéculum de Collin est plus difficile à utiliser. Il permet en revanche une excellente exposition de la filière cervicovaginale et autorise tous les gestes instrumentaux de la consultation. Son choix s'impose en cas de prolapsus pour pratiquer la manœuvre des valves antérieure et postérieure.



**Figure 4: Pose du spéculum.**

Ecarter les lèvres de la main gauche pour un droitier (pouce et index) ; présenter l'appareil fermé à l'orifice vaginal ; appuyer fermement sur la fourchette.

Enfoncer en visant à 45° le col généralement en arrière et en bas ; ouvrir progressivement l'appareil et rechercher le col pour l'accoucher entre les deux lames de l'appareil.

La pratique améliore très rapidement la facilité de la pose d'un spéculum. Le débutant doit se souvenir :

Que le spéculum doit être introduit sans lubrifiant pour permettre l'éventuelle réalisation d'un prélèvement bactériologique ou d'un frottis cervico-vaginal de dépistage ; il peut cependant être humecté d'un peu de sérum physiologique stérile ;

Qu'en avant la zone sous-urétrale est très sensible, de même que la zone clitoridienne, alors qu'en arrière la fourchette est habituellement peu sensible ;

Que la pose est d'autant plus facile que la patiente a reçu des explications ; si elle souhaite voir préalablement l'instrument, il ne faut pas choisir le plus grand modèle

! En dehors d'une pathologie ou d'un spasme des releveurs, la pose d'un spéculum doit être indolore. Le premier temps consiste à mettre en tension et à écarter les petites lèvres comme pour l'inspection de la vulve et à exposer l'orifice vaginal. La patiente peut produire un effort de poussée. Le spéculum est introduit, fermé. Quand

la poussée de la patiente ouvre l'orifice vaginal, le spéculum est introduit valves dans l'axe horizontal. Dans les autres situations, il est introduit valves dans l'axe 13 heures-19 heures ou 11 heures-17 heures, en fonction des conditions anatomiques. Le spéculum est ensuite appuyé fermement sur la fourchette, sans toucher la zone sous-méatique. L'introduction dans le vagin se fait en même temps qu'un mouvement de rotation qui ramène les valves en position horizontale. Le spéculum est alors enfoncé vers le fond du vagin, à 45°, en direction du col qui est habituellement en bas et en arrière. Les petites lèvres ne doivent pas être attirées vers l'intérieur par le frottement du spéculum. Si c'est le cas, il faut les dégager avant ouverture des valves. Aux trois quarts environ de la longueur du spéculum, le médecin commence à ouvrir modérément les valves qui s'écartent. Le col est repéré en se guidant sur le fait que le vagin non distendu est normalement plissé et le col normalement lisse. L'introduction du spéculum se termine par l'ouverture complète des valves adaptée à la situation anatomique. Ce mouvement permet au col de venir s'exposer entre les valves. En fin de la manœuvre, la valve supérieure du spéculum doit être placée dans le cul-de-sac vaginal antérieur, la valve inférieure dans le cul-de-sac vaginal postérieur.

### **Difficultés et variantes**

Si l'écartement des valves est trop précoce, les parois vaginales viennent s'accoler en avant. Il vaut mieux retirer le spéculum pour refaire la manœuvre de façon adaptée. Si l'utérus est très rétroversé, le col peut être très antérieur et très haut derrière la symphyse pubienne. Si l'utérus est très antéversé, le col doit être recherché très en arrière. Le col peut être aussi latéralisé et la direction des valves est modifiée pour permettre de le visualiser dans son ensemble. Quand seule la valve antérieure du spéculum se place dans le cul-de-sac antérieur et que la valve postérieure ne visualise pas correctement la lèvre postérieure du col, il faut appuyer par une main abdominale en région sus-pubienne pour « accoucher » le col entre les valves. Si les parois latérales du vagin font hernie entre les deux valves du spéculum, il faut choisir soit un appareil plus large, soit utiliser un écarteur de Bret, soit même poser un second spéculum à 90° du premier. Ses valves repoussent alors les parois vaginales. Après

conisation ou traitement chirurgical d'un prolapsus, le relief du col peut avoir complètement disparu. Il faut dans cette situation privilégier un spéculum de Cusco pour repérer le néo-orifice cervical. En cas de pose d'un spéculum chez une femme hystérectomisée, là encore le spéculum de Cusco est plus facile d'usage.

### **c. Examen du col**

#### **Examen macroscopique**

L'examen du col utérin permet d'apprécier sa forme. Conique chez la nullipare, il devient cylindrique chez la multipare et s'atrophie après la ménopause. Le col peut présenter un allongement hypertrophique global ou localisé à une de ses lèvres. La muqueuse de l'exocol après avoir été mouchée à l'aide d'une compresse stérile et sèche est normalement lisse et rosée alors que celle de l'endocol est plus rouge, quand elle est visible. L'éventuelle présence d'un polype est notée. Chez la femme en période d'activité génitale, la glaire est de plus en plus abondante, claire et filante au cours de première partie du cycle jusqu'à la période ovulatoire. En deuxième phase, elle « coagule » et diminue d'importance. Une glaire louche ou purulente fait évoquer une infection. Il faut pratiquer ou faire pratiquer un prélèvement cytobactériologique incluant la recherche de Chlamydia et de mycoplasmes. S'il existe des saignements, il faut essayer de préciser leur origine haute ou cervicale.

#### **Réalisation du frottis cervico-vaginal de dépistage**

Le frottis cervico-vaginal est pratiqué sur un col bien exposé, sans rapport sexuel ou toilette interne depuis 48 heures, à distance des règles, d'une infection, d'un saignement ou d'un traitement local.

#### **Colposcopie**

La colposcopie se pratique en cas de frottis anormal mais pour certains de façon systématique lors d'un examen de routine en consultation de gynécologie. Nous ne décrivons pas cette technique qui est détaillée ailleurs dans cet ouvrage. Dans le cadre qui nous occupe, la colposcopie permet de repérer et de contrôler la zone de jonction, de réaliser une cartographie légendée des lésions et de diriger les biopsies. Après chaque examen colposcopique, il faut rédiger un compte rendu daté qui servira de base de comparaison.

#### **d. Examen du vagin**

L'examen des bords latéraux du vagin se fait d'abord spéculum en place, en même temps que celui du col. L'examen des faces et des bords se fait ensuite en retirant doucement le spéculum dont le blocage est progressivement dévissé. La muqueuse vaginale est normalement uniformément rosée et humide en période d'activité génitale pour devenir moins souple et plus pâle après la ménopause. Le diagnostic de leucorrhées se fait souvent par l'examen direct et l'utilisation du microscope au cours de la consultation (tableau I). Si cet examen n'est pas concluant, il faut réaliser un prélèvement spécifique, de préférence au laboratoire. L'examen du vagin peut mettre en évidence une formation kystique, le plus souvent latérale, d'origine vestigiale. Elle peut être antérolatérale. Il faut alors la distinguer d'un diverticule urétral dont la pression extériorise un peu d'urine. L'examen recherche aussi une ulcération ou une formation végétante. Plus particulièrement dans le cul-de-sac postérieur, il peut retrouver les nodules bleutés et parfois érodés d'une endométriose recto-vaginale. Il faut toujours penser à l'éventualité d'une malformation, surtout si la pose du spéculum a été anormalement difficile ou s'il existe une anomalie cervicale. À la fin de l'examen du vagin, le spéculum est retiré. Pour que l'ablation du spéculum soit indolore, il faut le refermer complètement et l'enlever sans froter la zone sous-méatique.

#### **e. Cas particuliers [12 ; 13 ; 19 ; 21 ; 27 ; 29]**

En cas de prolapsus ou d'IUE, la manœuvre des valves est pratiquée pour examiner séparément les faces vaginales antérieure ou postérieure. L'inspection note soit d'emblée, soit après effort de poussée de la patiente, les éléments d'un prolapsus antérieur, postérieur ou mixte qu'il faut analyser et quantifier. Un effort commandé de se « retenir » peut faire réintégrer les éléments prolapsés si les muscles du plancher pelvien sont efficaces. À l'inverse, la recherche d'une fuite urinaire se fait à l'occasion d'un effort répété de toux ou de poussée à vessie pleine. La manœuvre des valves est réalisée à l'aide d'un spéculum de Collin démonté, de taille adaptée. Elle est précédée de l'examen spéculum monté qui peut démasquer une hystéroccèle. Un

prolapsus utérin peut s'extérioriser ou non, éventuellement aidé par traction sur le col par pince de Pozzi. La manœuvre des valves comporte trois temps :

✓ **Manœuvre de la valve antérieure**



**FIGURE 5 : MANŒUVRE DE LA VALVE ANTERIEURE**

La valve est appliquée sur la face antérieure du vagin qu'elle refoule. Quand la patiente pousse, cette manœuvre permet l'exposition de la paroi postérieure du vagin. Elle met en évidence l'existence d'une colpocèle postérieure avec bombement du segment douglassien, du segment rectal ou de ces deux segments.

✓ **Manœuvre de la valve postérieure**



**FIGURE 6 : MANŒUVRE DE LA VALVE POSTERIEURE**

La manœuvre de la valve postérieure comporte deux temps.

### **Premier temps**

Dans un premier temps, la valve est appuyée sur la paroi postérieure du vagin sans accrocher le col utérin. Elle réduit le bombement de la paroi postérieure. À l'effort de poussée, le gynécologue recherche en avant l'apparition isolée ou successivement de la saillie du segment urétral du vagin strié transversalement ou colpocèle du segment urétral puis la saillie lisse du segment vésical ou colpocèle du segment vésical. Une IUE peut s'objectiver.

### **Deuxième temps**

Dans un deuxième temps, la manœuvre de la valve postérieure accroche le col utérin. Le col est refoulé vers le haut et l'arrière. La paroi vaginale antérieure est mise en tension et une cystocèle ou « l'effet pelote » d'un prolapsus utérin peut se réduire, au moins partiellement. Un effort répété de poussée, ou mieux de toux peut alors faire apparaître une fuite urinaire.

### ✓ **Manœuvre de Bonney**



**FIGURE 7 : TV ET MANŒUVRE DE BONNEY**

Lorsqu'il y a émission d'urines à l'effort, spontanée ou après manœuvre des valves, il est classique de rechercher par la manœuvre de Bonney si le remplacement du col vésical suffit à faire disparaître l'incontinence urinaire. Dans cette manœuvre, le praticien élève la paroi antérieure du vagin et le col vésical vers le haut et l'avant, derrière la symphyse, à l'aide de deux doigts placés suffisamment latéralement pour

ne pas comprimer artificiellement l'urètre. La manœuvre est dite positive lorsqu'elle supprime la fuite urinaire à l'effort. Elle est dite négative si la fuite urinaire persiste. Le médecin choisit un gant qui remonte haut sur l'avant-bras et tire le tiroir de la table en mettant une garniture pour absorber éventuellement l'urine. La manœuvre de Bonney peut être remplacée par la manœuvre de Béthoux. Cette dernière consiste à introduire deux clamps habillés de compresses dans les culs-de-sacs vaginaux et à exercer une poussée en direction du promontoire en prenant appui sur la fourchette vulvaire pendant l'effort de poussée ou de toux de la patiente. Ces manœuvres corrigent l'IUE liée à une cervicocystoptose.

On quantifie un prolapsus en trois degrés :

**Degré I** : élément de prolapsus non extériorisé ;

**Degré II** : élément de prolapsus affleurant la vulve ;

**Degré III** : élément de prolapsus extériorisé.

Il peut être utile de ré-pratiquer ces explorations chez le sujet debout, jambes écartées, un pied posé sur un escabeau. Seule l'association au toucher pelvien permet d'établir un bilan complet.

#### **3.2.2.4. Toucher vaginal [12 ; 13 ; 21 ; 27 ; 29]**

Le toucher vaginal doit être fait après l'examen au spéculum. Si une exploration endo-utérine est prévue, il faut d'abord poser le spéculum, ne serait-ce que pour contrôler l'absence d'anomalie infectieuse, puis le retirer, faire le toucher vaginal et reposer le spéculum pour faire l'exploration prévue, en tenant compte des données du toucher vaginal. Le toucher vaginal est pratiqué à un ou mieux à deux doigts, si possible. Il permet d'explorer une grande partie des organes pelviens à condition d'être systématiquement associé au palper abdominal.

##### **a. Position de la patiente**

La patiente est dans la même position que pour la pose du spéculum, vessie et rectum vides. On lui explique le déroulement de l'examen et, si nécessaire, elle met les poings fermés sous les fesses.



**Figure 8 : technique du touche vaginal pour un droitier**

Toucher vaginal (pour un droitier) : l'introduction première du médus droit se fait comme celle du spéculum, les doigts de la main gauche écartant les petites lèvres ; les deux premières phalanges du médus introduites dans le vagin dépriment la fourchette vers l'arrière ; l'index droit se glisse dans l'espace ainsi dégagé en avant ; les deux doigts réunis s'enfoncent à 45° jusqu'au contact du col utérin puis le bloc main-avant-bras s'horizontalise ; les doigts intra-vaginaux vont à la rencontre de la main abdominale qui effectue la manœuvre inverse ; le déplacement synchrones et combinés des doigts intra-vaginaux et de la face palmaire de la main gauche abdominale explore l'ensemble du petit bassin accessible ; la manœuvre inverse (avec le médus et l'index gauches intra-vaginaux et la main droite abdominale) permet l'exploration du reste du petit bassin.

**b. Technique (figure 5)**

Les mains du médecin sont bien sûr lavées et gantées. L'index pour un toucher à un doigt, l'index et le médus pour un toucher à deux doigts sont largement lubrifiés à l'aide d'un produit stérile. Comme pour la mise en place du spéculum, le médecin écarte du pouce et de l'index d'une main les lèvres pour exposer l'orifice vaginal. Pour un toucher à deux doigts, le médus de l'autre main déprime sans brutalité mais fermement la fourchette vulvaire. Dans l'espace ainsi ménagé en avant, l'index est glissé sans difficulté. Pour un toucher à un doigt, seul l'index est introduit. Le ou les doigts sont dirigés le long de la paroi postérieure du vagin, en arrière et en bas,



jusqu'à atteindre le cul-de-sac postérieur. Ils sont alors redressés en se rapprochant de l'horizontale. Pour utiliser la longueur maximale de l'index et du médius, les deux derniers doigts sont fléchis dans la paume de la main et butent sur le périnée. La face palmaire de la main libre, gauche pour un droitier, se place sur la paroi abdominale à quelques centimètres au-dessus de la symphyse pubienne. Elle déprime cette paroi pour rapprocher autant que faire se peut les organes pelviens des doigts Intra-vaginaux. Son déplacement suit celui des doigts vaginaux : elle est médiane quand ceux-ci sont dans le cul-de-sac antérieur ou postérieur, latérale en « miroir » quand ils sont dans le cul-de-sac droit ou gauche. Quand les doigts de la main droite sont intra-vaginaux, ces mouvements conjoints alliés aux possibilités de la pronosupination permettent l'examen de la quasi-totalité du petit bassin quand les conditions anatomiques s'y prêtent (patiente maigre, doigts du praticien longs). Dans d'autres circonstances (doigts du praticien courts, patiente pléthorique...), la partie gauche du petit bassin n'est pas correctement analysable. Il faut alors réaliser la manœuvre symétrique pour explorer la moitié gauche du petit bassin, doigts de la main gauche intra-vaginaux et main droite abdominale. La réalisation successive de ces deux touchers vaginaux est souhaitable chaque fois que le praticien n'a pas la conviction d'avoir d'emblée complètement exploré le petit bassin accessible.

