

Ministère de l'enseignement
Supérieur et de la Recherche
Scientifique

République du Mali
Un peuple-Un But-Une Foi

**UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES
TECHNOLOGIES DE BAMAKO**

MEMOIRE DE GYNECOLOGIE ET OBSTETRIQUE

PANORAMA DES PATHOLOGIES GYNECOLOGIQUES ET MAMMAIRES EN MILIEU RURAL

Année universitaire 2021-2022

N°.....

Présenté et soutenu publiquement le/...../2023

Devant

LA FACULTE DE MEDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Par :

Dr Amose KODIO

Pour obtenir le grade de Spécialiste en Gynécologie et Obstétrique

(Diplôme d'Etude Spéciale)

JURY

Président : Pr MOUNKORO Niani

Membres : Pr Amadou BOCOUM

Pr Soumana O. TRAORE

Pr Mamadou SIMA

Directeur : Pr Ibrahima TEGUETE

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	8
LISTE DES ABREVIATIONS :	10
LISTE DES TABLEAUX :	12
LISTE DES FIGURES :	14
INTRODUCTION	16
I. OBJECTIFS	19
II. GENERALITES	21
1. Interrogatoire.....	22
2. Examen physique	32
3. Examen général :.....	33
3.1 Examen gynécologique :	33
3.1.1 L'examen abdominal :.....	33
3.1.2 L'examen périnéal :.....	33
4. L'examen pelvien :	34
4.1 L'examen au spéculum :	34
4.2 L'examen du col utérin :	37
4.3 L'examen du vagin :.....	38
5. Le toucher vaginal.....	38
6. Le toucher rectal :	44
7. L'examen sénologique ou examen des seins :	45
7.1 L'inspection des seins :	45
7.2 La palpation des seins :	46
7.3 La palpation des aires ganglionnaires :	47
7.4 Le rythme des examens gynécologiques ...	48
III. PATIENTES ET METHODES	50
1. Cadre d'étude :	50
2. Type d'étude :	50
3. Période d'étude :	50
4. Population d'étude :	50
5. Echantillonnage :	51
5.1 Critère d'inclusion :.....	51
5.2 Critères de non inclusion :.....	51
5.3 Taille de l'échantillon.....	51

6. Collecte des données :.....	51
7. Déroulement de l'enquête :.....	51
8. Aspect éthique :.....	52
9. Variables et sources de collecte des données :.....	52
IV. RESULTATS	55
1. Fréquence :.....	55
2. Profil sociodémographique des patientes.....	56
3. Fréquence des pathologies diagnostiquées	65
4. Traitement :.....	68
V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	72
1. Aspects méthodologiques :	72
2. Caractéristiques sociodémographiques des patientes :	74
3. Motifs de consultation :	75
4. Fréquences des pathologies diagnostiquées	77
5. Traitement :.....	79
CONCLUSION :.....	81
VI. RECOMMANDATIONS :	83
BIBLIOGRAPHIE :	85



DEDICACE

JE DEDIE CE TRAVAIL :

❖ *Au Seigneur Dieu Tout Puissant pour sa protection et son assistance tout au long de ma vie.*

❖ *A Toutes les mères, singulièrement à celles qui ont perdu la vie à la suite des complications de l'accouchement.*

❖ *A mes parents, pour tout le sacrifice consenti pour l'éducation de vos enfants. Merci beaucoup pour la patience et les conseils*

❖ *A ma tendre épouse et mes enfants (Jacques Ogobara et Sarah dite Amagana, merci pour tout le sacrifice consenti au cours de ma formation. Ce travail est le fruit de votre patience.*



REMERCIEMENTS

REMERCIEMENTS

❖ Au Professeur Amadou DOLO, Professeur Niani MOUNKORO, Professeur Mamadou TRAORE, Professeur Issa DIARRA, Professeur Youssouf TRAORE, Au Professeur Ibrahima TEGUETE, Professeur Tioukani THERA, Professeur Amadou BOCOUM, Professeur Soumana TRAORE, Professeur Seydou FANE, Professeur Ibrahim KANTE, Professeur Mahamadou SIMA, Professeur Aminata KOUMA, Professeur Alassane TRAORE, Professeur Mahamadou Salia TRAORE, Professeur Ahmadou COULIBALY, Professeur Seydou Z DAO, Dr Abdoulaye SISSOKO, Dr Siaka A. SANOGO, Dr Cheikna SYLLA, Dr Adane ADIAWIAKOYE, Dr Drissa DIARRA, Dr Safiatou KALLE, Dr DJIRE Mohamed, Dr Amady SISSOKO, Dr TOGO Abdrahamane, Dr Bakary Abou TRAORE, Dr Sidy TRAORE :

Chers Maitres, vous avez été des guides et des conseillers attentifs et attentionnés. Vos disponibilités, vos rigueurs, vos courages et vos amours pour le travail bien fait ont toujours fait l'objet d'une grande admiration de notre part.

Vos soutiens indéfectibles et vos sympathies m'ont accompagné tout au long de cette formation.

Merci pour vos conseils précieux et votre encadrement de qualité que vous avez accordé.

Ce travail est tout à fait à votre honneur. Qu'il soit le témoin de ma profonde gratitude.

Que Dieu vous bénisse et vous accorde tout ce que vos cœurs désirent.

❖ **A tous les D.E.S de Gynécologie Obstétrique :**

Merci pour tous vos mots d'encouragement et de soutien



**LISTE DES
ABREVIATIONS**

LISTE DES ABREVIATIONS :

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

Cm: Centimetre

COC : Contraceptif oraux combiné

CS Com : Centre de santé communautaire

DIU : Dispositif intra utérin

IVA : Inspection visuelle après application de l'acide acétique

IVL : Inspection visuelle après application du Lugol

IVG : Infection des voies génitales

LPC : Lésion précancéreuse

MAMA : Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

MI: millilitre

ONG : Organisation non gouvernementale

PH : Potentiel hydrogène

PV : Prélèvement vaginal

SA: Semaine d'Amenorrhée

TV : Toucher vaginal



LISTE DES TABLEAUX

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau I : Variables et sources de collecte des données

Tableau II : Relation entre les pathologies gynécologique et le statut sociodémographique des patientes

Tableau III : Répartition des femmes ayant une pathologie gynécologique ou mammaire selon le site de consultation

Tableau IV : Répartitions des femmes ayant une pathologie gynécologique ou mammaire en fonction de leurs motifs de consultation

Tableau V : Répartition des motifs de consultations en fonction des tranches d'âges

Tableau VI : Répartition des motifs de consultations en fonction des statuts matrimoniaux

Tableau VII : Répartition des motifs de consultations en fonction de la gestité

Tableau VIII : Répartition des motifs de consultations en fonction de la parité

Tableau IX : Répartition des motifs de consultations en fonction des niveaux d'étude

Tableau X : Répartition des motifs de consultations en fonction des professions

Tableau XI : Répartition des Pathologies en fonction des tranches d'âges

Tableau XII : Répartition des Pathologies en fonction de la profession

Tableau XIII : Répartition des pathologies en fonction du niveau d'étude

Tableau XIV : Répartition selon les traitements reçus



LISTE DES FIGURES

LISTE DES FIGURES :

Figure 1 : Schéma récapitulatif de l'histoire des règles

Figure 2 : Pour mettre le spéculum : écarter les lèvres, éviter la zone urétrale, appuyer sur la fourchette

Figure 3 : La position du col

Figure 4 : Pose du spéculum

Figure 5 : Technique du toucher vaginal : introduction des doigts

Figure 6 : La main abdominale « ramène » vers les doigts vaginaux le contenu viscéral pelvien

Figure 7 : Le toucher vaginal permet l'exploration du pelvis

Figure 8 : Mobilisation du col par le toucher vaginal

Figure 9 : Toucher vaginal associé au toucher rectal

Figure 10 : Algorithme de prise en charge des leucorrhées selon l'approche syndromique

Figure 11 : Algorithme de prise en charge des prurits selon l'approche syndromique

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 de toutes les femmes, 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.

La consultation gynécologique se fait en trois étapes essentielles : l'accueil, l'interrogatoire et l'examen physique.

L'interrogatoire est le premier temps de l'examen [2]. Il a pour objectif de découvrir 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 [3] .

Les symptômes du motif 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, 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% [4].

La revue des données hospitalières montre que le service de gynécologie reçoit beaucoup de consultation pour divers motifs entre autres 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 [5].

Aucune étude n'a été réalisée au Mali à notre connaissance pour évaluer la prévalence des pathologies gynécologiques et mammaires en milieu rural.

Nous avons initié cette étude dans le but d'évaluer la prévalence des pathologies gynécologiques et mammaires en milieu rural.



OBJECTIFS

I. OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier les aspects épidémiologiques et cliniques des pathologies gynécologiques et mammaires en milieu rural.

Objectifs spécifiques :

1. Déterminer la fréquence des pathologies gynécologiques et mammaires en milieu rural.
2. Déterminer les caractéristiques sociodémographiques des patientes
3. Décrire les aspects cliniques des pathologies gynécologiques et mammaires.
4. Déterminer la prise en charge de ces pathologies.



