

Hors programme de l'ECN.

## I. INTRODUCTION

---

- L'examen gynécologique est capital et doit comporter systématiquement :
  - interrogatoire ;
  - palpation abdominale ;
  - examen sous spéculum, toucher vaginal ;
  - +/- frottis cervico-vaginal ;
  - examen des seins.

## II. INTERROGATOIRE

---

### A. Antécédents personnels et familiaux

- Antécédents médicaux et chirurgicaux.
- Antécédents familiaux notamment cancer du sein, endomètre, colon.
- Allergie.
- Antécédent de transfusion.
- Antécédent d'herpès.
- Traitements en cours.

### B. Antécédents gynécologiques

- Gestité, parité.
- Âge des premières règles, début de la ménopause.
- Antécédent de fibrome, kyste ovarien, salpingite.
- Nombre de partenaires.
- Type de contraception.
- Traitement hormonal substitutif.
- Date du dernier frottis cervical.
- Date des dernières règles.
- Durée et régularité des cycles, durée et volume des règles.

### C. Antécédents obstétricaux

- Nombre et date des accouchements.
- Grossesse spontanée ou obtenue après stimulation ovarienne, FIV...
- Pathologies au cours de la grossesse (retard de croissance intra-utérin, HTA...).

- Modalités de l'accouchement :
  - avec ou sans anesthésie ;
  - par voie basse ou césarienne, avec ou sans forceps, épisiotomie.
- Sexe, poids, et terme des nouveau-nés.
- Complications du post-partum.
- Allaitement maternel ou artificiel.

#### **GESTITÉ et PARITÉ**

- La **gestité** est le nombre total de grossesses antérieures (et actuelle) : grossesse évolutive, fausse couche, mort fœtale, grossesse extra-utérine.
- La **parité** est le nombre total d'accouchements antérieurs.
- Ex :
  - une fausse couche et un accouchement par césarienne : G2P1 ;
  - une grossesse triple avec accouchement par voie basse : G1P3.

### **D. Signes fonctionnels**

- Douleur pelvienne, pesanteur pelvienne.
- Troubles du cycle (cf. question n° 26) :
  - aménorrhée ;
  - métrorragie, ménorragie ;
  - pollakiménorrhée, spanioménorrhée, oligoménorrhée.
- Dyspareunie.
- Prurit, brûlures vaginales.
- Écoulement mammaire.

## **III. EXAMEN CLINIQUE**

---

### **A. Examen général**

- Poids, taille.
- Tension artérielle, fréquence cardiaque.
- Température.
- Inspection de la vulve :
  - signes d'irritation, inflammation ;
  - signes d'infection : herpès, condylomes.
- Palpation abdominale : douleur, tuméfaction pelvienne, ascite.

### **B. Spéculum**

- Il existe trois types de spéculum (cf. iconographie) :
  - spéculum de Collin ;
  - spéculum de Cusco ;
  - spéculum pour vierge.
- Le spéculum est introduit dans le vagin puis ouvert en position horizontale.
- Visualisation des parois vaginales (signes de vaginite, de mycose).
- Visualisation du col, aspect de la glaire cervicale.

- Aspect des leucorrhées, métrorragies, hydrorrhée.
- Prélèvements bactériologiques vaginaux :
  - classiquement des culs-de-sac vaginaux (prélèvement de fin de grossesse à la recherche de Streptocoque B) ;
  - de l'endocol pour recherche de *Chlamydia*.
- Frottis cervico-vaginal.
- En cas de lésion cervicale évocatrice de cancer du col : biopsie cervicale.

### C. Toucher vaginal

- Une main est apposée sur l'abdomen au niveau de l'hypogastre.
- Le toucher vaginal est réalisé par deux doigts.
- Examen du col.
- Palpation des culs-de-sac vaginaux : recherche de douleur et de masse.
- Mobilisation utérine : deux doigts placés sous le col mobilisent l'utérus qui peut alors être palpé par la main placée sur l'abdomen : on recherche :
  - une douleur à la mobilisation utérine ;
  - une déformation ou une augmentation de taille de l'utérus ;
  - une rétroversion de l'utérus (qui est alors basculé vers l'arrière).
- Toucher rectal : en cas de nodule vaginal ou de suspicion de cancer du col.

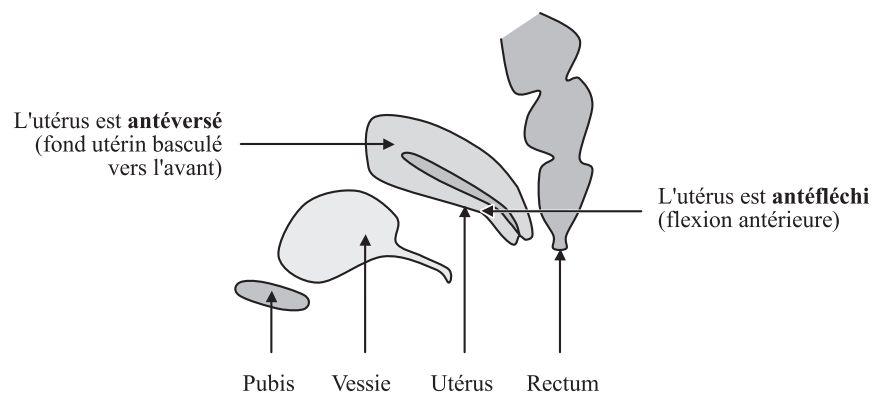


Figure 1.