### **Vagin**

Le toucher vaginal explore le vagin et en apprécie la longueur, la souplesse, les éventuelles anomalies congénitales ou acquises et les éventuelles cicatrices.

### **Col utérin**

Le toucher vaginal combiné avec la palpation abdominale permet d'examiner le col utérin. Il en précise la position, la consistance normalement ferme et élastique, le volume, la mobilité. Une latérodéviatation évoque une anomalie utérine ou annexielle. Une douleur à la mobilisation évoque une infection ou une endométriose. Un début de grossesse ramollit la partie supérieure du col utérin : c'est le signe de Hegar.

### **Corps utérin**

L'examen du corps utérin se fait en soulevant l'utérus par les doigts intra-vaginaux en direction de la main externe qui déprime la paroi dans le mouvement inverse.

Entre les deux, le médecin apprécie la situation de l'utérus, sa taille, son orientation, sa forme, sa consistance et sa mobilité. Si l'utérus est rétroversé, les doigts vaginaux essaient de le redresser. Si c'est impossible, l'examen est moins performant. Si l'utérus est antéversé, les doigts vaginaux placés dans le cul-de-sac antérieur peuvent palper la face antérieure de l'utérus à condition que la main abdominale fixe le corps utérin. Les doigts abdominaux peuvent palper la face postérieure d'un utérus antéversé normal si la femme est assez mince.

### **Annexes**

La palpation des annexes se fait les doigts vaginaux alternativement dans chacun des culs-de-sac latéraux, toujours de façon combinée. Les doigts de la main abdominale appuient à la rencontre des doigts vaginaux. Une annexe est anormale si elle est douloureuse, augmentée de volume ou les deux à la fois. Une tumeur annexielle ne doit pas être confondue avec le cæcum à droite et le sigmoïde à gauche. Si une masse annexielle est palpée, il faut préciser sa taille, sa forme, sa mobilité, sa consistance, sa sensibilité. En cas de masse annexielle, la mobilisation du col et du corps utérin ne lui sont pas transmises. À l'inverse, quand l'examen bi-manuel montre que la mobilisation d'une masse d'origine pelvienne est solidaire du col, on peut évoquer une origine utérine. Ce signe classique peut se retrouver en défaut en cas d'adhérence d'une masse annexielle au corps utérin ou en cas de petit bassin entièrement comblé. La douleur isolée lors de la palpation des annexes doit faire évoquer un problème infectieux bien que sensibilité et spécificité de l'examen clinique soient très discutées dans ce cas.

### **Cul-de-sac antérieur**

Quand les doigts vaginaux sont dans le cul-de-sac antérieur, la main abdominale peut s'insinuer entre le pubis et l'utérus repoussé en arrière. La palpation de la vessie par le toucher combiné peut évoquer une infection en cas de douleur élective irradiant souvent le long de l'urètre qui est aussi palpé ou toute autre lésion.

### **Cul-de-sac postérieur**

Le toucher vaginal peut retrouver dans le cul-de-sac postérieur une sensibilité évocatrice d'un épanchement intra-péritonéal de même que des nodules endométriosiques ou néoplasiques.

### **Paroi pelvienne. Cotation du muscle releveur de l'anus**

Les doigts intra-vaginaux explorent toutes les parois du petit bassin accessible et le tissu cellulaire pelvien. Une douleur provoquée à la pression du canal d'Alcock et de l'épine sciatique évoque une névralgie pudendale. Le toucher vaginal apprécie aussi la sensibilité et la qualité des muscles releveurs [27 ; 29]. L'index et le médus, légèrement écartés, sont posés sur la face postérieure du vagin, le plus souvent à l'union des deux tiers supérieurs et du tiers inférieur. La bonne position est repérée en prenant contact avec la sangle des releveurs par les dernières phalanges repliées en crochet. On demande à la patiente de contracter le périnée en imaginant qu'elle se retient d'uriner. Une éventuelle inversion de commande est dépistée. Le résultat est coté de 0 à 5 en fonction de la qualité de la contraction et de son maintien. La valeur 5 caractérise une contraction vigoureuse, soutenue et renouvelable plusieurs fois.

### **Limites**

Si le toucher vaginal est un examen peu coûteux, facile à répéter, il est faussement simple. Ses résultats peuvent être obérés par des conditions anatomiques (atrésie, obésité...) ou psychologiques (pusillanimité, tendance vaginique). Il faut alors honnêtement reconnaître auprès de la patiente que l'examen n'a pas été concluant et soit le refaire dans de meilleures conditions, soit annoncer la nécessité d'exams complémentaires. Sensibilité et spécificité du toucher vaginal varient en fonction de la situation clinique, des conditions anatomiques et de l'expérience du médecin. La confrontation systématique des résultats cliniques aux résultats des autres explorations du pelvis favorise les performances d'un praticien.

### **3.2.2.5. Toucher anorectal**

Même s'il n'est pas systématique, le toucher anorectal est un temps complémentaire très souvent nécessaire. En cas de rétroversion, cet examen est une bonne façon d'explorer le corps utérin. La patiente est prévenue du principe et de l'importance de l'examen et son accord est recueilli. Le toucher anorectal est pratiqué avec l'index

largement lubrifié, après avoir changé de gants. L'index palpe le pourtour de la marge anale puis est engagé dans le canal anal et introduit plus profondément jusqu'à l'ampoule rectale. Cet examen permet de palper la cloison recto vaginale, la face postérieure du col de l'utérus, l'isthme et la zone d'insertion des utéro sacrés, de même, le plus souvent, qu'une partie de la face postérieure du corps utérin. Il explore le cul-de-sac de Douglas et son contenu et les paramètres de chaque côté. Le paramètre droit est mieux palpé de l'index droit pour un droitier. Si l'index droit ne peut explorer correctement le paramètre gauche, en particulier dans sa portion distale, le médecin droitier doit utiliser l'index gauche. Comme pour le toucher vaginal, le praticien gaucher réalise bien sûr la manœuvre inverse. Après avoir vérifié les parois de l'ampoule rectale, le toucher anorectal apprécie le tonus du sphincter anal, l'état de la sangle musculaire des faisceaux puborectaux et la muqueuse du canal anal sur toute sa circonférence. Il recherche une névralgie pudendale. Le toucher rectal permet enfin d'examiner l'hymen chez la femme vierge. En cas de violence sexuelle, il s'intègre dans un bilan complet spécifique [30 ; 31].

#### **3.2.3.6. Toucher bi-digital**

La combinaison du toucher vaginal et du toucher rectal utilise selon les circonstances l'index intra-vaginal et le médus intra-rectal d'une seule main ou l'index de chacune des deux mains, l'un en intra-vaginal et l'autre en intra-rectal. Il permet d'examiner de haut en bas le cul-de-sac de Douglas, la cloison recto-vaginale et d'évaluer la tonicité et la qualité du noyau fibreux central du périnée. Il affirme le diagnostic d'élytrocèle lorsqu'il perçoit à l'effort dans la colpocèle postérieure l'épiploon ou une anse grêle. Il la distingue ainsi du rectocèle où le doigt intra-rectal fait saillie et retrouve le doigt intra-vaginal sans interposition. En cas de doute, le toucher bi-digital peut être refait patiente en position debout et en effort de poussée.

Quand l'interrogatoire et l'examen clinique sont terminés, la consultation est loin d'être achevée. Le médecin invite la patiente à se rhabiller et à reprendre place en face de lui dans le bureau. C'est le moment de la synthèse.

## **Synthèse et information**

### **Devoir d'information**

La communication médicale a un caractère asymétrique. Le médecin est supposé savoir, savoir-faire et savoir-être, la patiente ne rien savoir du tout. Le déséquilibre potentiel de pouvoir qui en découle est corrigé par le devoir de conseil et l'obligation d'information. Cette obligation repose sur des bases éthiques, déontologiques et légales. Le gynécologue a la responsabilité de vérifier que sont réunies les conditions d'une communication efficace et pertinente, fondement d'une bonne relation médecin-malade. En présentant et en synthétisant les éléments disponibles, il peut s'aider de dessins ou de maquettes pour soutenir ses explications. Le temps de la synthèse et de l'information peut être considéré comme un renversement de la situation de l'interrogatoire. Ici, c'est le médecin qui parle et la patiente qui écoute. Le choix des mots doit donc être adapté au vocabulaire de la patiente que le médecin aura décodé lors de l'interrogatoire. Le médecin doit être particulièrement attentif à une bonne concordance entre sa communication verbale et non verbale et en particulier à sa mimique. Plus l'information est anxiogène pour la patiente, plus la maîtrise des outils de communication doit être vigilante. « L'information doit être loyale, claire et appropriée ». Elle doit porter à la fois sur l'état de la patiente en énonçant le diagnostic évoqué, sur l'évolution prévisible avec ou sans traitement, sur les investigations et les soins préconisés, de même que sur les risques inhérents à ces investigations et à ces soins. Il faut s'assurer à chacune de ces étapes que, la patiente a bien compris et qu'elle n'a pas de question à poser. L'information est la base du consentement ou du refus éclairé de la patiente.

### **Synthèse et décision médicale**

Le plus souvent, la situation est relativement simple. La consultation se termine par l'indication d'une exploration ou d'un traitement que le praticien met lui-même en œuvre. La formalisation de la décision médicale a été systématisée dans la démarche de l'evidence-based médecine [32] ou médecine par les preuves. Cette démarche repose sur la formulation claire de la question clinique que pose le problème de la patiente et sur une analyse exhaustive et critique de la littérature médicale consacrée

à sa résolution. L'application gradée en niveau de preuves des réponses de la littérature au problème individuel de la consultante fonde la part scientifique de l'acte de décision médicale. Le développement considérable de l'information médicale disponible fait qu'il est impossible à un praticien isolé de réaliser lui-même l'analyse critique de l'intégralité de l'information médicale, même s'il respecte scrupuleusement l'obligation de formation médicale continue. La décision médicale implique de répondre aux besoins et aux attentes d'une consultante précise. Elle doit souvent intervenir en situation d'incertitude, dans des « zones grises » [33] où aucune preuve scientifique et validée n'est disponible ou applicable. Dans ces situations, les aides précieuses ou imposées ne peuvent remplacer l'expérience du praticien ni se substituer au résultat de l'échange original que représente chaque consultation. Il faut donc toujours noter pourquoi telle décision a été prise pour telle patiente, si elle s'écarte des normes habituelles, de façon à pouvoir l'expliquer et la justifier en cas de besoin. Si plusieurs options sont possibles, leurs avantages et leurs risques respectifs sont détaillés. Un délai à la prise de décision est laissé à la patiente entre deux consultations. Le praticien ne doit pas hésiter à conseiller à la consultante de prendre un deuxième avis. Si plusieurs avis sont pris, chaque médecin consulté est tenu au même devoir d'information. Chaque médecin doit s'assurer que l'information a bien été donnée et qu'elle a été comprise. S'il faut prévoir une investigation ou un acte complémentaire que le praticien ne peut réaliser lui-même, il rédige un courrier à l'intention du confrère choisi avec l'accord de la patiente. « Dans l'intérêt du malade et pour des raisons légitimes que le praticien apprécie en conscience », ce courrier peut être complété par une transmission directe d'informations si c'est nécessaire. De temps en temps, la consultation débouche sur un début de prise en charge sociale. Le médecin doit disposer des adresses et des numéros de téléphone des organismes socio-caritatifs agréés et des associations reconnues de malades et anciens malades, en restant vigilant quant au risque sectaire. La consultation en gynécologie est protéiforme et pour une part imprévisible. Elle met en scène le dialogue et les savoirs de deux personnes. La patiente ne sait pas ce qu'elle a mais sait ce qu'elle voudrait. Le médecin sait ce que la patiente pourrait

avoir mais doit découvrir ce qu'elle a et ce qu'elle veut. Au terme d'un échange équilibré, grâce au savoir-communiquer, la patiente, informée, peut donner ou refuser son consentement éclairé à la décision médicale.

Comme toute consultation médicale, la consultation en gynécologie marie « l'art de l'incertitude et la science des probabilités » [33]. Elle se termine quand elle a atteint son objectif : le meilleur compromis après partage des savoirs.

# **METHODOLOGIE**



### **III- METHODOLOGIE**

#### **4.1. Cadre de l'étude**

Notre étude a eu lieu dans le Service de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel Touré situé au centre-ville du district de Bamako. Le CHU Gabriel Touré jadis appelé dispensaire central de Bamako a été transformé en hôpital en 1959, en hommage à un étudiant en médecine du nom de Gabriel Touré, décédé à Dakar par suite d'une épidémie de peste d'où le nom de centre de santé universitaire (CHU) Gabriel Touré. Il comporte plusieurs services : la gynécologie et d'obstétrique ; la pédiatrie ; la chirurgie générale ; la chirurgie pédiatrique ; le service d'accueil des urgences et la réanimation ; le service d'ORL ; la médecine ; la traumatologie ; l'urologie ; la cardiologie ; le laboratoire ; la pharmacie ; le bloc administratif ; le bureau des entrées ; le service de maintenance ; le service social et le service d'hygiène. Il existe des boxes de consultations externes et la direction administrative.

#### **4.2. Organisation du service**

Situé au Pavillon BENITIENI FOFANA, le service de gynécologie et d'obstétrique est organisé comme suit :

##### **4.2.1. Les infrastructures : Au rez-de-chaussée, on y trouve :**

- 1 salle d'urgence avec une toilette interne ;
- 1 salle d'accouchement avec trois tables d'accouchement ;
- 1 salle de prise en charge du nouveau-né ;
- 1 salle d'attente et des suites de couche immédiates avec deux lits ;
- 1 salle de garde pour les sages- femmes ;
- 1 bloc opératoire d'urgence ;
- 1 salle de garde pour l'aide du Bloc ;
- 1 toilette externe pour les sages-femmes ;
- 1 bureau pour la sage-femme maîtresse ;
- 1 salle de soins infirmiers ;
- 1 bureau pour le major de l'hospitalisation ;
- 8 bureaux pour les gynécologues

- 4 toilettes externes pour les gynécologues ;
- 1 salle pour les faisant- fonction d'internes ;
- 1 salle pour les infirmières
- 1 toilette pour les internes ;
- 1 toilette pour les infirmières ;
- 1 salle pour les DES de Gynécologie obstétrique
- 5 salles d'hospitalisations : A, B, C, D et E :
- Les salles A et B contiennent 3 lits chacune,
- Les salles C, D et E contiennent 2 lits chacune.