GENERALITES

II. GENERALITES

La gynécologie-obstétrique est une spécialité médico-chirurgicale qui consiste à prendre en charge tous les problèmes de la femmes notamment médicaux et chirurgicaux pendant toute leurs vie en particulier la contraception, l'éducation, la prévention et le dépistage des cancers génitaux (frottis cervico-utérins et palpation mammaire) [6].

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.

L'examen gynécologique est difficile à décrire parce que cette relation avec la patiente se vit plus qu'elle ne se décrit.

Nous voudrions donc insister surtout ici sur les temps importants de l'examen et sur ce qu'il ne faut pas faire.

1. Interrogatoire

L'interrogatoire est le premier temps de l'examen. Il n'est jamais assez prolongé, assez fouillé ; et s'il faut commencer par lui, il ne faudra pas hésiter à le reprendre au fil de l'examen.

Il faudra savoir répéter les mêmes questions à plusieurs reprises, faire préciser tel ou tel signe, rajouter une question suggérée par une réponse de la patiente.

Son but est double :

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

-Motif de la consultation

La première question est une prise de contact : Quel est le but de votre visite ? On essaiera, à partir de cette idée, d'expliciter dans le discours de la patiente le motif de sa consultation.

Parfois, celui-ci est évident : métrorragie, aménorrhée... ; parfois, il est plus confus : douleurs abdominales, dont il faut préciser le type, pertes mal précisées. Parfois, enfin, le but est intriqué : il s'agit de douleurs associées à un saignement, à un problème sexuel.

Là encore, il faudra, après l'examen, reprendre cette notion de but de la visite et refaire préciser à la malade ce dont elle se plaint réellement, ce qui n'est pas toujours ce qu'on avait cru comprendre au départ.

-Recherche des antécédents

Les antécédents seront étudiés systématiquement, mais leur recherche sera également orientée en fonction du motif de la consultation. En effet, on interroge différemment une femme qui vient pour une tumeur du sein, et celle qui vient pour une dyspareunie. Il n'empêche qu'il faut un minimum de questions systématiques que nous allons passer en revue.

Elles ont pour but de dépister les populations à risque en cancérologie, rechercher les contre-indications de la contraception, débrouiller un problème de stérilité.

Même si la femme consulte pour une visite systématique dans le cadre de la médecine préventive, il faut étudier ses antécédents.

-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, d'hypertension, de phlébites, d'embolies pulmonaires.

-Histoire des règles

On fera préciser l'âge des premières règles, la durée des cycles, l'existence d'une dysménorrhée, d'une période prolongée de dysovulation, l'âge éventuel de la ménopause, les problèmes qu'ils ont posés, la prise éventuelle de médicaments en particulier à base d'hormones (œstrogènes seuls ou associés à la progestérone).

-Antécédents obstétricaux

Ils seront repris chronologiquement de façon à préciser la date de naissance des enfants, le sexe, le poids, le terme, les difficultés éventuelles à l'accouchement, et surtout dans les suites de couches, température, leucorrhées, curetage, accidents thromboemboliques. Les fausses couches, qu'elles soient spontanées ou volontaires (IVG), seront soigneusement notées, en faisant préciser la date, le terme, la qualité de l'œuf (si on la connaît), le mode de terminaison (prostaglandines, aspiration, curetage), les traitements associés (en particulier les antibiotiques). On fera préciser si ces grossesses sont du même partenaire.

-Antécédents médicaux

On recherchera l'existence de maladies des grands appareils : cœur, poumons, système nerveux, tube digestif, glandes endocrines. En général, la malade s'en explique sans difficulté et on fera une mention très spéciale pour :

- Les antécédents phylétiques ou thromboemboliques ou vasculaires personnels et/ou familiaux, souvent oubliés ;
- La notion d'ictère, en particulier d'ictère ou de cholestase de la grossesse ;
- L'existence d'une hypertension artérielle ;

■ Enfin, les maladies infectieuses acquises, telles que la rubéole ou la toxoplasmose mais aussi IVG, VHC ;

■ Les antécédents infectieux : leucorrhées, salpingite (germes et traitements).

-Antécédents chirurgicaux

Ils seront recherchés et on précisera surtout les interventions qui ont eu lieu sur l'abdomen, le pelvis ou le périnée.

L'appendicectomie est bien banale, mais on fera préciser le caractère de sa gravité, en particulier l'existence d'une péritonite ou d'un drainage ; ceci peut être très important dans le cas d'une stérilité. Les interventions sur l'appareil gynécologique seront détaillées. On essaiera d'avoir un compte rendu opératoire ou, au moins, le nom et l'adresse de l'opérateur de façon à connaître très exactement ce qui a été fait. De même, on précisera les interventions possibles sur le périnée et leur type.

-Modalités contraceptives [3,7] :

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.

-Prise de médicament actuel :

Elle doit être recherchée étant donné la fréquence d'absorption de tranquillisants, des neuroleptiques et les problèmes qu'ils peuvent poser tant dans l'apparition d'une pathologie iatrogène (galactorrhée, aménorrhée secondaire) que par les problèmes anesthésiques si la malade a besoin d'une intervention chirurgicale, voire d'induction enzymatique.

En résumé, à la fin de l'interrogatoire, on aura dépisté :

- les populations à haut risque de cancer y compris le cancer du côlon : histoire familiale de cancer du sein, ovaire, colon ; antécédent personnel de cancer du sein, de l'endomètre de l'ovaire ;
- les femmes dont l'état contre-indique un mode de contraception.

-Analyse du symptôme :

Les antécédents ayant été étudiés, il va falloir analyser, en y revenant, le symptôme dominant qui a amené la patiente à consulter.

Schématiquement, on peut les grouper dans les rubriques suivantes :

- Saignement anormal ;
- Absence de règles ;
- Leucorrhée ; douleurs ;
- Troubles urinaires ou rectaux ;
- Troubles mammaires ;
- Troubles sexuels ;
- Un trouble de la fonction de reproduction : infertilité, fausses couches à répétition. Chacun de ces symptômes mérite d'être précisé par un interrogatoire minutieux. Enfin la patiente peut venir consulter pour un examen systématique et de dépistage.

-Saignement anormal

Les métrorragies sont des saignements qui surviennent entre les règles. Spontanées ou provoquées, elles doivent faire évoquer un cancer du col, de l'endomètre, du vagin.

Les ménorragies ont une valeur sémiologique très différente.

C'est une cause fréquente de consultation car une femme sur vingt consulte son médecin de famille pour des règles trop abondantes [8]. Il peut s'agir d'un saignement minime qui précède ou suit le flot menstruel.

Il s'agit le plus souvent de règles abondantes du fait de leur volume, de leur durée ou des deux. Il n'est pas facile de définir ce que sont les règles trop importantes, en particulier chez des femmes habituées à une hémorragie de privation minime sous contraception orale. A l'arrêt de la contraception, elles trouvent des règles normales trop abondantes. Les ménorragies sont définies comme des règles dont le volume est supérieur à 80 ml ou 120 ml par cycle [9–11]. Les méthodes qui ont conduit à définir ces valeurs ne sont pas applicables en cliniques. Il faut donc se contenter des dires de la femme : il faut pour cela s'aider du nombre et du type de garnitures utilisées par 24 heures. On tiendra compte aussi du retentissement des hémorragies : signes cliniques ou biologiques d'anémie. Un petit schéma récapitulatif des derniers cycles permet de résumer ces données simplement.

Les polyménorrhées correspondent à des cycles courts de moins de 25 jours.

-Absence des règles ou aménorrhée

Elle est dite primaire si la femme n'a jamais eu ses règles et secondaire si elle les a eues, mais ne les a plus.

S'il s'agit d'aménorrhée secondaire, on recherchera le mode d'apparition : arrêt brutal chez une femme jusque-là bien réglée ou secondaire, au contraire, a un période de spanioménorrhée.

Les spanioménorrhées sont des règles de volume normal mais très espacées, tous les 45 jours ou plus.

-Hyperménorrhées ou oligoménorrhées

Ce sont des règles très pauvres, pouvant être réduites à quelques taches sanglantes.