### D. Examen des seins

- Examen bilatéral, comparatif, en position debout et semi-assise.
- Inspection : recherche d'une déformation, écoulement, zone inflammatoire.
- Palpation des seins : recherche d'un nodule mammaire (taille, localisation, consistance).
- Palpation des aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires.

### E. Particularités chez la femme enceinte

- Interrogatoire :
  - contractions utérines (intensité, fréquence) ;
  - pertes liquidiennes ;

- mouvements actifs fœtaux;
- signes fonctionnels d'hypertension artérielle : céphalées, phosphènes, acouphènes.
- Examen clinique :
  - bruits du cœur fœtaux;
  - hauteur utérine.
- Examen du col :
  - **longueur** : long/mi-long/court/effacé;
  - **tonicité** : tonique ou mou;
  - **position** : antérieur ou postérieur;
  - **ouverture** : fermé/ouvert à 1 doigt ou à 2 doigts.
- Bandelette urinaire.

#### Le col normal à l'examen clinique

- Long (longueur d'une pulpe de doigt).
- Tonique (même consistance que le nez).
- Fermé.
- Le plus souvent postérieur (l'utérus est antéversé et antéfléchi).

- Pas de toucher vaginal en cas de métrorragies du 3<sup>e</sup> trimestre : on réalisera une échographie première afin d'éliminer un placenta prævia.

## ICONOGRAPHIE

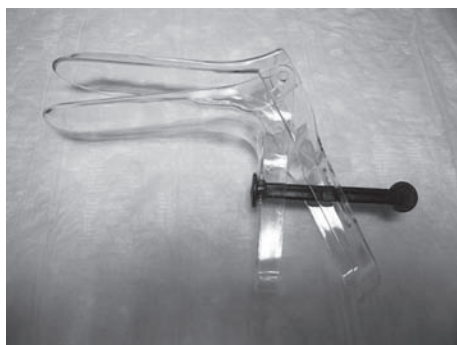


Figure 2. Spéculum jetable



Figure 3. Spéculum de Cusco



Figure 4. Spéculum de Collin



Figure 5. Spéculum pour patiente vierge

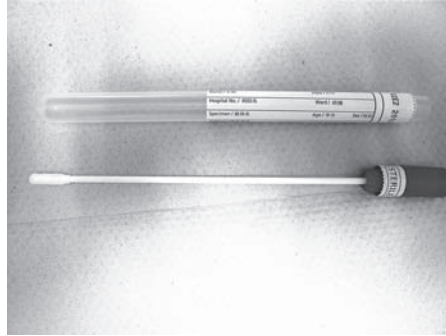


Figure 6. Écouvillon pour prélèvement bactérien vaginal.

## ➤ L'ESSENTIEL DE LA QUESTION

---

- L'examen gynécologique comporte toujours :
  - interrogatoire ;
  - palpation abdominale ;
  - examen sous spéculum, toucher vaginal ;
  - +/- frottis cervico-vaginal ;
  - examen des seins.
- Ne pas oublier à l'interrogatoire :
  - gestité, parité ;
  - date des dernières règles, date du dernier frottis cervical ;
  - type de contraception.
- Ne pas oublier lors de l'examen clinique :
  - prélèvements bactériologiques vaginaux ;
  - frottis cervico-vaginal.
- Ne pas oublier chez la femme enceinte :
  - bruits du cœur fœtaux ;
  - hauteur utérine ;
  - bandelette urinaire ;
  - pas de toucher vaginal en cas de métrorragies du 3<sup>e</sup> trimestre (risque de placenta prævia).

## PMZ (PAS MIS ZÉRO)

---

- Date des dernières règles.
- Chez la femme enceinte :
  - bruits du cœur fœtaux ;
  - bandelette urinaire.

**Module 2. De la conception  
à la naissance.  
Question n° 15**

**Programme officiel de l'ECN : objectifs terminaux**

- Préciser les dispositions réglementaires et les objectifs de l'examen prénuptial.

## **I. INTRODUCTION**

---

- La consultation préconceptionnelle **remplace la consultation prénuptiale, qui est vouée à disparaître.**
- La suppression de la présentation du certificat médical prénuptial est intervenue avec le vote de la loi du 20 décembre 2007 relative à la simplification du droit, dans le but de simplifier les démarches administratives.
- La consultation préconceptionnelle est maintenant validée par la littérature et reconnue officiellement.
- L'examen prénuptial n'est plus une formalité administrative pour les couples ou les médecins.