A l'étage, on y trouve :

- 1 bureau pour le chef de service avec un secrétariat
- 1 salle de garde pour les anesthésistes ;
- 1 bloc opératoire pour les interventions chirurgicales programmées avec un bureau pour le major, une salle de réveil avec deux lits ;
- 2 grandes salles d'hospitalisation A et B qui contiennent 12 lits chacune ;
- 8 salles de première catégorie dont quatre avec toilette interne (G, H, I, J) et quatre sans toilette interne (C, D, E, F) ;
- 2 toilettes externes pour les salles C, D, E et F

Le personnel comprend :

- 6 gynécologues obstétriciens dont le chef de service et 1 en disponibilité.
- 30 sages-femmes dont 6 en formation.
- 4 assistants médicaux aides bloc
- 12 infirmiers.
- 6 manœuvres

Soit 58, le nombre de personnel.

#### **4.2.2. Organisation du travail et Taches du service de gynéco- obstétrique :**

Le service dispose d'un bloc à froid qui fonctionne trois jours par semaine pour les interventions programmées et d'un bloc pour les urgences chirurgicales gynécologiques et obstétricales et qui fonctionne vingt-quatre heures sur vingt-quatre

heures. En outre, la consultation externe est assurée tous les jours par deux gynécologues- obstétriciens cinq jours par semaines (du lundi au vendredi).

L'unité de dépistage des dysplasies et cancer du col de l'utérus est fonctionnels cinq jours par semaine ; la journée du lundi est consacrée à la stadification par le Professeur Ibrahima Téguté des cas de cancer reçu dans le service.

Les patientes ayant un cancer du col diagnostiqué à un stade avancé bénéficient si elles ont les moyens d'une radio chimiothérapie à Dakar au Sénégal ; à défaut elles sont prises en charge sur place avec des soins palliatifs comme la transfusion, les antalgiques et la mono chimiothérapie à base d'Endoxan.

Les consultations prénatales pour les grossesses à risque tous les jeudis.

Un staff se tient tous les jours du lundi au jeudi à huit heures pour discuter de la prise en charge des urgences admises la veille ainsi que des accouchements effectués.

Une visite quotidienne des malades hospitalisées est effectuée par les DES de gynécologie obstétriques sous la supervision d'un spécialiste. La visite générale est effectuée par le professeur tous les mercredis. Une équipe de garde quotidienne travaille vingt-quatre heures sur vingt-quatre avec un gynécologue –obstétricien comme chef d'équipe.

Le service est dirigé par le Professeur Niani Mounkoro, secondé par le professeur Ibrahima Téguté, le professeur Youssouf Traoré et trois maitres assistants.

#### **4.3. Type d'étude :**

Il s'agit d'une étude transversale avec collecte rétrospective des données.

#### **4.4. Période d'étude**

Cette étude s'est déroulée de janvier 2003 à décembre 2016, soit sur une période de 13 ans.

#### **4.5. Population d'étude**

Elle a concerné toutes les admissions en consultation externes. Il s'agissait de patientes qui ont consulté pour un motif gynécologique donné. Elles provenaient du district de Bamako et de l'intérieur du pays.

#### **4.6. Echantillonnage**

##### **4.6.1. Critères d'inclusion :**

Toutes les patientes ayant consulté pendant la période d'étude pour motifs gynécologiques divers.

##### **4.6.2. Critères de non inclusion :**

Toutes femmes ayant consulté pour un motif obstétrical.

#### **4.7. Variables et sources de collecte des données :**

Le tableau ci-dessous résume les variables et les sources de la collecte des données.

**Tableau II : variables et sources de collecte des données.**

<b>Variables</b>	<b>Type</b>	<b>Echelle de mesures</b>	<b>Sources de collecte</b>
Age	Quantitative discontinue	Année	<b>Dossier gynécologique</b>
Profession	Qualitative nominative	1= Ménagère 2=Commerçante /vendeuse 3=Fonctionnaire 4=Elève/Etudiante 5=Autre	
Statut matrimonial	Qualitative nominative	1=Mariée 2=Célibataire 3= Divorcée 4= Veuve	
Mode d'admission	Qualitative nominative	1=Venue d'elle -même 2= Référée 3=Evacuée	
Antécédents	Qualitative nominative	1=Médicaux 2=Chirurgicaux 3=Gynéco-obstétricaux	
	Quantitative discontinue	1=Gestité 2= Parité	
Etat général	Qualitative nominative	1=Bon 2=Passable 3= Mauvais ou altéré	
Coloration des conjonctives	Qualitative nominative	1= Bien colorée 2=pâles	
Seins	Qualitative nominative	1=Normaux 2= Anormaux	
Masse abdominale	Qualitative nominative	1=Oui 2= Non	
Col sain	Qualitative nominative	1=Oui 2= Non 3= Autre	
Utérus	Qualitative nominative	1=Normal 2= Augmenté 3= Atrophié	

#### **4.8. Traitement et analyse des données**

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS version 20.0 et le traitement de texte dans Word 2019, office 2010 et Excel 2010.

#### **4.9. Définitions opérationnelles**

La définition de certains concepts est utile à l'étude des motifs de consultation, car ils permettent de standardiser la collecte des données et la comparabilité entre les études.

**Référée :** toute femme adressée par un agent de santé ou une structure sans notion d'urgence.

**Venue d'elle-même :** toute femme admise directement dans le service sans passer par une autre structure de santé ou consulter un agent de santé.

**Etat général bon :** c'est quand les signes vitaux sont stables et sont dans les limites normales. La patientes est consciente et son état de santé est satisfaisant.

**Etat général passable :** c'est quand les signes vitaux sont stables dans les limites normales. La patiente est consciente mais peut souffrir de complications mineures.

**Etat général altéré :** les signes vitaux peuvent être instables et hors des limites normales. La patiente peut être inconsciente et il souffre de complications importantes.

**Nulligestes :** il s'agit des femmes qui n'ont pas contracté de grossesse.

**Primigestes :** les femmes qui sont à leur première grossesse.

**Multigestes :** les femmes qui ont fait entre 2 et 6 grossesses.

**Grandes multigestes :** les femmes qui ont fait plus de 6 grossesses.

**Nullipares :** il s'agit des femmes qui n'ont jamais accouchée.

**Primipares :** les femmes qui sont à leur premier accouchement.

**Multipares :** les femmes qui ont fait entre 2 et 6 accouchements.

**Grandes multipares :** les femmes qui ont fait plus de 6 accouchements.

**Motif de consultation :** il s'agit de ce que la patiente apporte comme demande, plainte ou symptôme.

**Approche syndromique :** est une démarche logique et pragmatique, tenant compte des pathologies fréquentes et traitables pour faire un diagnostic probabiliste et un traitement présomptif.

# RESULTATS



#### IV- RESULTATS

Le nombre total des consultantes en treize (13) ans d'étude a été de 17336 patientes venues du district de Bamako et de l'intérieur du pays. Elles étaient dans grande majorité venues d'elles-mêmes pour des motifs de natures diverses.

##### Profil sociodémographique des patientes

Nous précisons les différentes fréquences des caractéristiques sociodémographiques et cliniques en rapport avec les motifs de consultation.

**Tableau III : caractéristiques sociodémographiques des patientes.**

Caractéristiques sociodémographiques	Nombre	%
<b>Age (année)</b>		
< 15	197	1,1
15-49	<b>14708</b>	<b>84,8</b>
> 49	2431	14
<b>Profession</b>		
Ménagère	<b>10311</b>	<b>59,5</b>
Commerçant/ Vendeuse	2487	14,3
Elève/Etudiante	1812	10,5
Fonctionnaire	1701	9,8
Autres	1025	5,9
<b>Niveau d'instruction</b>		
Primaire	269	7,6
Secondaire	596	16,9
Supérieur	820	23,3
Alphabétisé	169	4,8
Aucun	<b>1666</b>	<b>47,3</b>
Non précisé	13816	79,7
<b>Situation matrimoniale</b>		
Mariée	<b>14059</b>	<b>81,1</b>
Célibataire	2175	12,5
Divorcée	304	1,8
Veuve	798	4,6
<b>Mode d'admission</b>		
Elle-même	<b>12171</b>	<b>70,2</b>
Référées	5165	29,8

Age moyen est de **34,81ans** avec des extrêmes de **5 à 100ans**.

Autres : teinturières, ouvrières, couturière, artiste ...

Les femmes mariées, les ménagères, les non scolarisées étaient les plus représentées. Elles étaient majoritairement venues d'elle-même. L'âge compris entre 15-49ans était le plus représenté.

Nous avons déterminé la fréquence des différents motifs de consultation dans le tableau ci- après.

**Tableau IV : fréquence des motifs de consultation**

Motifs de consultation	Nombre	(%)
<b>Algie pelvienne</b>	<b>5313</b>	<b>30,6</b>
<b>Leucorrhée</b>	<b>6040</b>	<b>34,8</b>
Troubles urinaires	2064	11,9
Saignement anormal	1956	11,3
<b>Désir de grossesse</b>	<b>3663</b>	<b>21,1</b>
Aménorrhée	1145	6,6
Bouffée de chaleur	89	0,5
<b>Prurit vulvaire</b>	<b>4357</b>	<b>25,1</b>
Mastodynie	452	2,6
<b>Dyspareunie</b>	<b>3326</b>	<b>19,2</b>
Masse mammaire	342	2
Agression sexuelle	194	1,1
Suspicion de néo du col	1221	7
Masse abdominale	269	1,6
Avortement à répétition	140	0,8
Trouble du cycle	875	5
Autre motif gynécologique	1118	6,4
Motif non gynécologique	384	2,2
<i>Total</i>	<i>32948</i>	<i>100,0</i>

Les principaux motifs de consultation dans le service de gynécologie et d'obstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Gabriel TOURE sont les suivants :

- Leucorrhée (34,8%) ;
- L'algie pelvienne (30,6%) ;
- Le prurit vulvo-vaginal (25,1%) ;
- Désir de grossesse (21,1%) ;

**Les autres motifs gynécologiques :** masse vulvaire, trouble sexuel, traumatisme vulvaire, dépistage de néo du col, consultation de routine.

**Les motifs non gynécologiques :** fièvre, céphalées, vertiges, vomissements, nausées, constipation, varices, anorexie.

**Tableau V : répartition des motifs de consultation en fonction de la tranche d'âge.**

Motifs de consultation	N (%)	Tranche d'âge			Total N (17336)
		< 15ans N (197)	15 à 49 ans N (14708)	> 49ans N (2431)	
Algie pelvienne	N (%)	28(14,2)	4693(31,9)	592(24,4)	5313(30,6)
Leucorrhées	N (%)	37(18,8)	<b>5466(37,2)</b>	537(22,1)	6040(34,8)
Troubles urinaires	N (%)	6(3)	1871(12,7)	187(7,7)	2064(11,9)
Saignement anormal	N (%)	24(12,2)	1195(8,1)	<b>737(30,3)</b>	1956(11,3)
Désir de grossesse	N (%)	3(1,5)	3649(24,8)	11(0,5)	3663(21,1)
Aménorrhée	N (%)	2(1)	1017(6,9)	126(5,2)	1145(6,6)
Bouffée de chaleur	N (%)	0(0)	48(0,3)	41(1,7)	89(0,5)
Prurit vulvaire	N (%)	33(16,8)	3953(26,9)	371(15,3)	4357(25,1)
Mastodynie	N (%)	4(2)	372(2,5)	76(3,1)	452(2,6)
Dyspareunie	N (%)	5(2,5)	3125(21,2)	196(8,1)	3326(19,2)
Masse mammaire	N (%)	4(2)	257(1,7)	81(3,3)	342(2)
Agression sexuelle	N (%)	<b>97(49,2)</b>	97(0,7)	0(0)	194(1,1)
Suspicion de néo du col	N (%)	0(0)	842(5,7)	379(15,6)	1221(7)
Masse abdominale	N (%)	1(0,5)	219(1,5)	49(2)	269(1,6)
Avortement à répétition	N (%)	0(0)	140(1)	0(0)	140(0,8)
Trouble du cycle	N (%)	5(2,5)	829(5,6)3	41(1,7)	875(5)
Autre motif gynécologique	N (%)	16(8,1)	843(5,7)	259(10,7)	1118(6,4)
Motif non gynécologique	N (%)	2(1)	365(2,5)	17(0,7)	384(2,2)

**49,2%** des moins de 15ans ont consulté pour agression sexuelle.

**37,2%** des femmes entre 15-49ans sont venues pour leucorrhées.

**30,3%** des plus de 49ans ont consulté pour saignement anormal soit leur motif majoritaire.

**Tableau VI : répartition des motifs de consultation en fonction du statut matrimonial.**

Motifs de consultation	Statut matrimonial				Total N(%)
	Mariée N(%)	Célibataire N(%)	Veuve N(%)	Divorcée N(%)	
Algie pelvienne	4336(30,8)	688(31,6)	192(24,1)	<b>97(31,9)</b>	5313(30,6)
Leucorrhées	<b>4857(34,5)</b>	<b>905(41,6)</b>	189(23,7)	89(29,3)	6040(34,8)
Troubles urinaires	1697(12,1)	273(12,6)	61(7,6)	33(10,9)	2064(11,9)
Saignement anormal	1557(11,1)	144(6,6)	<b>220(27,6)</b>	35(11,5)	1956(11,3)
Désir de grossesse	3496(24,9)	106(4,9)	13(1,6)	48(15,8)	3663(21,1)
Aménorrhée	918(6,5)	132(6,1)	62(7,8)	33(10,9)	1145(6,6)
Bouffée de chaleur	70(0,5)	3(0,1)	14(1,8)	2(0,7)	89(0,5)
Prurit vulvaire	3483(24,8)	678(31,2)	135(16,9)	61(20,1)	4357(25,1)
Mastodynie	347(2,5)	73(3,4)	22(2,8)	10(3,3)	452(2,6)
Dyspareunie	2866(20,4)	364(16,7)	44(5,5)	52(17,1)	3326(19,2)
Masse mammaire	254(1,8)	59(2,7)	26(3,3)	3(1)	342(2)
Agression sexuelle	6(0)	188(8,6)	0(0)	0(0)	194(1,1)
Suspicion de néo du col	1047(7,4)	36(1,7)	116(14,5)	22(7,2)	1221(7)
Masse abdominale	193(1,4)	40(1,8)	21(2,6)	15(4,9)	269(1,6)
Avortement à répétition	139(1)	0(0)	0(0)	1(0,3)	140(0,8)
Trouble du cycle	659(4,7)	179(8,2)	20(2,5)	17(5,6)	875(5)
Autre motif gynécologique	886(6,3)	136(6,3)	80(10)	16(5,3)	1118(6,4)
Motif non gynécologique	335(2,4)	40(1,8)	7(0,9)	2(0,7)	384(2,2)