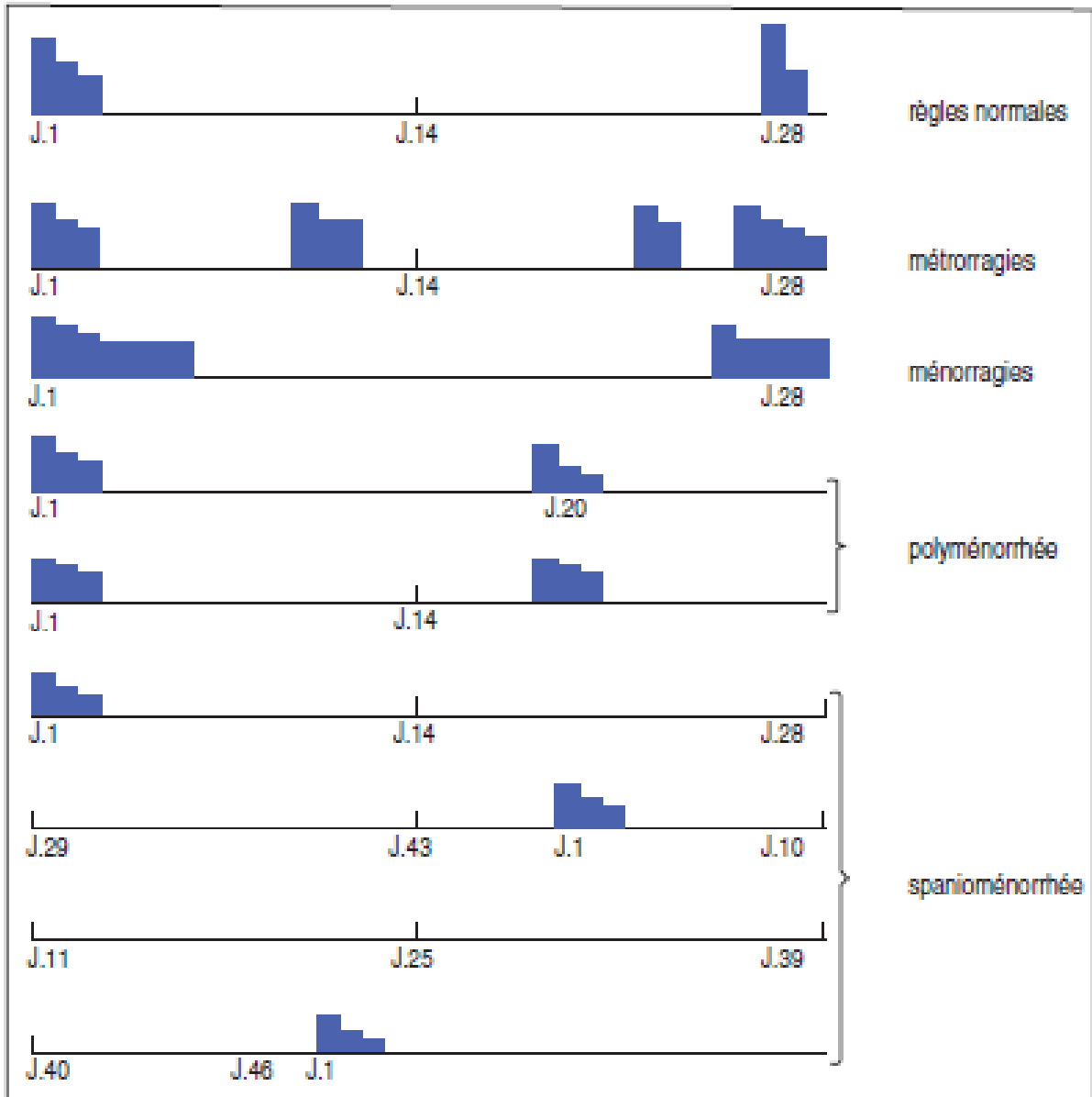


Figure1: Schéma récapitulatif de l'histoire des règles[12].

-Leucorrhées

L'interrogatoire cherchera à faire la différence entre la leucorrhée physiologique et la leucorrhée pathologique.

En effet, on sait que la desquamation vaginale physiologique associée à la glaire cervicale abondante n'entraîne jamais de troubles fonctionnels, elle n'irrite pas et ne sent pas mauvais. Ces leucorrhées physiologiques peuvent cependant gêner la femme et être un motif de consultation.

On les distinguera des leucorrhées pathologiques entraînant des troubles fonctionnels (brûlures et prurit), elles ont une odeur et tachent le linge.

On précisera les caractères de ces leucorrhées, la date de leur survenue par rapport à la vie sexuelle, les traitements déjà prescrits.

-Douleurs

Elles sont un motif fréquent de consultation et il faudra bien l'analyser. On demandera à la patiente :

- La date d'apparition : après un événement génital ou un choc affectif ;
- Leurs modalités : intermittentes ou continues, avec ou sans paroxysme ;
- leur rythme par rapport au cycle : douleurs pronominales dès le début du saignement menstruel, prémenstruelles, téléméniales à la fin des cycles ;
- leur type : pesanteurs, tiraillements, torsion ;
- Leur siège : hypogastrique médian, uni- ou bilatéral; leur irradiation : périnéale, crurale, lombaire ;
- Leur intensité : obligeant ou non à un arrêt de travail, à la prise d'un traitement ;
- Les signes d'accompagnement : troubles urinaires, prurit, tension mammaire.

Le but ici est d'essayer de distinguer les douleurs organiques des douleurs fonctionnelles, voire psychosomatiques.

Il est clair qu'une femme qui n'a jamais souffert et qui se plaint de douleurs récentes très intenses, invalidantes, rebelles au traitement a plus de chances d'avoir des lésions organiques qu'une femme qui se plaint depuis 10 ans de douleurs mal définies, non invalidantes, en s'aidant d'un papier ou elle a noté tous

les signes de peur d'en oublier et qui arrive en consultation avec un volumineux dossier.

-Troubles urinaires

On distinguera une incontinence urinaire d'effort, survenant à la toux, au port d'un paquet, d'une miction impérieuse.

Le besoin est ici impératif, l'urine s'écoule avant que la femme ait pu satisfaire son besoin. On la distinguera aussi d'une miction par regorgement, la malade ayant d'ailleurs l'impression d'avoir toujours la vessie pleine, et d'une fuite permanente des urines évoquant une fistule. La pollakiurie peut être nocturne ou diurne, on en précisera le rythme ainsi que l'existence de brûlures à la miction. Rappelons qu'une cystite est définie par l'association de pollakiurie, de brûlures à la miction et d'urines troubles.

-Troubles rectaux

Ils seront analysés, qu'il s'agisse de constipation, d'épreintes, de ténésmes, de difficultés à aller à la selle. Ces dernières peuvent être liées à une rectocèle et obligent la patiente à réduire le prolapsus par un doigt vaginal pour émettre les selles. Il faudra donc l'interroger dans ce sens et lui faire préciser ce geste qu'elle n'ose pas expliquer. On lui fera éventuellement préciser la notion d'incontinence anale, les matières s'échappant soit spontanément, soit avec émission de gaz.

-Troubles mammaires

Ils seront analysés. Il peut s'agir d'une tension mammaire prémenstruelle, d'un écoulement séreux, sanglant, purulent, lacté, uni- ou bilatéral, sortant par un ou plusieurs galactophores.

On demandera à la femme la notion de prise de médicaments, en particulier les neuroleptiques.

-Troubles sexuels

Ils font, maintenant plus qu'autrefois, l'objet d'une demande de consultation.

Il faudra distinguer :

- La baisse de la libido ;

■ La douleur d'intromission ou profonde, de l'impossibilité de pénétration ou encore d'une anorgasmie.

L'interrogatoire permet de distinguer la dyspareunie, le vaginisme, les troubles de la libido. Il peut orienter vers une éventuelle dimension psychopathologique -

Dyspareunie[12, [14]:

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 :

- e siège (vestibulaire, vulvaire, vulvo-vaginal, 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 de but puis s'effaçant, persistant tout au long du rapport ou seulement à s'afin, 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 déclenchant ;
- 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 consommé. S'il est incomplet, les rapports restent possibles mais difficiles et douloureux. Il peut être secondaire, souvent après un accouchement. Ce symptôme peut être masqué derrière une consultation pour désir d'enfant. Il peut également être complètement passé sous silence et ne se découvrir que lors de l'examen.

-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.

Quand le gynécologue est confronté à ce type de troubles, il doit très rapidement savoir, en fonction de sa formation et de son expérience, s'il souhaite prendre en charge cette patiente ou s'il préfère, après avoir éliminé une pathologie organique, l'adresser à un confrère psychosomaticien, psychiatre, psychanalyste ou sexologue

Enfin, on n'oubliera pas de se faire présenter avant l'examen tous les documents que la patiente peut avoir en sa possession : compte rendu opératoire, résultats de frottis, de biopsie, échographies, radiographies de l'appareil génital ou urinaire.

-Troubles de la fécondité [15] :

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.

La **stérilité** est l'incapacité totale et définitive d'un couple à procréer. 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'**infécondité** [16]:le fait de ne pas concevoir depuis plus de 18 mois dans un contexte de rapports sexuels réguliers et complets sans contraception. Elle peut être primaire, la patiente n'a jamais débuté de grossesse ; ou secondaire, la patiente a des antécédents de début de grossesse quelle qu'en soit l'issue

L'**infertilité** [16]:le fait de ne pas avoir d'enfant depuis plus de 18 mois. Elle peut être primaire, la patiente n'a pas accouché d'enfant de plus de 28 SA (enfant viable) ; ou secondaire, la patiente a eu des enfants.

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, 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.

