

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.

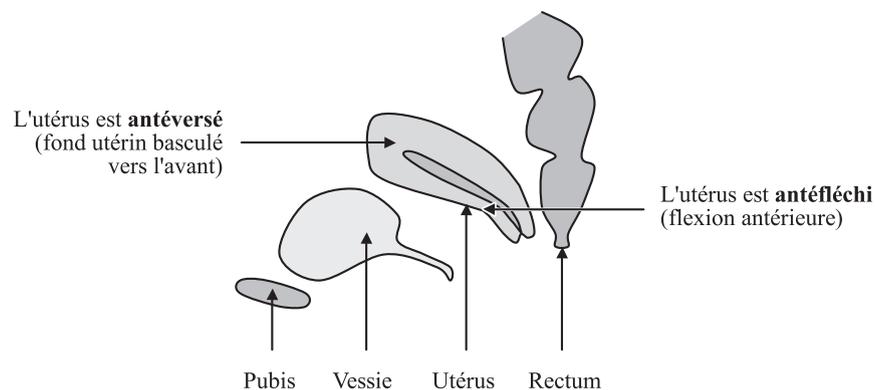


Figure 1.

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^e trimestre : on réalisera une échographie première afin d'éliminer un placenta prævia.

ICONOGRAPHIE

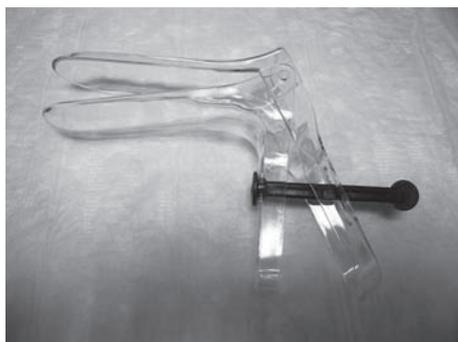


Figure 2. Spécule jetable



Figure 3. Spécule de Cusco



Figure 4. Spécule de Collin



Figure 5. Spécule pour patiente vierge

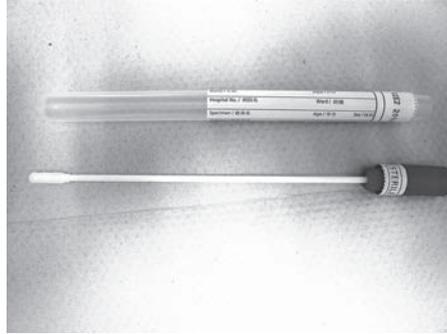


Figure 6. Écouvillon pour prélèvement bactérien vaginal.

➤ 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^e 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.