Total	14059(100)	2175(100)	304(100)	798(100)	17336(100)
-------	------------	-----------	----------	----------	------------

**Tableau VII : répartition des motifs de consultation en fonction de la gestité.**

Motifs	Gestité				Total N (17336)
	Nulligeste N (3562)	Primigeste N (2592)	Multigeste N (6541)	Grande multigeste N (4641)	
Algie pelvienne	1030(28,9)	728(28,1)	2188(33,5)	1367(29,5)	5313(30,6)
Leucorrhées	1311(36,8)	984(38)	2351(35,9)	1394(30)	6040(34,8)
Troubles urinaires	434(12,2)	300(11,6)	803(12,3)	527(11,4)	2064(11,9)
Saignement anormal	173(4,9)	134(5,2)	607(9,3)	1042(22,5)	1956(11,3)
Désir de grossesse	1203(33,8)	936(36,1)	1370(20,9)	154(3,3)	3663(21,1)
Aménorrhée	202(5,7)	152(5,9)	439(6,7)	352(7,6)	1145(6,6)
Bouffée de chaleur	6(0,2)	3(0,1)	27(0,4)	53(1,1)	89(0,5)
Prurit vulvaire	961(27)	697(26,9)	1662(25,4)	1037(22,3)	4357(25,1)
Mastodynie	77(2,2)	77(3)	181(2,8)	117(2,5)	452(2,6)
Dyspareunie	682(19,1)	566(21,8)	1320(20,2)	758(16,3)	3326(19,2)
Masse mammaire	72(2)	52(2)	114(1,7)	104(2,2)	342(2)
Agression sexuelle	170(4,8)	15(0,6)	9(0,1)	0(0)	194(1,1)
Suspicion de néo du col	41(1,2)	102(3,9)	439(6,7)	639(13,8)	1221(7)
Masse abdominale	62(1,7)	58(2,2)	91(1,4)	58(1,2)	269(1,6)
Avortement à répétition	0(0)	0(0)	102(1,6)	38(0,8)	140(0,8)
Trouble du cycle	259(7,3)	144(5,6)	317(4,8)	155(3,3)	875(5)
Autre motif gynécologique	127(3,6)	124(4,8)	442(6,8)	425(9,2)	1118(6,4)
Motif non gynécologique	48(1,3)	63(2,4)	178(2,7)	95(2)	384(2,2)

**Tableau VIII : répartition des motifs de consultation en fonction de la parité**

Motifs de consultation	Parité				Total N(17336)
	Nullipare N (4320)	Primipare N (3122)	Multipare N (6091)	Grande multipare N (3803)	
Algie pelvienne	1219(28,2)	939(30,1)	2048(33,6)	1107(29,1)	5313(30,6)
Leucorrhées	1477(34,2)	1274(40,8)	2190(36)	1099(28,9)	6040(34,8)
Troubles urinaires	474(11)	392(12,6)	784(12,9)	414(10,9)	2064(11,9)
Saignement anormal	207(4,8)	170(5,4)	659(10,8)	920(24,2)	1956(11,3)
Désir de grossesse	1527(35,3)	1124(36)	951(15,6)	61(1,6)	3663(21,1)
Aménorrhée	231(5,3)	194(6,2)	434(7,1)	286(7,5)	1145(6,6)
Bouffée de chaleur	7(0,2)	6(0,2)	30(0,5)	46(1,2)	89(0,5)
Prurit vulvaire	1075(24,9)	913(29,2)	1561(25,6)	808(21,2)	4357(25,1)
Mastodynie	87(2)	84(2,7)	179(2,9)	102(2,7)	452(2,6)
Dyspareunie	753(17,4)	747(23,9)	1242(20,4)	584(15,4)	3326(19,2)
Masse mammaire	78(1,8)	56(1,8)	117 (1,9)	91(2,4)	342(2)
Agression sexuelle	170(3,9)	19(0,6)	5(0,1)	0(0)	194(1,1)
Suspicion de néo du col	62(1,4)	114(3,7)	477(7,8)	568(14,9)	1221(7)
Masse abdominale	89(2,1)	56(1,8)	77(1,3)	47(1,2)	269(1,6)
Avortement à répétition	33(0,8)	32(1,0)	69(1,1)	6(0,2)	140(0,8)
Trouble du cycle	308(7,1)	151(4,8)	291(4,8)	125(3,3)	875(5)
Autre motif gynécologique	172(4)	126(4)	476(7,8)	344(9)	1118(6,4)
Motif non gynécologique	68(1,6)	84(2,7)	150(2,5)	82(2,2)	384(2,2)

**Tableau IX : répartition des motifs de consultation en de la profession.**

Motifs de consultation	Profession					Total N(17336)
	Cmmer. N(2487)	Ménag. N(10311)	Fonct. N(1701)	Etud. / Elève N(1812)	Autre N(1025)	
Algie pelvienne	801(32,2)	3274(31,8)	432(25,4)	580(32)	<b>226(22)</b>	5313(30,6)
Leucorrhées	<b>842(33,9)</b>	<b>3532(34,3)</b>	<b>690(40,6)</b>	<b>838(46,2)</b>	138(13,5)	6040(34,8)
Troubles urinaires	276(11,1)	1357(13,2)	160(9,4)	238(13,1)	33(3,2)	2064(11,9)
Saignement anormal	239(9,6)	1430(13,9)	130(7,6)	85(4,7)	72(7)	1956(11,3)
Désir de grossesse	720(29)	2015(19,5)	464(27,3)	238(13,1)	<b>226(22)</b>	3663(21,1)
Aménorrhée	172(6,9)	698(6,8)	119(7)	96(5,3)	60(5,9)	1145(6,6)
Bouffée de chaleur	10(0,4)	57(0,6)	12(0,7)	0(0)	10(1)	89(0,5)
Prurit vulvaire	614(24,7)	2554(24,8)	484(28,5)	599(33,1)	106(10,3)	4357(25,1)
Mastodynie	61(2,5)	237(2,3)	59(3,5)	72(4)	23(2,2)	452(2,6)
Dyspareunie	495(19,9)	2071(20,1)	352(20,7)	348(19,2)	60(5,9)	3326(19,2)
Masse mammaire	38(1,5)	184(1,8)	43(2,5)	63(3,5)	14(1,4)	342(2)
Agression sexuelle	12(0,5)	65(0,6)	3(0,2)	99(5,5)	15(1,5)	194(1,1)
Suspicion de néo du col	132(5,3)	879(8,5)	96(5,6)	23(1,3)	91(8,9)	1221(7)
Masse abdominale	51(2,1)	158(1,5)	26(1,5)	7(0,4)	27(2,6)	269(1,6)
Avortement à répétition	16(0,6)	99(1)	7(0,4)	8(0,4)	10(1)	140(0,8)
Trouble du cycle	137(5,5)	450(4,4)	67(3,9)	142(7,8)	79(7,7)	875(5)
Autre motif gynécologique	140(5,6)	702(6,8)	80(4,7)	76(4,2)	120(11,7)	1118(6,4)
Motif non gynécologique	43(1,7)	240(2,3)	30(1,8)	42(2,3)	29(2,8)	384(2,2)

**Tableau X : répartition des motifs de consultation en fonction du mode d'admission**

Motifs de consultation	Mode d'admission		
	Venue d'elle-même	Référée	Total
	N(12171)	N(5165)	N(17336)
Algie pelvienne	4384(36)	929(18)	5313(30,6)
Leucorrhées	<b>4770(39,2)</b>	<b>1270(24,6)</b>	6040(34,8)
Troubles urinaires	1685(13,8)	379(7,3)	2064(11,9)
Saignement anormal	1115(9,2)	841(16,3)	1956(11,3)
Désir de grossesse	3151(25,9)	512(9,9)	3663(21,1)
Aménorrhée	923(7,6)	222(4,3)	1145(6,6)
Bouffée de chaleur	71(0,6)	18(0,3)	89(0,5)
Prurit vulvaire	3455(28,4)	902(17,5)	4357(25,1)
Mastodynie	383(3,1)	69(1,3)	452(2,6)
Dyspareunie	2613(21,5)	713(13,8)	3326(19,2)
Masse mammaire	233(1,9)	109(2,1)	342(2)
Agression sexuelle	1(0)	193(3,7)	194(1,1)
Suspicion de néo du col	0(0)	<b>1221(23,6)</b>	1221(7)
Masse abdominale	114(0,9)	155(3)	269(1,6)
Avortement à répétition	121(1)	19(0,4)	140(0,8)
Trouble du cycle	691(5,7)	184(3,6)	875(5)
Autre motif gynécologique	576(4,7)	542(10,5)	1118(6,4)
Motif non gynécologique	272(2,2)	112(2,2)	384(2,2)



**Tableau XI : répartition selon les résultats du PV et de l'ECBU.**

<b>Germes</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Prélèvement vaginal</b>		
Candida albicans	1551	38,2
Gardenella vaginalis	1112	27,4
Ureaplasma urealyticum	450	11
Trichomonas vaginalis	241	6
Staphylococcus aureus	195	4,8
Escherichia coli	185	4,6
Autres germes	326	8
<b>Examen cyto bactériologique des urines</b>		
Streptocoque	8	1,06
Staphylocoque	191	25,39
Escherichia coli	170	22,60
Entérocoques	23	3,05
Klebsiella pneumoniae	106	14,09
Candida albicans	93	12,36
Autres germes	161	21,40

**TABLEAU XII : REPARTITION SELON LE RESULTAT DU SPERMOGRAMME.**

<b>Spermogramme</b>		
Normal	99	38,7
Oligospermie	14	5,5
Azoospermie	38	14,8
Hypospermie	2	0,8
Oligoasthenospermie	83	32,4
Oligoasthenozoospermie	20	7,8

**Tableau XIII : répartitions selon les résultats des examens radiologiques.**

<b>Examen radiologique</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Hystérosalpingographie</b>		
Normale	312	36,02
Anormale	554	63,97
<b>Echographie</b>		
Normal	1861	32,1
Anormal	3930	67,9
<b>Cystoscopie</b>		
Atteinte vésicale	124	50,4
Normale	122	49,6
<b>Rectoscopie</b>		
Atteinte rectale	12	14,8
Normale	69	85,2
<b>UIV</b>		
Atteinte vésicale	7	9,1
Atteinte urétérale	19	24,7
Normale	51	66,2

**Tableau XIV : fréquence des pathologies diagnostiquées.**

<b>Pathologie</b>	<b>Effectif</b>	<b>%</b>
<b>Pathologies infectieuses</b>		
Vulvo-vaginite	<b>3804</b>	<b>21,9</b>
Cervicite	1399	8,1
Infection urinaire	217	1,3
Salpingite	308	1,8
Endométrite	83	0,5
Condylome	77	0,4
<b>Tumeurs bénignes</b>		
Nodule du sein	105	0,6
Fibrome utérin	<b>1715</b>	<b>9,9</b>
Dystrophie ovarienne	235	1,4
Kyste ovarien	331	1,9
<b>Tumeurs malignes</b>		
Cancer du sein	98	0,6
Cancer du col de l'utérus	<b>1884</b>	<b>10,9</b>
cancer de l'endomètre	132	0,8
cancer de la vulve	11	0,1
cancer de l'ovaire	144	0,8
<b>Autres pathologies</b>		
Stérilité primaire	445	2,6
Stérilité secondaire	794	4,6
Prolapsus génital	453	2,6
Dysménorrhée	207	1,2
Grossesse normale	270	1,6
Syndrome de pré-ménopause	55	0,3
Endométriose	89	0,5
Métrorragies fonctionnelles	41	0,2
Polype	80	0,5
Ménopause	117	0,7
Améno. secondaire (étiologie non spécifiée)	55	0,3
Améno. primaire (étiologie non spécifiée)	109	0,6
Malformation gynécologique	15	0,1
Mastodynie essentielle	135	0,8
Perforation récente	49	0,3
Autres diagnostics gynécologiques	1170	6,7
Pathologies non gynécologiques	275	1,6
Examen normal	1015	5,9
Aucun diagnostic	1419	8,2
<b>Total</b>	<b>17336</b>	<b>100</b>

**Autre pathologie gynécologique :** bartholinite ; les lésions précancéreuses ; troubles du cycle post-contraceptif ; abcès du sein ; séquelle d'excision ; béance cervico-isthmique ; crevage mammaire.

**Pathologie non gynécologique :** appendicite ; dermatose ; tuberculose ; colopathie fonctionnelle ; arthrose ; arthrite ; bilharziose urinaire, UGD. Gastrit

**Tableau XV : répartitions des pathologies en fonction de la tranche d'âge.**

Pathologies	Tranche d'âge			Total N(17336)
	< 15ans N(197)	15 à 49ans N(14708)	> 49ans N(2431)	
Vulvo-vaginite	<b>27(13,7)</b>	<b>3550(24,1)</b>	228(9,4)	<b>3805(21,9)</b>
Cervicite	0(0)	1231(8,4)	168(6,9)	<b>1399(8,1)</b>
Infection urinaire	2(1)	190(1,3)	25(1)	217(1,3)
Salpingite	0(0)	300(2)	8(0,3)	308(1,8)
Endométrite	0(0)	76(0,5)	7(0,3)	83(0,5)
Nodule du sein	1(0,5)	85(0,6)	19(0,8)	105(0,6)
Fibrome utérin	0(0)	<b>1531(10,4)</b>	184(7,6)	<b>1715(9,9)</b>
Dystrophie ovarienne	3(1,5)	230(1,6)	3(0,1)	236(1,4)
Kyste ovarien	8(4,1)	306(2,1)	17(0,7)	331(1,9)
Polype	0(0)	52(0,4)	28(1,2)	80(0,5)
Cancer du sein	0(0)	55(0,4)	43(1,8)	98(0,6)
Cancer du col de l'utérus	0(0)	933(6,3)	<b>951(39,1)</b>	<b>1884(10,9)</b>
Cancer de l'endomètre	0(0)	25(0,2)	107(4,4)	132(0,8)
Cancer de la vulve	1(0,5)	6(0)	4(0,2)	11(0,1)
Cancer de l'ovaire	2(1)	90(0,6)	52(2,1)	144(0,8)
Stérilité primaire	0(0)	443(3)	2(0,1)	445(2,6)
Stérilité secondaire	0(0)	793(5,4)	1(0)	794(4,6)
Prolapsus génital	2(1)	287(2)	164(6,7)	453(2,6)
Dysménorrhée	2(1)	200(1,4)	5(0,2)	207(1,2)
Grossesse normale	4(2)	266(1,8)	0(0)	270(1,6)
Syndrome de pré-ménopause	0(0)	49(0,3)	6(0,2)	55(0,3)