2. Examen physique

Elle Touche l'intimité même de la femme, il est souhaitable de commencer l'examen gynécologique par un examen général avant d'aborder l'examen gynécologique lui-même. Ce dernier sera réalisé tout en expliquant et en commentant, pour permettre à la patiente de se détendre. Un bon relâchement étant indispensable à la réalisation d'un examen complet.

Rappelons que l'examen gynécologique doit être réalisé vessie vide et au mieux rectum vide également. Quoi qu'il en soit, l'examen gynécologique obéit à des règles simples qui doivent toujours être appliquées. La première de ces règles est que l'examen ne doit pas être une corvée douloureuse pour la patiente. Il appartient donc au médecin de rendre cette consultation aussi peu traumatisante que possible pour la patiente et de s'adapter à sa situation et à son psychisme.

3. Examen général :

L'état général de la patiente doit être rapidement apprécié, notamment sa morphologie (poids, taille), existence d'une éventuelle altération de l'état général ou des pathologies des autres appareils.

3.1 Examen gynécologique :

3.1.1 L'examen abdominal :

En décubitus dorsal, jambes allongées puis semi-fléchies, paroi abdominale bien relâchée.

-Inspection : fait un inventaire des cicatrices faisant préciser à nouveau les interventions correspondantes. L'orifice ombilical, la région sus pubienne et les orifices herniaires seront étudiés avec minutie, on appréciera la respiration abdominale,

-La palpation : comporte notamment la recherche d'un syndrome tumoral abdomino-pelvien, d'une douleur abdomino-pelvienne et d'une anomalie des fosses lombaires.

-La percussion : peu mettre en évidence le signe de flot.

3.1.2 L'examen périnéal :

C'est le premier temps de l'examen gynécologique proprement dit, il est réalisé en position gynécologique d'abord au repos puis éventuellement lors d'effort de poussée. On notera :

- les signes d'imprégnation hormonale réglant la trophicité des organes génitaux externes et le développement des caractères sexuels secondaires : pilosité, pigmentation, développement des grandes lèvres et du clitoris (sous la dépendance des androgènes) et des petites lèvres (sous dépendance des estrogènes),

-La présence d'une pathologie infectieuse du revêtement cutanéomuqueux ou des glandes de Skene et de Bartholin,

-L'existence de séquelles obstétricales à type de déchirure, d'épisiotomie ou de fistule.

La distance ano-vulvaire est également un élément important à noter.

4. L'examen pelvien :

Il commence par l'inspection de la vulve et se poursuit par l'examen au spéculum et ensuite par le toucher vaginal, et se termine par le toucher bi manuel.

4.1 L'examen au spéculum :

Manière de tenir le spéculum :

- Rotation intra-vaginale du spéculum
- Mise en place du spéculum : écarter les lèvres ; écarter la zone urétrale ; appuyer sur la fourchette ; viser en bas et en arrière

Après ouverture de la vulve par écartement des petites lèvres, le spéculum est introduit de façon atraumatique, les bords des lames fermées prennent appui sur la fourchette vulvaire. Les valves peuvent être placées verticalement dans l'axe de la fente vulvaire. Puis en poussant le spéculum, on fait une rotation de 90° sur l'horizontal en visant une direction à 45° du plan de la table vers la pointe du sacrum. Arrivé au contact du col, le spéculum est ouvert, le col doit être bien visible. Si le col n'est pas vu, il faut prendre un spéculum plus long. Si le clinicien écarte les grandes lèvres, il introduira le spéculum transversalement dans le même axe que le vagin.

L'examen du col doit souvent être précédé d'un nettoyage à la compresse sèche (au bout d'une pince) des sécrétions vaginales.

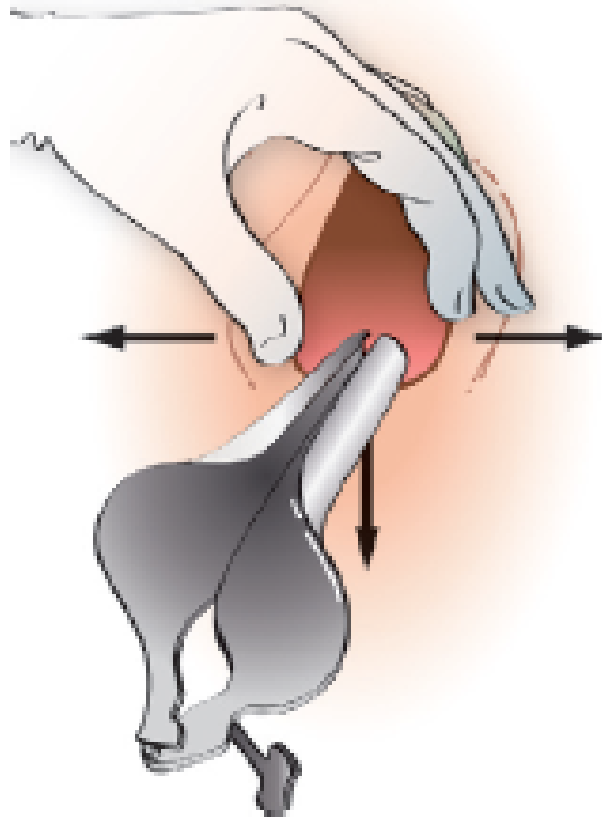


Figure 2: Technique de pose du spéculum : écarter les lèvres, éviter la zone urétrale, appuyer sur la fourchette[12].

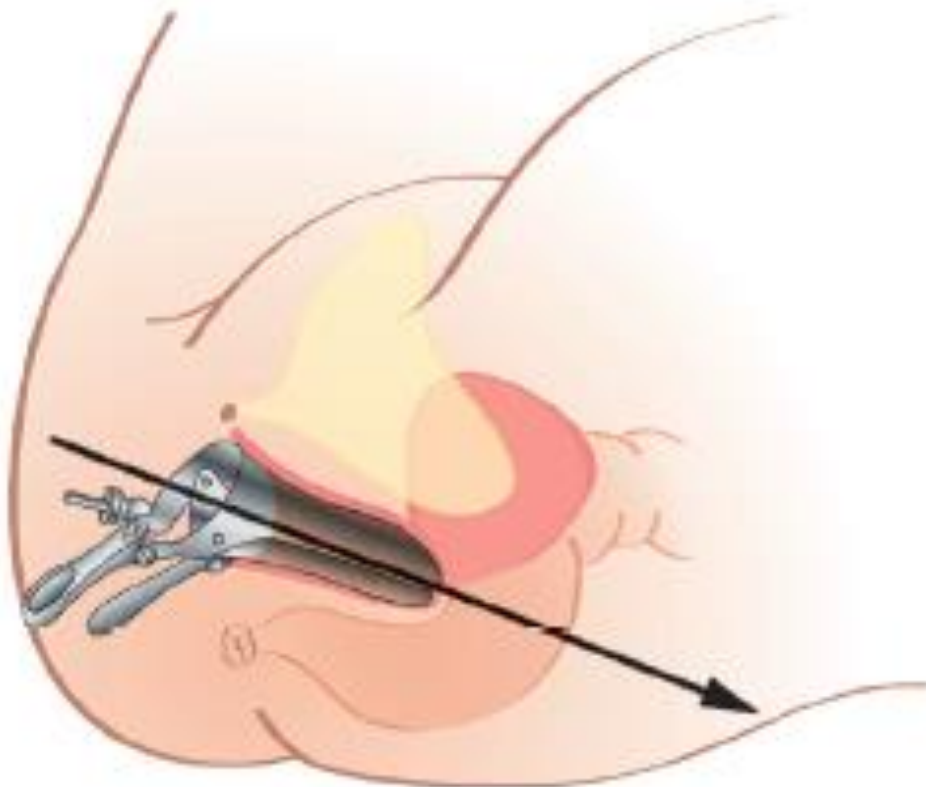


Figure3: Pose du spéculum [12].