## **II. OBJECTIFS DE LA CONSULTATION PRÉCONCEPTIONNELLE**

---

- Les buts de cette consultation sont :
  - d'améliorer les connaissances et les comportements des femmes ayant un désir de grossesse ;
  - de s'assurer que toutes ces femmes bénéficient de soins ou de conseils leur permettant de débiter une grossesse dans les meilleures conditions ;
  - d'établir avec chaque patiente une programmation des conceptions et de discuter de l'espacement des grossesses ;
  - de réduire les risques de grossesses non évolutives, de complications obstétricales ou néonatales ainsi que les disparités de prise en charge.

## **III. SITUATIONS À RISQUE**

---

Plusieurs situations risquent de compromettre le développement embryonnaire et fœtal, la plupart de ces risques étant évitables ou corrigibles.

### A. Facteurs de risque infectieux

- Hépatite B : la vaccination est recommandée chez les sujets à risque d'hépatite B (usagers de drogues injectées, patients en institution, transfusés sanguins et personnel médical).
- Infection HIV : traitement antiviral en cas d'infection diagnostiquée avant la conception ; un traitement antiviral débuté précocement atténue le risque d'infection fœto-maternelle et d'infection néonatale.
- Rubéole : vaccination en période préconceptionnelle des femmes non immunisées.

### B. Addictions

- Tabagisme : favorise l'infertilité primaire et secondaire, les fausses couches spontanées, les grossesses extra-utérines, l'accouchement prématuré, l'hypotrophie, les hématomes rétroplacentaires.
- Toxicomanie : toute prise de drogue doit être interrompue (substitution possible).
- Alcoolisme : risque de syndrome d'alcoolisme fœtal : arrêt total de l'alcool tout au long de la grossesse.

### C. Pathologies chroniques et environnementales

- Antécédent de pré-éclampsie, mort fœtale *in utero* et retard de croissance : risque de récurrence.
- Obésité : risque d'anomalies de fermeture du tube neural, de diabète gestationnel, d'hypertension artérielle, d'accouchement prématuré ainsi que des pathologies thrombo-emboliques.
- Diabète : risque de malformation congénitale ou de fausse couche.
- Hypothyroïdie : les besoins en L-Thyroxine (LÉVOTHYROX®) sont accrus en début de grossesse.
- Phénylcétonurie : les nouveau-nés dont la mère est atteinte de phénylcétonurie ont un risque augmenté de retard mental.
- Recherche d'exposition au plomb.

### D. Traitements

- Traitements anticoagulants : on utilisera une héparine fractionnée (HBPM) ou non fractionnée. Les AVK entraînent un syndrome polymalformatif.
- Traitements antiépileptiques : l'acide valproïque (DÉPAKINE®) est tératogène, à l'origine de défauts de fermeture du tube neural, et est contre-indiqué pendant la grossesse.
- Acide folique : la prise d'acide folique réduit le risque de défaut de fermeture du tube neural, ainsi que certaines malformations congénitales.

- Le dosage d'acide folique recommandé en France par la HAS est de **0,4 mg/j** en l'absence d'antécédent, et de 5 mg/j pour les femmes à risque élevé. La supplémentation débutée 28 jours avant la conception sera poursuivie jusqu'à 12 semaines de gestation.

## IV. CONDUITE DE LA CONSULTATION PRÉNUPTIALE

---

La consultation des deux époux est effectuée séparément.

### A. Interrogatoire

- Recherche de situation à risque :
  - infection : état des vaccinations (rubéole, hépatite B), antécédent d'infection HIV. Vaccination contre la rubéole si non vaccinée ;
  - alcoolisme, tabagisme, toxicomanie ;
  - pathologie chronique : diabète, antécédents obstétricaux, etc. ;
  - traitements en cours.

### B. Examen clinique

- Examen clinique complet et examen gynécologique.

### C. Examens biologiques

- Groupe, Rhésus et recherche d'agglutinines irrégulières (RAI).
- Sérologie de la rubéole.
- Sérologie de la toxoplasmose.
- Proposition de sérologie HIV, hépatite B et C, syphilis.

### D. Éducation, informations

- Explication du risque d'immunisation fœto-maternel chez les femmes de Rhésus négatif.
- Règles d'hygiène.
- Contraception.
- Risque d'infection sexuellement transmissible.

## V. RÉDACTION DU CERTIFICAT

---

- Le médecin ne délivre le certificat prénuptial qu'après :
  - avoir examiné la patiente ;
  - avoir vu les résultats des examens biologiques ;
  - avoir informé la patiente des résultats des examens ;
  - avoir informé les patientes de Rhésus négatif de la nécessité de recourir à une prévention d'immunisation Rhésus D par injection d'immunoglobulines anti-D dans les 72 heures qui suivent chaque accouchement d'un enfant Rhésus positif ou chaque interruption de grossesse.
- Le certificat comporte la mention (cf. figure 1) :
  - « Je soussigné... (nom, prénom), Docteur en médecine, certifie avoir procédé à un examen clinique de... (nom, prénom) » ;
  - date, lieu, cachet et signature.