**Tableau XVI : répartitions des pathologies en fonction de la tranche d'âge (suite).**

Pathologies	Tranche d'âge			Total N(17336)
	< 15ans N(197)	15 à 49ans N(14708)	> 49ans N(2431)	
Endométriose	0(0)	78(0,5)	11(0,5)	89(0,5)
Aménorrhée secondaire	0(0)	55(0,4)	0(0)	55(0,3)
Aménorrhée primaire	0(0)	107(0,7)	2(0,1)	109(0,6)
Métrorragies fonctionnelles	1(0,5)	36(0,2)	4(0,2)	41(0,2)
Polype	0(0)	52(0,4)	28(1,2)	80(0,5)
Ménopause	0(0)	61(0,4)	56(2,3)	117(0,7)
Perforation récente	<b>32(16,2)</b>	17(0,1)	0(0)	49(0,3)
Condylome	1(0,5)	65(0,4)	11(0,5)	77(0,4)
Autres diagnostics	44(22,3)	1117(7,6)	157(6,5)	1318(7,6)
Examen normal	63(32)	891(6,1)	61(2,5)	1015(5,9)
Aucun diagnostic	3(1,5)	1348(9,2)	68(2,8)	1419(8,2)
Pathologies non gynécologique	1(0,5)	235(1,6)	39(1,6)	275(1,6)

**Tableau XVII : répartitions des pathologies en fonction de la profession.**

Pathologie	Profession					Total N(17336)
	commer / coiff N(2487)	Menag/ cultiv N(10311)	Fonct N(1701)	Etud /Elev N(1812)	Autres N(1025)	
Vulvo-vaginite	531(21,4)	1992(19,3)	452(26,6)	616(34)	214(20,9)	3805(21,9)
Cervicite	201(8,1)	846(8,2)	155(9,1)	74(4,1)	123(12)	1399(8,1)
Infection urinaire	34(1,4)	126(1,2)	12(0,7)	30(1,7)	15(1,5)	217(1,3)
Salpingite	57(2,3)	172(1,7)	28(1,6)	30(1,7)	21(2)	308(1,8)
Endométrite	13(0,5)	56(0,5)	7(0,4)	5(0,3)	2(0,2)	83(0,5)
Nodule du sein	8(0,3)	54(0,5)	12(0,7)	24(1,3)	7(0,7)	105(0,6)
Fibrome utérin	336(13,5)	963(9,3)	275(16,2)	33(1,8)	108(10,5)	1715(9,9)
Dystrophie ovarienne	31(1,2)	128(1,2)	19(1,1)	46(2,5)	12(1,2)	236(1,4)
Kyste ovarien	43(1,7)	195(1,9)	24(1,4)	53(2,9)	16(1,6)	331(1,9)
Polype	11(0,4)	46(0,4)	13(0,8)	0(0)	10(1)	80(0,5)
Cancer du sein	14(0,6)	76(0,7)	5(0,3)	0(0)	3(0,3)	98(0,6)
Cancer du col de l'utérus	181(7,3)	1615(15,7)	39(2,3)	3(0,2)	46(4,5)	1884(10,9)
Cancer de l'endomètre	6(0,2)	99(1)	8(0,5)	5(0,3)	14(1,4)	132(0,8)
Cancer de la vulve	3(0,1)	6(0,1)	1(0,1)	1(0,1)	0(0)	11(0,1)
Cancer de l'ovaire	19(0,8)	106(1)	5(0,3)	11(0,6)	3(0,3)	144(0,8)
Pathologie non gynécologie	29(1,2)	181(1,8)	26(1,5)	24(1,3)	15(1,5)	275(1,6)

**Tableau XVIII : répartitions des pathologies en fonction de la profession (suite)**

Pathologies	Profession					Total N(17336)
	commer / coiff N(2487)	Menag/ cultiv N(10311)	Fonct N(1701)	Etud /Elev N(1812)	Autres N(1025)	
Stérilité primaire	61(2,5)	291(2,8)	50(2,9)	29(1,6)	14(1,4)	445(2,6)
Stérilité secondaire	171(6,9)	462(4,5)	102(6)	27(1,5)	32(3,1)	794(4,6)
Prolapsus génital	33(1,3)	386(3,7)	15(0,9)	6(0,3)	13(1,3)	453(2,6)
Dysménorrhée	27(1,1)	100(1)	24(1,4)	53(2,9)	3(0,3)	207(1,2)
Grossesse normale	31(1,2)	162(1,6)	19(1,1)	44(2,4)	14(1,4)	270(1,6)
Syndrome de pré- ménopause	8(0,3)	36(0,3)	5(0,3)	0(0)	6(0,6)	55(0,3)
Métrorragies fonctionnelles	2(0,1)	21(0,2)	3(0,2)	13(0,7)	2(0,2)	41(0,2)
Endométriose	16(0,6)	45(0,4)	17(1)	2(0,1)	9(0,9)	89(0,5)
Ménopause	12(0,5)	79(0,8)	14(0,8)	0(0)	12(1,2)	117(0,7)
Aucun diagnostic	226(9,1)	760(7,4)	122(7,2)	220(12,1)	91(8,9)	1419(8,2)
Autres diagnostics gynécologiques	183(7,4)	668(6,5)	132(7,8)	231(12,7)	104(10,1)	1318(7,6)
Perforation récente	1(0)	14(0,1)	0(0)	31(1,7)	3(0,3)	49(0,3)
Condylome	12(0,5)	40(0,4)	12(0,7)	4(0,2)	9(0,9)	77(0,4)
Améno. sécond. (étiologie non spécifiée)	5(0,2)	27(0,3)	7(0,4)	12(0,7)	4(0,4)	55(0,3)
Améno. primaire (étiologie non spécifiée)	17(0,7)	60(0,6)	15(0,9)	13(0,7)	4(0,4)	109(0,6)
Examen normal	165(6,6)	499(4,8)	83(4,9)	172(9,5)	96(9,4)	1015(5,9)

**Tableau XIX : répartitions des pathologies selon la gestité**

Pathologie	Gestité				Total N(17336)
	Nulligeste N(3562)	Primigeste N(2592)	Multigeste N(654)	Grande multigeste N(4641)	
Vulvo-vaginite	927(26)	689(26,6)	1485 (22,7)	704 (15,2)	3805 (21,9)
Cervicite	101(2,8)	192(7,4)	683(10,4)	423(9,1)	1399(8,1)
Infection urinaire	47(1,3)	28(1,1)	83(1,3)	59(1,3)	217(1,3)
Salpingite	39(1,1)	47(1,8)	163(2,5)	59(1,3)	308(1,8)
Endométrite	3(0,1)	11(0,4)	43(0,7)	26(0,6)	83(0,5)
Nodule du sein	33(0,9)	13(0,5)	33(0,5)	26(0,6)	105(0,6)
Fibrome utérin	390(10,9)	301(11,6)	705(10,8)	319(6,9)	1715(9,9)
Dystrophie ovarienne	69(1,9)	42(1,6)	83(1,3)	42(0,9)	236(1,4)
Kyste ovarien	88(2,5)	58(2,2)	112(1,7)	73(1,6)	331(1,9)
Cancer du sein	5(0,1)	4(0,2)	38(0,6)	51(1,1)	98(0,6)
Cancer du col de l'utérus	34(1)	37(1,4)	438(6,7)	1375(29,6)	1884(10,9)
Cancer de l'endomètre	8(0,2)	10(0,4)	31(0,5)	83(1,8)	132(0,8)
Cancer de la vulve	3(0,1)	0(0)	6(0,1)	2(0)	11(0,1)
Cancer de l'ovaire	24(0,7)	17(0,7)	51(0,8)	52(1,1)	144(0,8)
Stérilité primaire	425(11,9)	7(0,3)	13(0,2)	0(0)	445(2,6)
Stérilité secondaire	35(1)	303(11,7)	417(6,4)	39(0,8)	794(4,6)
Prolapsus génital	8(0,2)	15(0,6)	176(2,7)	254(5,5)	453(2,6)
Dysménorrhée	78(2,2)	36(1,4)	65(1)	28(0,6)	207(1,2)



**Tableau XX : répartitions des pathologies selon la gestité (suite)**

Pathologie	Gestité				Total N(17336)
	Nulligeste N(3562)	Primigeste N(2592)	Multigeste N(654)	Grande multigeste N(4641)	
Grossesse normale	43(1,2)	47(1,8)	133(2)	47(1)	270(1,6)
Syndrome de pré- ménopause	2(0,1)	0(0)	25(0,4)	28(0,6)	55(0,3)
Examen normal	305(8,6)	190(7,3)	379(5,8)	141(3)	1015(5,9)
Pathologies non gynécologiques	29(0,8)	37(1,4)	126(1,9)	83(1,8)	275(1,6)
Endométriose	15(0,4)	14(0,5)	34(0,5)	26(0,6)	89(0,5)
Métrorragies fonctionnelles	18(0,5)	2(0,1)	11(0,2)	10(0,2)	41(0,2)
Polype	6(0,2)	6(0,2)	31(0,5)	37(0,8)	80(0,5)
Ménopause	8(0,2)	4(0,2)	38(0,6)	67(1,4)	117(0,7)
Aucun diagnostic	392(11)	236(9,1)	566(8,7)	225(4,8)	1419(8,2)
Autres diagnostics gynécologiques	327(9,2)	214(8,3)	464(7,1)	313(6,7)	1318(7,6)
Perforation récente	49(1,4)	0(0)	0(0)	0(0)	49(0,3)
Condylome	12(0,3)	6(0,2)	36(0,6)	23(0,5)	77(0,4)
Améno secondaire (étiologie non spécifiée)	14(0,4)	8(0,3)	25(0,4)	8(0,2)	55(0,3)
Améno primaire (étiologie non spécifiée)	25(0,7)	18(0,7)	48(0,7)	18(0,4)	109(0,6)

**Tableau XXI : répartition des pathologies en fonction de la parité.**

Diagnostic	Parité				Total
	Nulipare	Primipare	multipare	Grande multipare	
Vulvo-vaginite	<b>1103(25,5)</b>	<b>837(26,8)</b>	<b>1346(22,1)</b>	519(13,6)	3805(21,9)
Cervicite	145(3,4)	236(7,6)	<b>687(11,3)</b>	331(8,7)	1399(8,1)
Infection urinaire	69(1,6)	22(0,7)	82(1,3)	44(1,2)	217(1,3)
Salpingite	55(1,3)	57(1,8)	150(2,5)	46(1,2)	308(1,8)
Endométrite	6(0,1)	18(0,6)	37(0,6)	22(0,6)	83(0,5)
Nodule du sein	35(0,8)	16(0,5)	34(0,6)	20(0,5)	105(0,6)
Fibrome utérin	<b>509(11,8)</b>	393(12,6)	589(9,7)	224(5,9)	1715(9,9)
Dystrophie ovarienne	85(2)	39(1,2)	80(1,3)	32(0,8)	236(1,4)
Kyste ovarien	102(2,4)	70(2,2)	104(1,7)	55(1,4)	331(1,9)
Cancer du sein	6(0,1)	5(0,2)	40(0,7)	47(1,2)	98(0,6)
Cancer du col de l'utérus	36(0,8)	58(1,9)	514(8,4)	<b>1276(33,6)</b>	1884(10,9)
Cancer de l'endomètre	8(0,2)	11(0,4)	35(0,6)	78(2,1)	132(0,8)
Cancer de la vulve	3(0,1)	3(0,1)	3(0)	2(0,1)	11(0,1)
Cancer de l'ovaire	25(0,6)	22(0,7)	47(0,8)	50(1,3)	144(0,8)
Stérilité primaire	430(10)	10(0,3)	5(0,1)	0(0)	445(2,6)

**Tableau XXII : répartition des pathologies en fonction de la parité (suite)**

Diagnostic	Parité				Total
	Nullipare	Primipare	multipare	Grande multipare	
Stérilité secondaire	111(2,6)	374(12)	291(4,8)	18(0,5)	794(4,6)
Prolapsus génital	10(0,2)	17(0,5)	200(3,3)	226(5,9)	453(2,6)
Dysménorrhée	82(1,9)	40(1,3)	64(1,1)	21(0,6)	207(1,2)
Grossesse normale	62(1,4)	60(1,9)	121(2)	27(0,7)	270(1,6)
Syndrome de premenopause	2(0)	2(0,1)	28(0,5)	23(0,6)	55(0,3)
Examen normal	392(9,1)	201(6,4)	319(5,2)	103(2,7)	1015(5,9)
Pathologies non gynécologique	50(1,2)	34(1,1)	122(2)	69(1,8)	275(1,6)
Adenomyose	24(0,6)	15(0,5)	32(0,5)	18(0,5)	89(0,5)
Métrorragies fonctionnelles	18(0,4)	2(0,1)	14(0,2)	7(0,2)	41(0,2)
Polype	6(0,1)	9(0,3)	34(0,6)	31(0,8)	80(0,5)
Ménopause	8(0,2)	10(0,3)	42(0,7)	57(1,5)	117(0,7)
Aucun diagnostic	455(10,5)	293(9,4)	507(8,3)	164(4,3)	1419(8,2)
Autres diagnostics	377(8,7)	230(7,4)	451(7,4)	260(6,8)	1318(7,6)
Perforation récente	49(1,1)	0(0)	0(0)	0(0)	49(0,3)
Condylome	13(0,3)	9(0,3)	42(0,7)	13(0,3)	77(0,4)
Aménorrhée secondaire	18(0,4)	8(0,3)	23(0,4)	6(0,2)	55(0,3)
Aménorrhée primaire	26(0,6)	21(0,7)	48(0,8)	14(0,4)	109(0,6)
Total	4320(100)	3122(100)	6091(100)	3803(100)	17336(100)

Le cancer du col de l'utérus était la pathologie la plus fréquente chez les grandes multipares (**33,6%**).

**Traitement :**

Nous avons déterminé la fréquence des principaux traitements dans le tableau XVIII suivant.

**Tableau XXIII : répartition de la fréquence des différents traitements**

Type de traitement	Effectif	Pourcentage
<b>Antibiotique</b>	<b>6128</b>	<b>35,3</b>
Antimycosique	1611	9,3
Antalgique	2934	17
Anti-inflammatoire	733	4,2
Traitement hormonal	879	5,1
Chimiothérapie	489	2,8
Radiothérapie	302	1,8
Autre traitement médical	2167	<b>12,5</b>
Solution antiseptique	423	2,4
Traitement chirurgical	<b>2087</b>	<b>12</b>

**Autre traitement :** cryothérapie, antiémétique, corticoïde, les inducteurs de l'ovulation, antihypertenseur, transfusion.