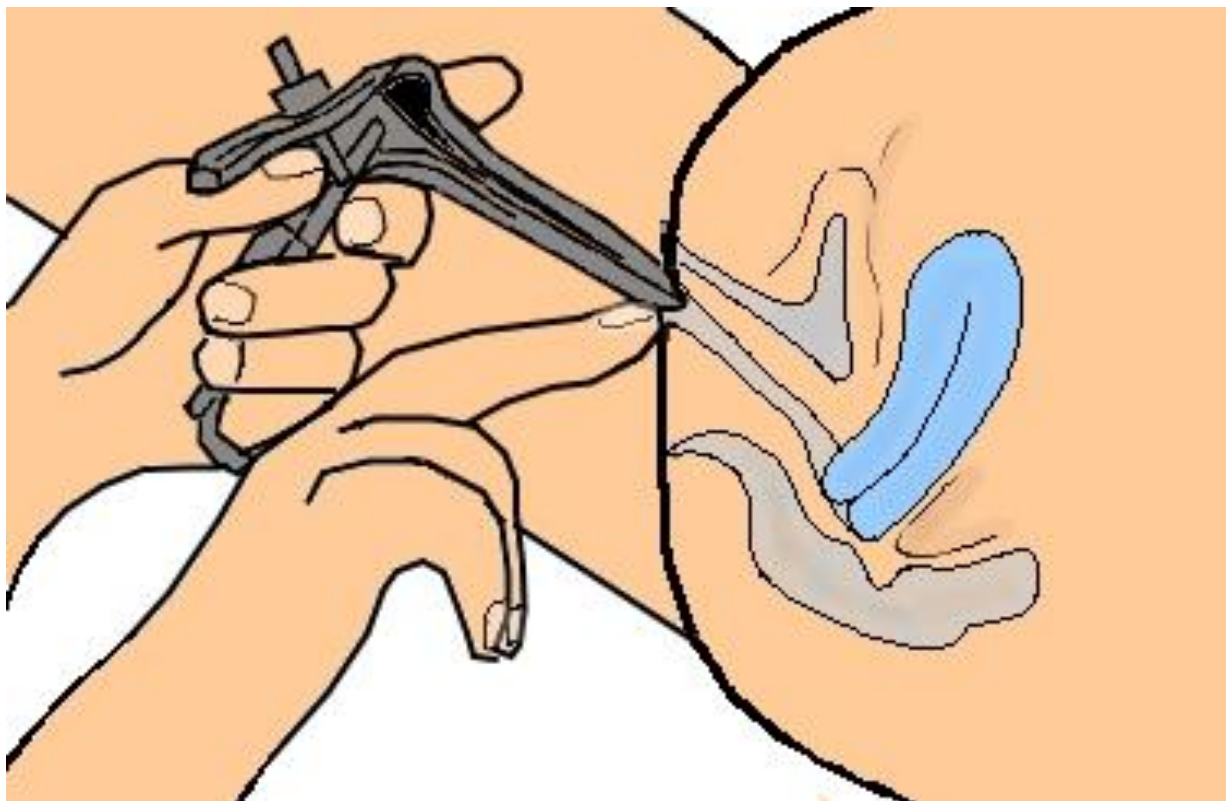


Figure 4: Pose du spéculum[12].

4.2 L'examen du col utérin :

Il est petit, conique avec un orifice punctiforme chez la nullipare, plus ou moins gros et déchiré chez la multipare. La zone de jonction squamo- cylindrique entre muqueuses de l'endo et de l'exocol est parfois visible spontanément, parfois elle est remontée dans l'endocol chez la ménopausée.

L'examen de la glaire cervicale :

C'est un examen simple, praticable au cabinet du médecin, et fournissant des renseignements importants en particulier dans les explorations de stérilité. Le moment privilégié de l'examen de la glaire cervicale se situe au point le plus bas de la courbe thermique, dans les 24 heures précédant l'ovulation. C'est alors que l'on peut apprécier au mieux ses caractères physiologiques.

La glaire cervicale est une sécrétion :

- Abondante,
- Claire, transparente comme de l'eau de roche,
- Filante, se laisse écarter sans se rompre, entre le mors d'une pince languette,
- Son PH est supérieur à 7, alcalin,
- Au microscope elle est acellulaire,
- Elle cristallise en feuille de fougère à la dessiccation lente.

Ces caractères correspondent à trois faits :

- Existence d'une bonne imprégnation oestrogénique, donc d'une sécrétion oestrogénique ovarienne probablement satisfaisante,
- Absence de sécrétion progestéronique : ceci signifie que la femme est en phase folliculinaire du cycle. Ces caractères de la glaire permettent en outre d'affirmer l'absence de grossesse actuelle puisqu'il n'y a pas d'imprégnation progestéronique,
- Absence d'infection de l'endocol, qui se traduit par la présence de polynucléaires dans une glaire louche et peu filante.

A l'opposé, la réapparition d'une glaire cervicale après la ménopause évoque une régénérescence folliculaire, une thérapeutique oestrogénique et, en son absence, invite de rechercher une tumeur ovarienne sécrétant.

4.3 L'examen du vagin :

Il est examiné en retirant le spéculum. On note sa trophicité, on recherche des leucorrhées, des irrégularités, voire des malformations du vagin. L'étude du vagin est également capitale dans les prolapsus.

5. Le toucher vaginal :

C'est l'introduction de deux doigts dans le vagin, il permet, couplé au palper abdominal, d'explorer la cavité pelvienne.

Technique : On utilise deux doigts (index et médium) ou un seul en cas d'atrophie vaginale (l'index), protégés par un doigtier stérile à usage unique.

Pour que l'exploration soit la plus profonde possible, il faut que le maximum de longueur digitale soit utilisable. L'index appuyant fortement sur la fourchette, le médium se dégage et vient très aisément se mettre à côté de l'index. Les doigts sont d'abord orientés en bas et en arrière (45° environ) puis on les horizontalise. La main abdominale « ramène » vers les doigts vaginaux le contenu viscéral pelvien.

Le TV permet d'apprécier les éléments suivants :

- La face postérieure de la vessie et l'urètre terminal,
- Le col utérin dans sa consistance, son volume, sa forme, sa mobilité, sa longueur, son ouverture,
- Le vagin et son cul de sac postérieur répondant au cul de sac de Douglas,

Le toucher bi-manuel apprécie à l'aide de la main abdominale posée sur l'hypogastre,

- Le corps utérin dans sa taille, sa position, sa forme, sa consistance, sa mobilité, sa sensibilité,

- Les annexes et notamment les ovaires sont palpables à travers les culs de sacs vaginaux latéraux.

Le TV est limité par :

- Le fait qu'un droitier explore mieux le côté droit du vagin, il peut être utile de répéter le toucher avec la main gauche,
- Les femmes obèses sont également difficiles à examiner car la main abdominale ne peut ramener correctement le fond utérin, la paroi étant trop épaisse,
- En cas d'atrophie vaginale, l'examen doit être fait à un seul doigt, il sera de toute façon pénible pour la patiente,
- Enfin chez une patiente vierge, il convient d'éviter l'examen au spéculum et le TV.

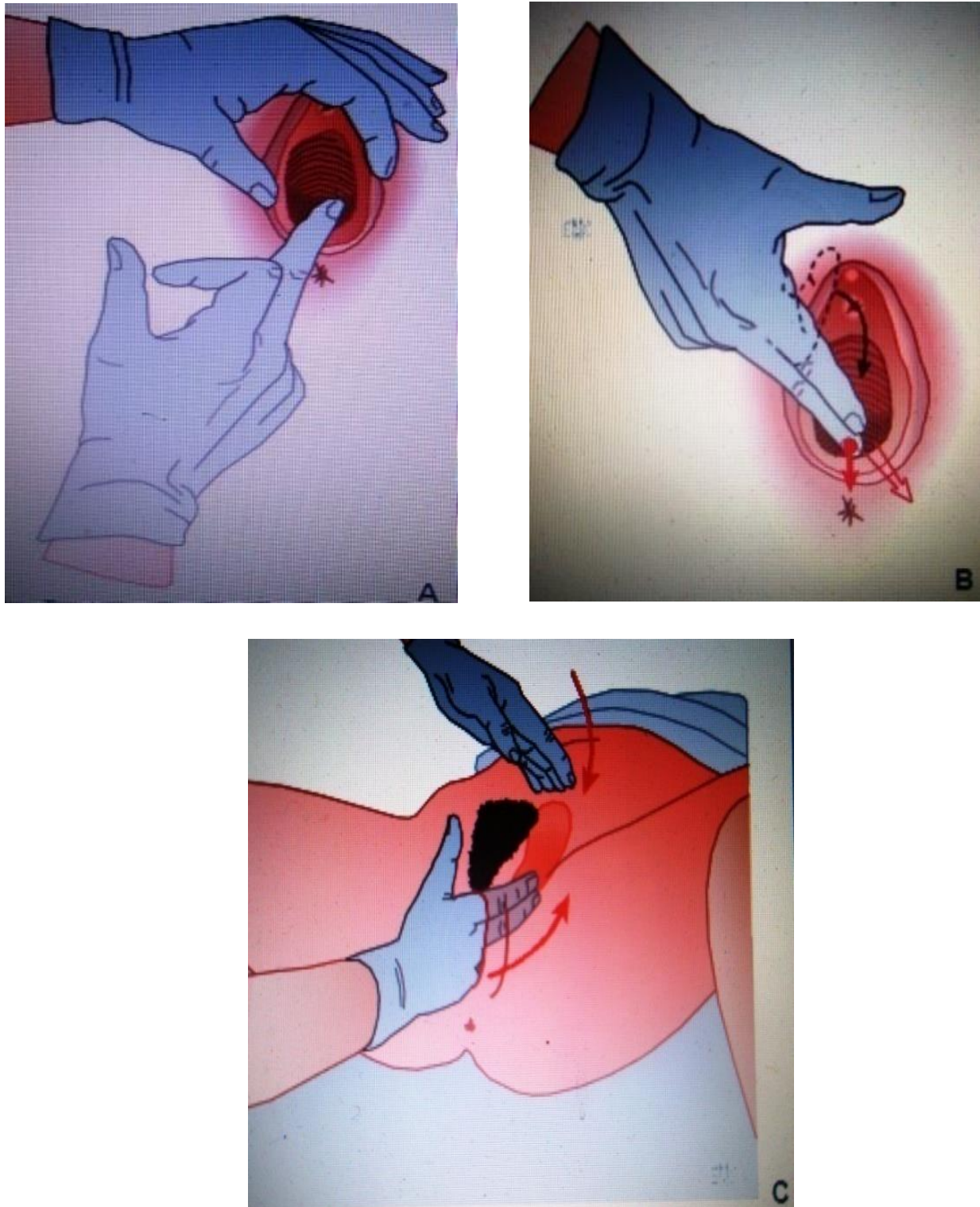


Figure 5: Technique du toucher vaginal : introduction des doigts[12].

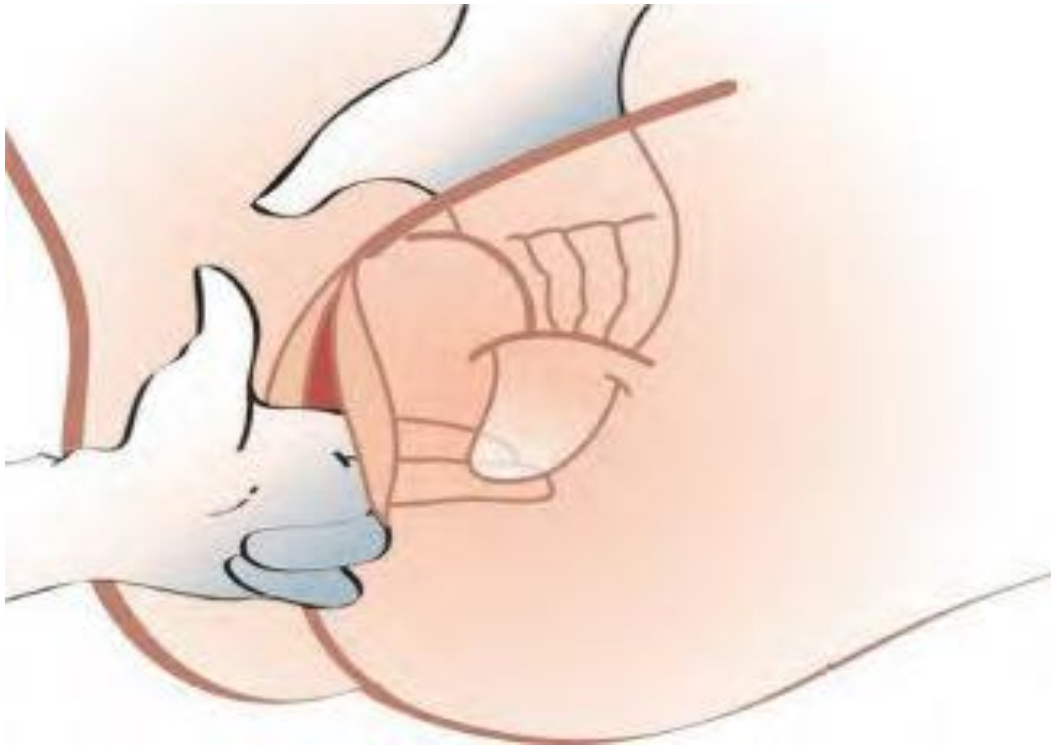


Figure 6:La main abdominale « ramène » vers les doigts vaginaux le contenu viscéral pelvien [17].

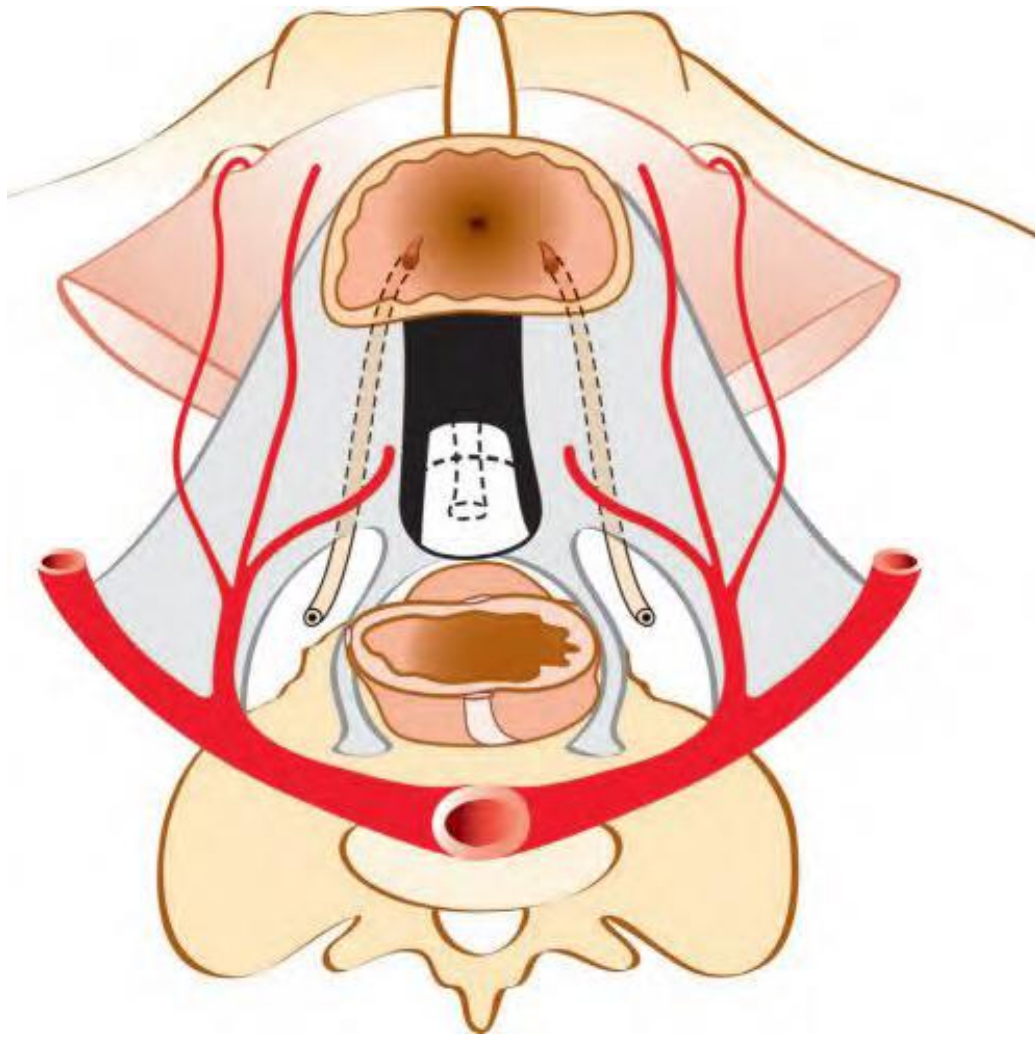


Figure 7:Le toucher vaginal permet l'exploration du pelvis [17].



Figure 8: Mobilisation du par le toucher vaginal[12].

6. Le toucher rectal :

Il n'est pas systématique, il peut être utile de le combiner au TV dans certaines situations (prolapsus, endométriose...). Il peut également rendre des services quand l'examen vaginal est peu performant (vierge, femme âgée). L'ensemble des données sera retranscrit dans l'observation clinique. En cas de symptômes les hypothèses diagnostiques seront listées.



Figure 9 :Toucher vaginal associer au toucher rectal [12].

7. L'examen sénologique ou examen des seins [18] :

L'examen des seins doit être systématique au cours de toute consultation gynécologique. Il peut faire suite ou précéder l'examen pelvien.

Il doit être fait de préférence en première partie du cycle car avant les règles les seins sont souvent plus congestifs, douloureux et plus difficiles à examiner. Il faut encourager les patientes à pratiquer l'auto-examen des seins. L'examen sénologique peut précéder ou faire suite à l'examen pelvien. On s'attachera à rechercher toute symptomatologie évocatrice ainsi que tout changement récent au niveau des seins : modifications cutanées, palpation de nodule, écoulement anormal

7.1 L'inspection des seins :

La patiente est torse nu. L'inspection se fait de face et de profil en position assise puis debout le dos courbé et les bras tendus en avant, les seins pendant librement ce qui permet de mieux visualiser des rétractions ou des voussures.

D'autres positions permettent de révéler des anomalies discrètes des contours du sein telles que les bras semi-fléchis avec les poings sur les hanches ou relevés sur la tête. Il est important de comparer les 2 seins. Il peut arriver, du fait de l'absence de régression de la bandelette mammaire pendant la période embryonnaire, qu'une femme présente un sein surnuméraire. On parlera alors de polymasties s'il y a plusieurs glandes mammaires et de polythélie devant plusieurs plaques aérolo-mamelonnaires (2 à 6 %). Ces seins surnuméraires doivent être examinés au même titre que les seins eutopiques.