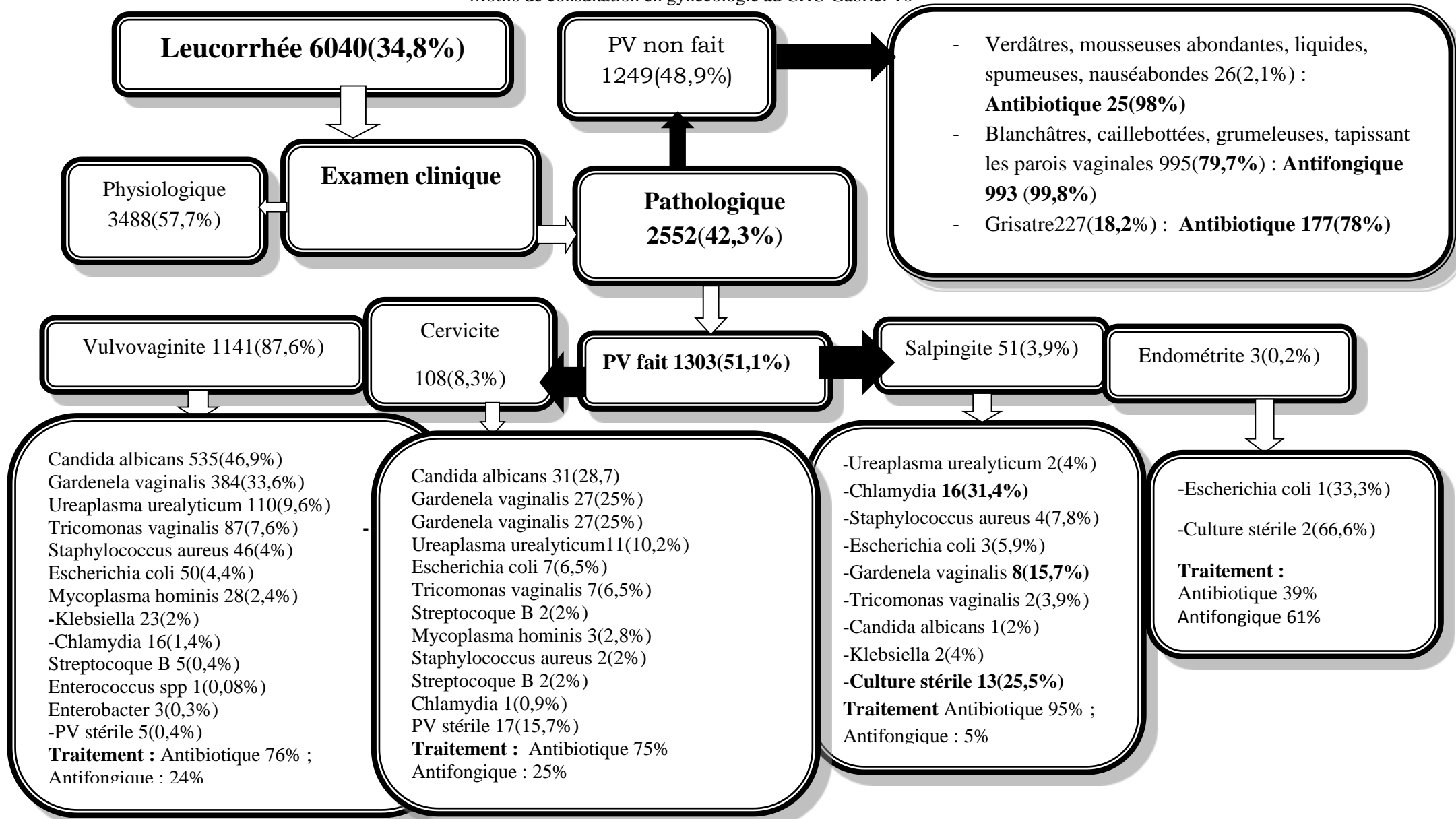
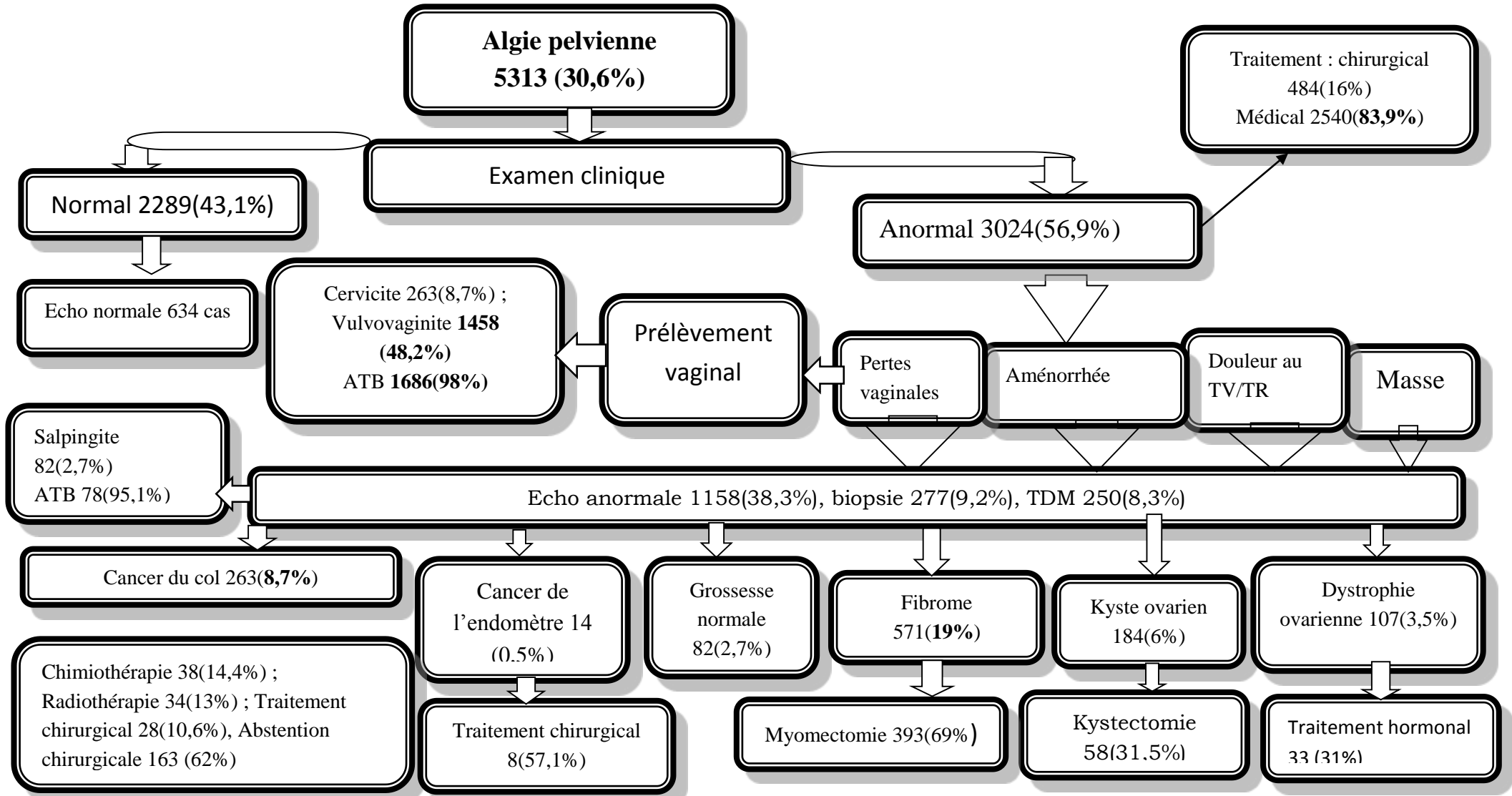