On s'attachera à rechercher une :

- **Anomalie cutanée** : il peut s'agir d'une anomalie de couleur, amincissement de la peau qui devient luisante, apparition d'une zone inflammatoire rougeâtre, d'un érythème cutané, d'une lésion ulcérée, modification de la circulation cutanée. Il peut exister des phénomènes dits « de peau d'orange ». Rechercher une ride, un plissement, une dépression de la peau lors de la mobilisation.

- Dissymétries de taille ou de forme entre les 2 seins, bien qu'une discrète asymétrie soit fréquente et non pathologique. Toutefois, certaines tumeurs déforment le galbe du sein. On peut voir apparaître une rétraction, une voussure, un aplatissement anormal du sein.

- **Anomalies de l'aréole** : existence de mamelon ombiliqué, d'une rétraction du mamelon, d'un aspect framboisé eczématiforme d'une maladie de Paget, d'une ulcération, d'un écoulement.

7.2 La palpation des seins :

Il faut palper les seins de façon méthodique (quadrant par quadrant) dans le sens de l'aiguille d'une montre et comparative, du bord inférieur de la clavicule en haut jusqu'en dessous du sillon sous-mammaire en bas et jusqu'aux régions latérales du sein. La palpation s'effectue sur une patiente assise, debout puis couchée en se plaçant toujours du côté examiné. Elle est réalisée après s'être réchauffé les mains en les posant bien à plat par petits mouvements circulaires avec l'extrémité de l'index et du médus en exerçant une légère pression de la glande mammaire sur le grill costal. La palpation des quadrants internes se fait bras relevés, la palpation des quadrants externes se fait bras le long du corps.

On recherchera des nodules, des zones empâtées correspondant à de la mastose, des zones douloureuses. La topographie des anomalies doit être précisée.

Description d'un nodule au niveau du sein :

- Sièges : quadrant ou horaire et distance mamelonnaire, uni ou bilatéral
- Taille, nodule unique ou multiple,
- Forme : rond, discoïde, contours réguliers ou irréguliers, bien ou mal limités, uni ou polylobés
- Consistance : masse molle, ferme ou dure, élastique
- Sensibilité : douleur à la palpation
- Mobilité : rechercher une adhérence à la peau, au grand pectoral ou à la paroi thoracique en mobilisant la tumeur sous la peau ou en faisant

contracter le grand pectoral par une adduction contrariée du bras (manœuvre de Tillaux).

- Évolution de la tumeur ou vitesse de croissance entre deux consultations.

La dextérité d'un praticien, même entraîné, ne permet pas déceler des tumeurs inférieures à 2 cm. L'examen clinique peut être insuffisant dans ce contexte et doit être complété par des examens complémentaires de dépistage.

On recherchera également un écoulement mammaire dont il faudra apprécier :

le caractère uni ou bilatéral, uni ou pluri galactophorique, spontané ou provoqué par la pression du sein et l'expression du mamelon entre le pouce et l'index ;

- Le volume,
- La couleur (incolore, brun, vert, séreux ou sanglant = suspect) et
- La consistance.

La recherche topographique du quadrant d'où provient l'écoulement se fera par pression douce sur le sein à l'aide d'un doigt, de la périphérie vers le mamelon afin d'identifier le galactophore impliqué.

7.3 La palpation des aires ganglionnaires :

L'examen des seins s'accompagne toujours de la palpation des aires ganglionnaires axillaires et sus claviculaires quel que soit le résultat de l'exploration. L'examineur insinue ses doigts vers le sommet du creux axillaire, en arrière du tendon du muscle grand pectoral, puis inspecte la face externe et termine par les creux sous et sus claviculaires à la recherche d'une ou plusieurs adénopathies dont il faudra préciser la topographie, le caractère (banales, nodules petits, durs, réguliers, mobiles ou fixés entre eux et aux autres éléments). L'absence de ganglion suspect ou même palpable ne préjuge pas de l'absence d'envahissement ganglionnaire histologique.

Toute anomalie observée à l'inspection et/ou la palpation des seins sera reportée sur un schéma récapitulatif daté et précis.

7.4 Le rythme des examens gynécologiques [2]:

Il faut distinguer le suivi systématique sur le plan gynécologique et les consultations motivées par une pathologie.

Un examen gynécologique systématique doit être réalisé tous les ans à partir du début de l'activité sexuelle. Ces examens devraient être poursuivis tout au long de la vie de la patiente. Les frottis doivent commencer également avec la vie sexuelle. L'examen des seins doit commencer de manière annuelle vers la trentaine (et souvent avant chez les femmes à risque de cancer familial) et poursuivi toute la vie ; le cancer du sein étant très fréquent chez la femme âgée.

En plus de ces examens systématiques, qui correspondent souvent au renouvellement d'une pilule, à une surveillance de stérilet ou d'un traitement substitutif de ménopause, il faut apprendre aux patientes à consulter en cas de problème. Cette notion n'est pas toujours bien perçue par les patientes qui ne s'inquiètent pas pour une métrorragie post-ménopausique, une boule dans le sein ou une incontinence urinaire d'effort. Le rôle du médecin est donc fondamental dans l'éducation de la patiente, à ce qui doit l'amener à consulter.

Il est parfois nécessaire de faire des examens complémentaires.

PATIENTES ET METHODE

III. PATIENTES ET METHODE

1. Cadre d'étude :

Il s'agissait d'une étude, est une étude multicentrique réalisée dans cinq localités rurales aux cultures différentes de la République du Mali.

Les différents sites concernés par cette étude étaient des CS Com, des Cabinets Médicaux et des cases sanitaires régulièrement visité par les équipes mobiles de Marie Stopes International (Région de Kita, Région de San, Région Ségou, Région de Koutiala et la Région de Bougouni).

Chaque équipe mobile est composé de quatre personnes : un Médecin, responsable de l'équipe, une sage-femme qui fournit les différentes prestations en santé de la reproduction, un agent marketing, qui assure la liaison avec les responsables des différentes structures concernées par les visites des équipes mobiles et en fin un chauffeur.

2. Type d'étude :

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

3. Période d'étude :

L'étude s'est déroulée du 20 Juin au 15 Juillet 2022 dans les cinq localités de la république du Mali.

4. Population d'étude :

Notre population d'étude était constituée par les femmes ayant l'âge de procréer admises en consultation dans les structures de santé des localités concernées en notre présence.

5. Echantillonnage :

5.1 Critère d'inclusion :

Toutes les femmes en activité génitale en post ménopause ayant consulté dans le service durant la période d'étude et qui ont acceptés de participer à l'étude.

5.2 Critères de non inclusion :

N'ont pas été retenues dans notre étude, les femmes n'ayant pas accepté de participer à l'étude.

5.3 Taille de l'échantillon

Nous avons fait un échantillonnage exhaustif de toutes les admissions répondant aux critères d'inclusion.

6. Collecte des données :

Les données ont été recueillies à travers des entretiens semi directifs réalisés auprès des femmes et qui ont accepté d'apposer leurs signatures sur la fiche de consentement éclairé. Un guide d'entretien standard a été rédigé dès le départ avec des questions portant sur les thèmes les plus significatifs liés aux pathologies gynécologiques et mammaires

7. Déroulement de l'enquête :

Nous avons au préalable présente une lettre d'introduction au médecin chef du centre avant qu'il nous autorise officiellement à mener l'enquête. Quant aux femmes qui ont participé à l'enquête, elles ont été sélectionnées au hasard des rencontres. La conformité aux critères d'inclusion et l'accord préalable de la femme étaient les conditions nécessaires pour participer à l'étude. Une fiche de consentement éclairer a été signé par chaque participante.

Toutes les données ont fait l'objet d'une saisie dans le logiciel SPSS version 20.0 pour assurer une fiabilité des données et le test statistique utilisé était le test de Khi-2.

8. Aspect éthique :

Les aspects éthiques ont été respectés.

9. Variables et sources de collecte des données :

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

Tableau I : Variables et sources de collecte des données

Variables	Type	Echelle de mesures	Sources de collecte
Age	Quantitative discontinue	Année	Fiche d'enquête
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	
Leucorrhée	Qualitative nominative	1=Physiologique 2= Pathologique	
Antécédents	Qualitative nominative	1=Médicaux 2=Chirurgicaux 3=Gynéco-obstétricaux	
	Quantitative Discontinue	1=Gestité 2= Parité	
Niveau d'étude	Qualitative nominative	1=Non Scolarisée 2=Primaire 3=Secondaire	
Motifs de consultation	Qualitative nominative	Exemple : Leucorrhée	
Seins	Qualitative nominative	1=Normaux 2= Anormaux	
Masse mammaire	Qualitative nominative	1=Oui 2= Non	
Col sain	Qualitative nominative	1=Oui 2= Non 3= Autre	
Col	Qualitative nominative	1=Normal 2= IVA 3= IVL	



RESULTATS

IV. RESULTATS

1. Fréquence :

Nous avons consulté 406 patientes venues de 20 CS Com de cinq Régions de la République du Mali.

Parmi les 406 femmes consultées, **148(36,5%)** avaient une pathologie gynécologique ou mammaire.