Figure 9 : approche syndromique des leucorrhées



**Figure 10 : approche syndromique des algies pelviennes**

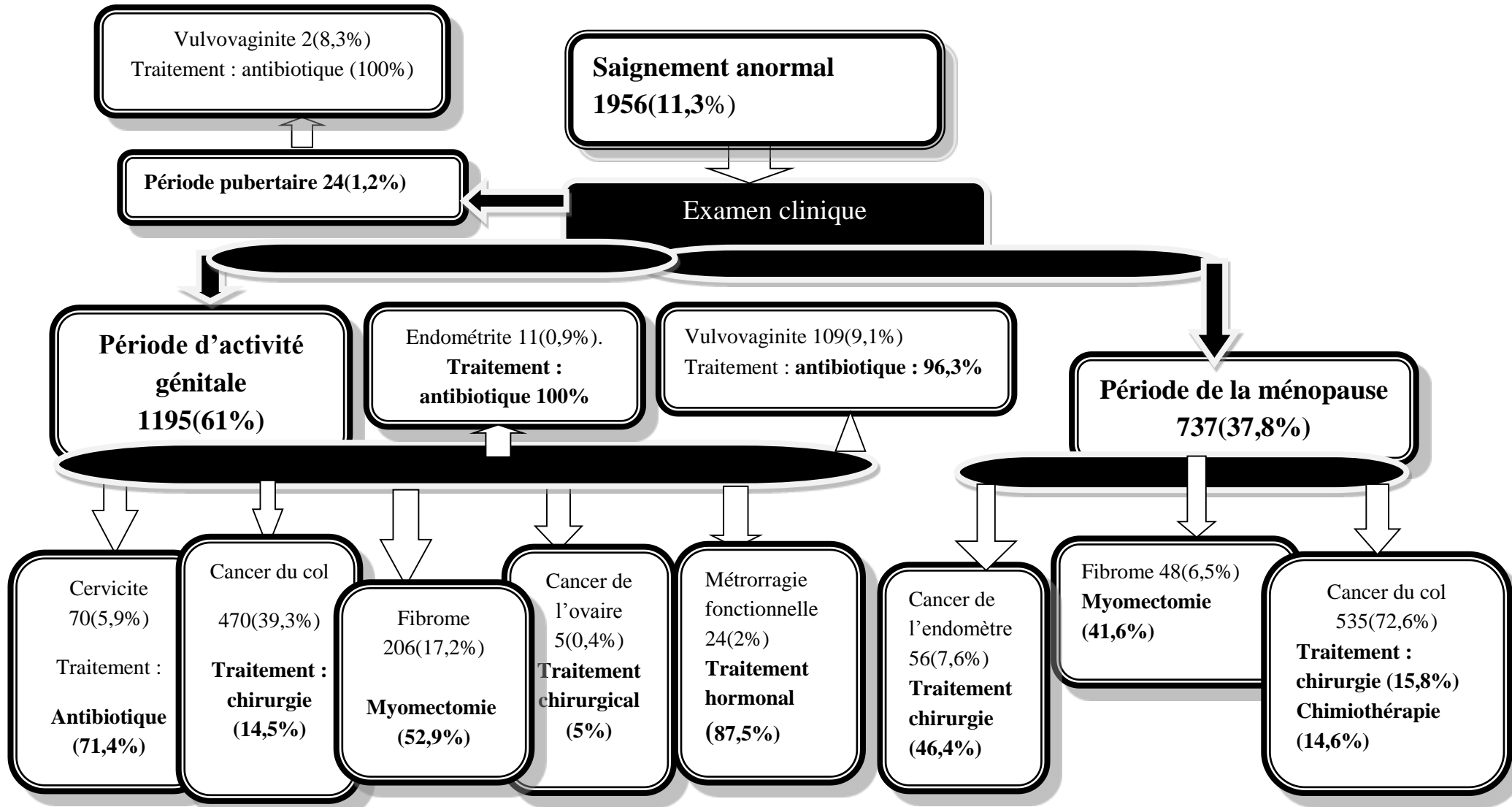


Figure 11: approche syndromique des saignements anormaux

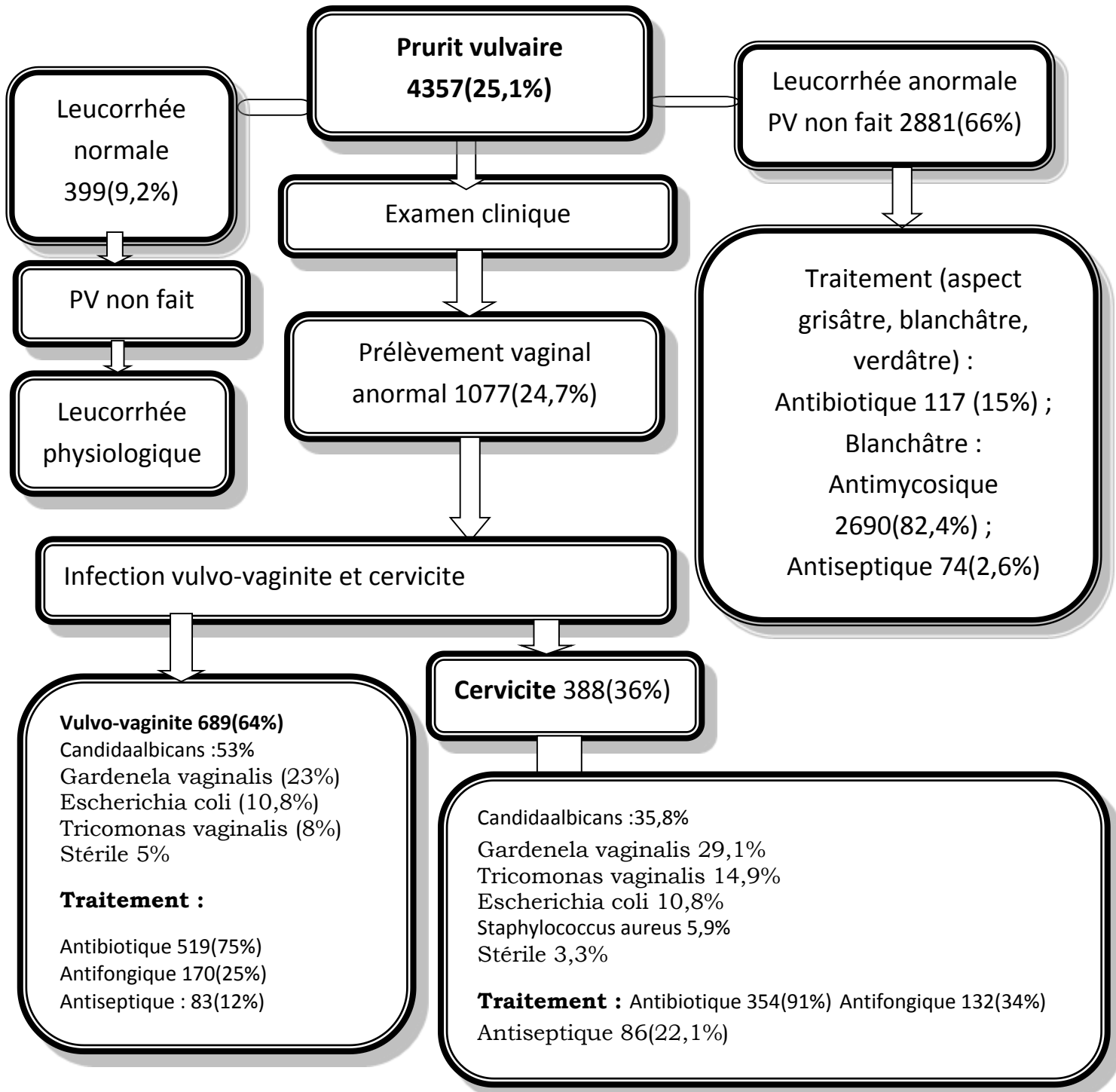
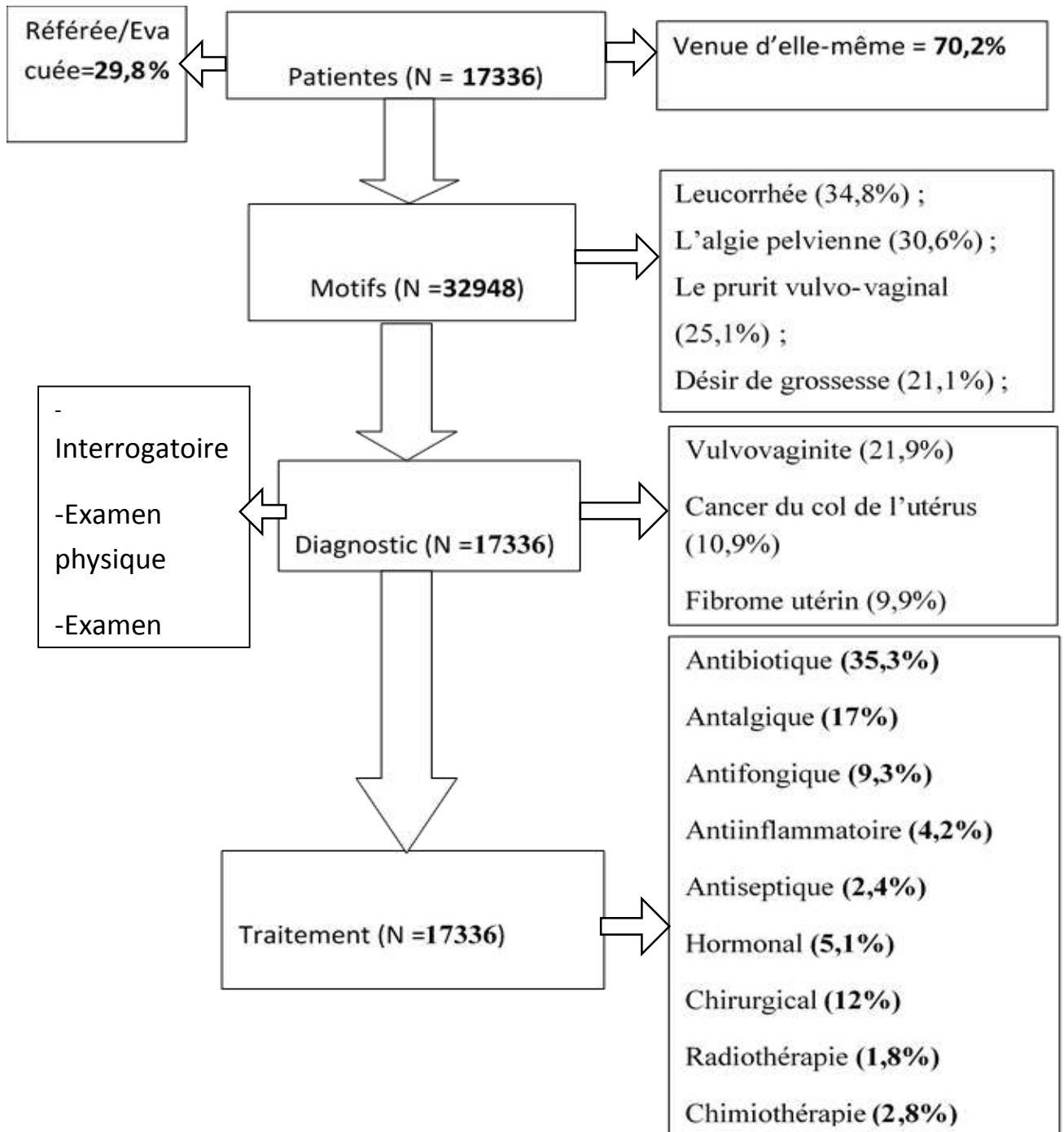


Figure 12 : approche syndromique des prurits vulvaires.





**Figure 13 : description générale de l'échantillon.**

# **COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

## **VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION**

### **1. Aspects méthodologiques :**

Nous avons réalisé une étude transversale avec collecte rétrospective des données. Elle nous a permis d'étudier 17336 patientes correspondant à une taille suffisante de l'échantillon. Durant cette étude nous avons rencontré des difficultés :

- Comme inhérent aux études rétrospectives, la question de données manquantes s'est posée et nous avons résolu en recoupant les différentes sources de données (dossiers médicaux ; registres de consultation ; les registres de comptes rendu opératoire).
- Le non-respect du calendrier de suivi par certaines patientes.

### **2. Caractéristiques sociodémographiques des patientes :**

Notre étude a concerné 17336 patientes venues pour divers motifs de consultation dans le service durant la période d'étude.

La majorité des patientes avait un âge compris entre 15 et 49 ans soit 84,8%. L'âge moyen était de 34,81ans avec un maximum de 100 ans et un minimum de 5ans. Ce résultat est comparable à celui de SEUMO.C qui a trouvé un âge minimum de 4ans et un âge maximum 80ans ; avec une moyenne de 32,44ans [34].

Les patientes dont l'âge était compris entre 15-49ans ont majoritairement consulté pour leucorrhée (37,2%) et algies pelviennes (31,9%). Ce résultat est différent de celui de GUINDO.B qui trouve que la tranche d'âge de 15 – 49 ans a surtout consultés pour désir de grossesse (18,8%) et algie pelvienne (12%) [5]. Dans notre étude les leucorrhées et les algies pelviennes étaient deux motifs les plus souvent évoqués ensemble par les patientes. Les plus de 49ans sont venues pour saignement anormal dans (30,3%) et pour algies pelviennes dans (24,4%). L'agression sexuelle était le motif de consultation le plus fréquent chez les moins de 15ans (49,2%). Une étude réalisée en Finlande a retrouvé 17% d'agression sexuelle chez les moins de 17ans [35]. Les leucorrhées représentent 36,8% contre 33,8% de désir de grossesse chez les Nulligestes tandis que les Primigestes sont venues pour leucorrhées et désir de grossesse avec respectivement 38% et 36,1%.

Les multigestes et les grandes multigestes ont consulté pour leucorrhées soit respectivement **35,9%** et **30%**. Le désir de grossesse et les leucorrhées représentent la même fréquence chez les nullipares soit **35,3%**. Les leucorrhées constituent le motif le plus fréquent chez les célibataires (41,6%) et les femmes mariées (34,5%). Cette prévalence très élevée des leucorrhées chez les célibataires trouve son explication dans la précocité des activités sexuelles.

Les ménagères représentaient 59,5% soit la profession majoritaire. Cette fréquence est comparable à celui de GUINDO.B qui a apporté que les ménagères étaient les plus représentées avec une prévalence de 58,5% [5].

Les non-scolarisées étaient les plus représentées avec une fréquence de 47,3% de la population d'étude. COULIBALY.S a trouvé un résultat similaire avec une fréquence de 48,4% des analphabètes [7]. SEUMO.C aussi a trouvé dans son étude que les non scolarisées étaient les plus représentées mais avec une proportion inférieure à la nôtre (34,3%) [34] et cela serait dû à la taille de notre échantillon beaucoup plus élevée. Ceci est important à ressortir dans le sens où le bas niveau d'instruction constitue un facteur pouvant influencer de façon négative la réussite de certains traitements.

Dans notre étude les femmes mariées occupaient largement la majorité des consultantes avec **81,1%**. Ce résultat est proche de ceux de SEUMO.C [34] et de COULIBALY.S [7] qui trouvent respectivement 82% et 85,8% des femmes mariées. Les réalités sociales et culturelles dans la population Malienne pourraient expliquer cette situation. Ce résultat légèrement supérieur à celui de COULIBALY.S qui a trouvé 76,8% [5]. Cette différence serait dû à la taille de notre échantillon plus élevée. Les célibataires représentent 12,5% de la population d'étude.

•**Mode d'admission :**

Les patientes étaient venues d'elle-même dans 70,6%. Ce résultat est comparable à celui de GUINDO.B a trouvé 72,2%, la prévalence des patientes venues d'elle-même [5]. Cependant il est nettement inférieur à celui de COULIBALY.S et de SEUMO.C qui ont trouvé respectivement 93% et 89% des patientes venues d'elle-même [7 ; 34]. Cette proportion plus élevée des femmes venues d'elle-même serait due, soit à un dysfonctionnement du système de référence soit à la position géographique du CHU Gabriel Touré qui est situé en plein cœur de la ville avec un accès beaucoup plus facile aux malades.

Le motif principal des patientes venues d'elles-mêmes était les leucorrhées (39%). Cet afflux de malades pour la plupart moins grave, entrave la prise en charge des cas graves et la qualité de la formation universitaire des étudiants et des médecins en cours de spécialisation.

**3. Fréquence des motifs de consultation :**

Dans notre étude, les principaux motifs de consultation étaient les leucorrhées (34,8%) suivies des algies pelviennes (30,6%) ; les prurits vulvaires (25,1%) et le désir de grossesse (21,1%).

Une étude réalisée au centre de santé de référence de la commune V du district de Bamako a retrouvé les algies pelviennes (22,6%), le désir d'enfant (17,5%), les troubles du cycle (12,8%), les leucorrhées (5,3%) et la mastodynie (4,5%) comme étant les cinq motifs de consultation les plus fréquents en gynécologie [Seumo C, 2015]. Par contre, au CHU du Point G, Coulibaly S avait observé le désir d'enfant (27,6%), les douleurs pelviennes (17,5%) et les troubles du cycle comme étant les trois motifs de consultation les plus fréquents en gynécologie [Coulibaly S, 2009]. Shrestha DB et al, 2017 avaient rapporté que les motifs de consultation les plus fréquents en consultation externe gynécologique étaient les douleurs pelviennes suivies des troubles des règles et des leucorrhées ; aussi, parmi les filles ayant des troubles menstruels, la majorité se plaignait d'irrégularités menstruelles contrairement à nos trouvailles caractérisées dans un cas sur deux par une

agression sexuelle sur les filles de moins de 15 ans. Par ailleurs, Prasad D et al, 2014 ; Goswami S, 2005 avaient observé les troubles menstruels comme le motif le plus fréquent qui amenaient les patientes à consulter en gynécologie.

Une étude dans 4 villages en Thaïlande a retrouvé par ordre de fréquence décroissante les motifs suivants : la dysménorrhée (44,8%), la pelvialgie (43,4%), le prurit vulgaire (24,4%) et vaginal (20,5%), la leucorrhée (19,9%) [Thongkrajai P et al, 1999].

Il ressort de ce qui précède, la fréquence des motifs de consultation varie selon le niveau de la pyramide sanitaire, les pays et les continents, de même que les types de populations étudiées notamment l'âge des sujets étudiés. Aussi, faudrait-il tenir compte du contexte socio-culturel ; en effet, au Mali, bien souvent, les femmes utilisent d'autres formules pour parler de leurs symptômes gynécologiques du fait de la pudeur imputable au modèle éducatif traditionnel. Ainsi, une leucorrhée ou un désir d'enfant peuvent malgré leur différence être rattachés à une douleur pelvienne. Le premier signe est souvent associé à la douleur et est mieux perçue comme un symptôme fréquent chez la femme, tandis que le second est perçu comme la cause de l'infertilité. L'attitude des femmes vis-à-vis des symptômes gynécologiques influence cette fréquence [Shrestha DB et al, 2017].

La prise en charge des leucorrhées a eu recours à l'approche syndromique dans presque 1 cas sur 2 (48,9%). La littérature rapporte cependant que l'approche syndromique a une performance diagnostique faible pour les cervicites qui représentent presque 10% des cas dans notre étude. En effet, selon une méta-analyse, des proportions élevées de sur-traitement ou de sous traitement existent en cas de prise en charge syndromique de leucorrhées associées à une cervicite [Zemouri C et al, 2016]. Cela soulève une épineuse question dans notre contexte car le désir d'enfant est le premier motif de consultation et la cervicite est la porte d'entrée pour les infections génitales hautes qui sont fortement associées à la stérilité féminine.

Concernant les germes associés aux vulvo-vaginites et aux cervicites, *Candida albicans* et *Gardnerella vaginalis* sont les deux plus fréquents dans notre travail. Par contre *Chlamydia trachomatis* est identifié dans 31% des cas de salpingite. Comme pour les cervicites, l'approche syndromique n'est pas du tout performante pour le diagnostic de *Chlamydia trachomatis* et de *Neisseria gonorrhée* [Romoren M et al, 2007]. Ces auteurs préconisent l'avènement de tests rapid pour leur diagnostic. A ce jour, aucun de ces tests n'est formellement validé.

Les algies pelviennes, qu'elles soient permanentes ou répétées à intervalles plus ou moins réguliers, sont une des causes les plus courantes de consultation en gynécologie. Elles sont difficiles à interpréter et à traiter : la douleur pelvienne peut révéler de très nombreuses affections de la sphère génitale, mais aussi des systèmes digestif, urinaire ou ostéo-articulaire. En outre, les algies pelviennes de la femme constituent fréquemment l'expression de conflits psychologiques somatisés dans cette zone pelvigénitale. Il est indispensable, pour mener à bien l'exploration d'une douleur pelvienne, d'utiliser à bien escient les ressources des examens cliniques et des explorations complémentaires adaptées à chaque cas ; mais l'élément essentiel est l'interrogatoire notamment dans les douleurs chroniques [3]. Dans notre étude pour 56,9% des algies pelviennes, l'examen clinique était anormal. Elles étaient le plus souvent associées à d'autres symptômes. Ainsi 1 cas sur 2 algies pelviennes étaient associées soit aux leucorrhées pathologiques ou aux saignements anormaux. L'étiologie principale était les infections génitales (vulvovaginite, cervicite et les salpingites) soit 59,2% suivies de fibrome 19% et du cancer du col de l'utérus 8,7%. En effet 33,1% des fibromes sont relevés par les algies pelviennes dans notre étude. Le traitement était fonction de l'étiologie. Cependant le traitement médical était le plus utilisé 83,9% et chirurgical dans 16%.

Selon une étude réalisée au service de Gynécologie-Obstétrique de l'Hôpital Gynéco-Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé les infections génitales hautes représentent les principales causes des algies pelviennes soit 36,8%. Le traitement

était surtout médical (92,8%) et chirurgical (20%) [Pierre-Marie Tebeu et al, 2015].

Les saignements anormaux font partie des motifs les plus fréquents en consultation gynécologique. Ainsi, ils représentent 11,3% des motifs de consultation dans notre cas. Les patientes venues pour saignement anormaux étaient en majorité dans la période d'activité génitale, soit 61% des saignements anormaux. Les pathologies les plus retrouvées étaient :

\* En période d'activité génitale : cancer du col (39,3%) suivi de fibrome (17,2%) et de vulvovaginite (9,1%)

\* En période de la ménopause : le cancer du col (72,6%) suivi du cancer de l'endomètre (7,6%) et du fibrome (6,5%)

\* En période pubertaire la vulvovaginite était la seule pathologie retrouvée dans notre contexte soit 8,3%.

La fréquence élevée des tumeurs dans l'étiologie des saignements anormaux dans notre étude peut s'expliquer par le fait que notre service est le principal centre de prise en charge de cancers gynécologiques au Mali et le fibrome utérin est une pathologie beaucoup plus fréquente chez la femme noire. Le traitement médical était le plus utilisé dans la prise en charge soit 83,9%.

Les prurits vulvaires représentent 25,1% des motifs de consultation dans notre étude. Ils étaient associés aux leucorrhées pathologiques dans 90,7% des cas. La prise en a été faite selon l'approche syndromique dans 66%. Par contre 24,7 ont nécessité un prélèvement vaginal avant le traitement. Le Candida albicans était le genre le plus fréquemment retrouvé soit 53% dans la vulvovaginite et 35,8% dans la cervicite. L'antibiotique était la molécule la plus utilisée dans la prise en charge.



# CONCLUSION

## **VII. CONCLUSION**

Le motif de consultation constitue un élément essentiel d'orientation pour les praticiens. Au terme de cette étude nous constatons que les motifs de consultation sont fréquents et de natures variables. Les trois principaux motifs qui amenaient les patientes à consulter dans notre service étaient les leucorrhées, les algies pelviennes, les prurits vulvaires. La prise en charge des leucorrhées a eu recours à l'approche syndromique dans presque 1 cas sur 2. La vulvo-vaginite, le cancer du col de l'utérus, le fibrome utérin et la cervicite constituent les pathologies les plus rencontrées au décours des consultations dans notre étude.

# **RECOMMANDATIONS**

## **VIII. RECOMMANDATIONS :**

Au terme de cette étude nous formulons les recommandations suivantes :

### ➤ **Aux autorités politiques et sanitaires :**

- Former les prestataires de santé des structures périphériques ;
- Pérenniser un programme d'éducation et d'information sanitaire sur la santé de la femme via les médias d'état ;
- Promouvoir la scolarisation de la fille ;
- Renforcer la politique de lutte contre les infections génito-urinaires.

### ➤ **A la direction de l'hôpital**

- Informatiser tous les dossiers du service ;
- Créer une salle d'urgence pour les consultations gynécologiques

### ➤ **Aux personnels soignant**

- Faire un examen physique complet des malades ;
- Sensibiliser la population à l'aide de focus de groupe sur les problèmes de santé publique en gynécologie.
- Remplir de façon correcte et complète les dossiers et les registres ;

### ➤ **A la population**

- Se faire dépister systématiquement ;
- Consulter dès l'apparition des premiers signes cliniques des pathologies gynécologiques et mammaires ;

# **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

**Références bibliographiques :**

1. **Samake H.** Contribution à l'étude de la stérilité féminine à propos de 170 cas à l'HN GT (1er Octobre 1987 - 1er octobre 1988). Thèse Med, Bamako, 1988
2. **LANSAC J, LECOMTE P, MARRE H** Gynécologie pour le praticien 8<sup>e</sup> édition
3. **Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)** Université Virtuelle Francophone- Date de création du document 2010-2011
4. Luc Mouthon, Hanslik Thomas. Collège national des Enseignants de Médecine Interne. Appareil génital féminin
5. **Guindo B** Motifs de consultation en gynécologie au CHU Gabriel Touré
6. **Cohen J, Madelenat P, Levy-Toledano R.** Gynécologie et santé des femmes, quel avenir en France ? État des lieux et perspectives en 2020. Paris : ESKA, 2000 ; 188p.
7. **Coulibaly S.** contribution à l'étude de la consultation externe dans le service de gynécologie obstétrique du C.H.U du Point-G : A propos de 1000 cas. Thèse Med. Bamako : FMPOS ; 2009.
8. **Sissoko S** Motifs de consultation dans le service de pédiatrie de l'hôpital Gabriel Touré.
9. **Buckman R** La communication : compétences de base. In : Buckman R éd. S'asseoir pour parler. L'art de communiquer de mauvaises nouvelles aux malades. Guide du professionnel de santé. Paris : Interéditions, 1994 : 35-58
10. **Touraine P, Mauvais-Jarvis P** Insuffisance gonadotrope. In : Mauvais-Jarvis P, Schaison G, Touraine P éd. Médecine de la reproduction. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 1997 : 275-299
11. **Emperaire JC** Les troubles du cycle. In : Emperaire JC éd. Gynécologie endocrinienne du praticien. Paris : Frison-Roche, 1995 : 64-77

- 12. Lansac J, Lecomte P** Examen gynécologique normal. In: Lansac J, Lecomte P éd. Gynécologie pour le praticien. Paris : Simep, 1994 : 14-25
- 13. Soutoul J H, Bertrand J, Body G** La consultation en gynécologie. In: Soutoul JH, Bertrand J, Body G éd. La consultation en gynécologie, sémiologie gynécologique. Paris : Editions Marketing, 1994 : 35-89
- 14. Fauconnier A, Chapron C, Dubuisson J B** L'examen clinique dans le cadre d'une douleur pelvienne aiguë. In : Chapron C, Benhamou D, Belaisch-Allart J, Dubuisson JB éd. La douleur en gynécologie. Paris : ArnetteBlackwell, 1997 : 79-86
- 15. Morice P, Dubuisson J B** L'examen clinique dans le cadre d'une douleur pelvienne chronique. In : Chapron C, Benhamou D, Belaisch-Allart J, Dubuisson JB éd. La douleur en gynécologie. Paris: Arnette Blackwell, 1997: 87-91
- 16. Mimoun S.** Les dyspareunies. Approche psychosomatique et sexologique. In : Chapron C, Benhamou D, Belaisch-Allart J, Dubuisson JB éd. La douleur en gynécologie. Paris: Arnette Blackwell, 1997: 281-290
- 17. Paniel B J, Haddad B, Meneux E** Les dyspareunies. Approche gynécologique. In : Chapron C, Benhamou D, Belaisch-Allart J, Dubuisson JB éd. La douleur en gynécologie. Paris : ArnetteBlackwell, 1997 : 271-280
- 18. Rudigoz R C** Fréquence dans la population générale des lésions infra cliniques supposées algogènes. In : XXXes assises françaises de gynécologie, Clermont-Ferrand, 28-30 mai1981. Paris : Masson, 1981 : 263-280
- 19. Bautrant E, Blanc B** Examens clinique et paracliniques. In : Blanc B, Boubli L, Bautrant E, d'Ercole C éd. Les troubles de la statique pelvienne et leur traitement. Paris : Arnette, 1993 : 37-47
- 20. Mellier G, Galaud J P, Mathevet P, Dargent D** Incontinence urinaire d'effort.

Encycl. Méd. Chir (Elsevier, Paris), Gynécologie, 300-A-10, 1994 : 1-15

- 21. Le Treut A** Mastodynies de l'enfant et de l'adolescente. In : Boisserie-Lacroix M, Bokobsa J, Boutet G, Colle M, Hocké C, Le Treut A éd. Sénologie de l'enfant et de l'adolescente. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 1998 : 65-69
- 22. Andem** Stérilité du couple. Concours Méd. 1996 ; 40 (suppl) : 13-25
- 23. Colin C** Diagnostic de bénignité. In : Colin C éd. Guide de sénologie. Paris: Editions Marketing, 1996: 75-78
- 24. Fletcher S W, O'Malley M.S, Bunce L A** Physicians' abilities to detect lumps in silicone breast models. JAMA 1985; 253 :2224-2228
- 25. Ciatto S, RosselliDelTurco M, Cartazi S, Cataliotti L, Cardona G, Teglia C et al.** Causes of breast cancer misdiagnosis at physical examination Neoplasma 1991; 38: 523-531
- 26. Benmoura D, Blanc B** Examen clinique et exploration paraclinique. Sémiologie et lésions élémentaires. In : Blanc B éd. Pathologie de la vulve et du vagin. Paris : Vigot, 1992 : 45-68
- 27. Bourcier A** Bilan clinique et examen périnéal. In : Bourcier A, Amarenco G, Bonierbale M, Dentz JP, Juras J, Mamberti-Dias A et al éd. Le plancher pelvien. Explorations fonctionnelles et réadaptation. Paris : Vigot, 1991 : 91-123
- 28. Hewitt J, Pelisse M, Paniel B** Sémiologie vulvaire. In : Hewitt J, Pelisse M, Paniel B éd. Maladies de la vulve. Paris: Medsi/McGraw-Hill, 1987: 9-28
- 29. Villet R, Buzelin J M, Lazorthes F** Les explorations pelvipérinéales. Exploration clinique. In: Villet R, Buzelin JM, Lazorthes F éd. Les troubles de la statique pelvi-périnéale de la femme. Paris : Vigot, 1995 : 57-62
- 30. Chevrant-Breton O, Ernoult B.** L'examen en urgence de la femme adulte agressée sexuellement. In : Soutoul JH, Chevrant-Breton O éd. Les agressions sexuelles de l'adulte et du mineur. Paris : Édition Marketing, 1994 : 36-61



- 31. Diamant-Berger O, Finkelstein A, Delvaux C.** Prise en charge des victimes d'agressions sexuelles. *LettGynécol*1998; 230: 10-13
- 32. Rosenberg W, Donald A.** Evidence based medicine: an approach to clinical problem-solving. *Br Med J* 1995; 310:1122-1126
- 33. Naylor C D** Grey zones of clinical practice: some limits to evidence-based medicine. *Lancet* 199 ; 345 : 840-842
- 34.Seumo C.** La consultation gynecologique au centre de sante de reference de la commune ii du district de Bamako. Thèse med, Bamako, 2015.
- 35. Anonyme.** *ActauniversitatisTampereensis* 1024. Survey of gynecological Problems. During Childhood and Early Adolescence in and Early Adolescence in an Academic Center. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6046-4.pdf> consulté le 27septembre 2010.
- 36.Raphaël A et coll** Etiologie et prise en charge thérapeutique des leucorrhées infectieuses au CHU de Cocody (Abidjan, Côte d'Ivoire).
- 37.Prasad D, Singh K, Pankaj S.** Clinical Spectrum of Adolescent Girls in Tertiary Care Centre. *Int J Sci Stud.* 2014 ; 2(4) :46-49.
- 38.Goswami S, Dutta R, Sengupta S.** A profile of adolescent girls with gynecological problems. *J Obstet Gynecol India.* 2005 ; 55(4) :353-355.
- 39.Shrestha DB, Thapa S, Singh R, Khatiwada R, Pandey S, Srivastava A, Aryal BB, Upreti T, Gurung A.** Presenting complaints in Gynecology Outpatient Department (OPD) and Prevalence and Assessment of Dysmenorrhea. *MJSBH Vol 16 Issue 1 Jan-June 2017*
- 40.Thongkrajai P, Pengsaa P, Lulitanond V.** An epidemiological survey of female reproductive health status: gynecological complaints and sexually-transmitted diseases. *Southeast Asian J Trop Med Public Health.* 1999 Jun ;30(2) :287-95. PMID : 10774697.
- 41.Zemouri C, Wi TE, Kiarie J, et al.** The Performance of the Vaginal Discharge Syndromic Management in Treating Vaginal and Cervical Infection : A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One.* 2016

;11(10) : e0163365. Published 2016 Oct 5. doi :

10.1371/journal.pone.0163365

- 42. Romoren M, Sundby J, Velauthapillai M, Rahman M, Klouman E, Hjortdahl P.** Chlamydia and gonorrhoea in pregnant Batswana women: time to discard the syndromic approach? *BMC Infect Dis.* 2007 Apr 16 ;7 :27. doi: 10.1186/1471-2334-7-27. PMID : 17437632 ; PMCID : PMC1955709.
- 43. Epidemiological, clinical and therapeutic features of acute pelvic pain in female patients hospitalized in the Yaoundé Gynaecology-Obstetrics and Pediatrics Hospital.**

# **ANNEXES**

## **Annexes**

### **FICHE SIGNALÉTIQUE**

**Prénom :** Madi

**Nom :** Traoré

**E-mail :** [madit4485@gmail.com](mailto:madit4485@gmail.com) **Tel :** (00223) 71261131/60402189

**Année académique :** 2020 - 2021

**Pays d'origine :** Mali

**Titre :** Motifs de consultation en gynécologie au CHU GABRIEL TOURE.

**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMOS

**Secteurs d'intérêts :** Gynécologie, épidémiologie, santé publique.

**Résumé :** La gynécologie est une spécialité médico-chirurgicale consacrée à l'étude de l'organisme de la femme et de son appareil génital tant du point de vue physiologique que pathologique. Elle s'occupe à toutes les tranches d'âge, depuis avant la puberté jusqu'à la ménopause. Différents symptômes amèneront les femmes au moins une fois dans leur vie à consulter dans un service de gynécologie.

L'objectif de notre étude était d'étudier les motifs de consultation en gynécologie au CHU Gabriel Touré de Bamako.

**Méthode :** Il s'agit d'une étude transversale avec collecte rétrospective des données.

Elle s'est déroulée de janvier 2003 à décembre 2016, soit une période de 13 ans. Notre étude porte sur 17336 patientes venues en consultation externe pour un motif gynécologique donné.

**Résultats :** Notre étude porte sur 17336 patientes. Elles étaient venues d'elle-même dans **70,2%** pour de problèmes de santé de natures et de fréquences variables.

Les motifs de consultation les plus fréquemment évoqués étaient représentés de façon croissante par : les leucorrhées ; les algies pelviennes ; les prurits vulvaires et le désir de grossesse. La majorité des patientes reçues en consultation était en

période d'activité génitale avec une tranche d'âge comprise entre 15 et 49 ans. Elles étaient mariées dans 81,1%. L'âge moyen était de 34,81% avec un maximum de 100 ans et un minimum de 5ans. La population d'étude était majoritairement composée de ménagères. Les non-scolarisées étaient les plus représentées avec une fréquence de **47,3%** de la population d'étude. Les grandes multigestes et les multipares occupaient la plus grande place en consultation. Les motifs de consultation les plus fréquemment évoqués étaient représentés de façon croissante par : les leucorrhées ; les algies pelviennes ; les prurits vulvaires et le désir de grossesse.

**Conclusion** : les motifs de consultation sont de nature et de fréquence diverse. Toutes les couches socioprofessionnelles sont concernées. Les patientes en période d'activité génital étaient les plus représentées. Une grande partie des pathologies révélées pouvait être prise en charge par les niveaux primaires du système sanitaire.

### **SERMENT D'HIPPOCRATE :**

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être Suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail, je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception. Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

**Je le jure !**