L'ensemble des patientes ayant consulté étaient venues d'elles-mêmes en dehors de tous contexte urgences pour des motifs diverses.

Tableau III : Répartitions des femmes ayant une pathologie gynécologique ou mammaire selon le site de consultation

Site de Consultation	Pathologie gynécologique	Pas de pathologie gynécologique	Khi ² <i>p</i>
CS Com Central de Bla	14(38,9)	22(61,1)	
CS Com de Bougouni	13(22,4)	45(77,6)	
CS Com de Dougouwolo	2(18,2)	9(81,2)	
CS Com de Farisouma	1(6,7)	14(93,3)	
CS Com de Kamona	13(72,2)	5(27,8)	<i>p</i> : 0,000
CS Com de Kita	31(42,5)	42(57,5)	
CS Com de Koutiala	29(35,8)	52(64,2)	
CS Com de N'Djèla	10(66,7)	5(33,3)	
CS Com de N'Golokouna	10(58,8)	7(41,2)	
CS Com de Saminè	19(35,8)	34(64,2)	
CS Com de Sébougou	3(13,6)	19(86,4)	
CS Com de Tiemena	3(42,9)	4(57,1)	

CS Com : Centre de santé communautaire

2. Profil sociodémographique des patientes :

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

Tableau II : Relation entre les pathologies gynécologique et le statut sociodémographiques des patientes

Caractéristiques Sociodémographiques	Pathologie gynécologique	Pas de pathologie gynécologique	Khi² <i>p</i>
Tranche d'âge			
≤19	15(10,1)	48(18,6)	<i>p</i> : 0,072
20-49	127(85,8)	202(78,3)	
≥50	6(4,1)	8(3,1)	
Profession			
Ménagère	113(76,4)	158(59,7)	<i>p</i> : 0,002
Commerçante/ Vendeuse	8(5,4)	15(5,8)	
Elève/Étudiante	22(14,9)	83(32,2)	
Fonctionnaire	5(3,4)	6(2,3)	
Autre	0(0)	0(0)	
Niveau d'étude			
Non scolarisé	100(67,6)	143(55,4)	<i>p</i> : 0,048
Primaire	41(27,7)	94(36,4)	
Secondaire	7(4,7)	21(8,1)	
Statut matrimonial			
Mariée	132(89,2)	210(81,4)	<i>p</i> : 0,161
Célibataire	16(10,8)	45(17,4)	
Divorcée	0(0)	2(0,8)	
Veuve	0(0)	1(0,4)	

Tableau IV : Répartitions des femmes ayant une pathologie gynécologique ou mammaire en fonction de leurs motifs de consultation

Motifs de consultation	Pathologie gynécologique ou mammaire		Total 406
	Oui	Non	
Leucorrhées	83(74,8)	28(25,2)	111(27,3)
Algie pelvienne	0	6(100)	6(1,5)
Saignement anormal	2(100)	0	2(0,5)
Désir de grossesse	3(100)	0	3(0,7)
Bouffée de chaleur	1(50)	1(50)	2(0,5)
Prurit vulvaire	23(85,2)	4(14,8)	27(6,6)
Mastodynie	1(100)	0	1(0,2)
Dyspareunie	3(100)	0	3(0,7)
Masse mammaire	4(80)	1(20)	5(1,2)
Trouble du cycle	5(62,5)	3(37,5)	8(1,9)
Désir de contraception	20(8,8)	207(91,2)	227(55,9)
Autres motif gynécologique	1(20)	4(80)	5(1,2)
Dépistage	2(33,3)	4(66,7)	6(1,5)

Tableau V : Répartition des motifs de consultation en fonction des tranches d'âges

Motif de consultation	Pathologie gynécologique ou mammaire						Total 406
	Oui			Non			
	<20 ans N(15)	20 -49 ans N(127)	>49 ans N(6)	<20 ans N(48)	20 -49 ans N(127)	>49 ans N(6)	
Leucorrhée	8(61,5)	74(76,3)	1(100)	5(38,5)	23(23,7)	0	111
Algie pelvienne	0	0	0	6(100)	0	0	6
Mastodynie	0(0)	0(0)	1(100)	0	0	0	1
Dyspareunie	0(0)	3(100)	0(0)	0	0	0	3
Prurit vulvaire	0(0)	22(84,6)	1(100)	0	4(15,4)	0	27
Trouble du cycle	4(80)	1(50)	0(0)	1(20)	1(50)	1(100)	8
Masse mammaire	1(100)	3(75)	0(0)	0	1(25)	0	5
Désir de grossesse	0(0)	3(100)	0(0)	0	0	0	3
Bouffée de chaleur	0(0)	0(0)	1(50)	0	0	1(50)	2
Saignement anormal	0(0)	2(100)	0(0)	0	0	0	2
Désir de contraception	2(5,3)	18(9,6)	0(0)	36(94,7)	169(90,4)	2(100)	227
Autres motifs gynécologique	0(0)	1(20)	0(0)	0	4(80)	0	5
Dépistage des lésions précancéreuses	0(0)	0(0)	2(33,3)	0	0	4(66,7)	6

Tableau VI : Répartition des motifs de consultation en fonction des statuts matrimoniaux

Motif de consultation	Pathologie gynécologique ou mammaire						Total 406
	Oui		Non				
	Mariée N(132)	Célibataire N(16)	Mariée N(210)	Célibataire N(45)	Divorcée N(2)	Veuve N(1)	
Leucorrhée	72(74,2)	11(78,6)	25(25,8)	3(21,4)	0	0	111)
Algie pelvienne	0	0	3(100)	3(100)	0	0	6
Saignement anormal	2(100)	0(0)	0	0	0	0	2
Désir de grossesse	3(100)	0(0)	0	0	0	0	3
Bouffée de chaleur	1(100)	0(0)	0	0	0	1(100)	2
Prurit vulvaire	22(88)	1(650)	3(12)	1(50)	0	0	27
Mastodynie	1(100)	0(0)	0	0	0	0	1
Dyspareunie	3(100)	0(0)	0	0	0	0	3
Masse mammaire	4(80)	0(0)	1(20)	0	0	0	5
Trouble du cycle	2(20)	3(18,8)	3(60)	0	0	0	8)
Désir de contraception	19(10,2))	1(2,6)	168(89,8)	37(97,4)	2(100)	0	227
Autres motifs gynécologique	1(20)	0(0)	4(80)	0	0	0	5
Lésions précancéreuses	2(40)	0(0)	3(60)	1(100)	0	0	6

p : 0,000

Tableau VII : Répartition des motifs de consultation en fonction de la gestité

Motif de consultation	Pathologie gynécologique ou mammaire							
	Oui				Non			
	Nulligeste	Primigeste	Multigeste	Grande multigeste	Nulligeste	Primigeste	Multigeste	Grande multigeste
	N(15)	N(22)	N(80)	N(31)	N(37)	N(43)	N(141)	N(37)
Leucorrhée	7(87,5)	13(56,5)	37(69,8)	26(96,3)	1(12,5)	10(43)	16(30,2)	1(3,7)
Algie pelvienne	0	0	0	0	1(100)	5(100)	0	0
Saignement anormal	0(0)	0(0)	1(100)	1(100)	0	0	0	0
Désir de grossesse	1(100)	0(0)	2(100)	0(0)	0	0	0	0
Bouffée de chaleur	0(0)	0(0)	1(50)	0(0)	0	0	1(50)	0
Prurit vulvaire	1(100)	4(100)	17(81)	1(100)	0	0	4(19)	0
Mastodynie	0(0)	0(0)	1(100)	0(0)	0	0	0	0
Dyspareunie	0(0)	2(100)	1(100)	0(0)	0	0	0	0
Masse mammaire	0(0)	1(100)	3(100)	0(0)	0	0	0	1(100)
Trouble du cycle	4(80)	0(0)	1(50)	0(0)	1(20)	0	1(50)	1(100)
Désir de contraception	2(5,6)	1(3,4)	14(10,8)	3(9,4)	34(94,4)	28(96,6)	116(89,2)	29(90,6)
Autres motifs gynécologique	0(0)	1(100)	0(0)	0(0)	0	1	2(100)	2(100)
Dépistage LPC	0(0)	0(0)	2(66,7)	0(0)	0	0	1(33,3)	3(100)

p : 0,000

Tableau VIII : Répartition des motifs de consultation en fonction de la parité

Motif de consultation	Pathologie gynécologique ou mammaire							
	Oui				Non			
	Nulliparité	Primipare	Multi pare	Grande Multipare	Nulliparité	Primipare	Multi pare	Grande Multipare
	N(15)	N(23)	N(80)	N(30)	N(35)	N(44)	N(143)	N()
Leucorrhée	7(87,5)	13(56,5)	38(70,4)	25(96,2)	1(12,5)	10(48,5)	16(29,6)	1(3,8)
Algie pelvienne	0	0	0	0	1(100)	5(100)	0	0
Saignement anormal	0(0)	0(0)	1(100)	1(100)	0	0	0	0
Désir de grossesse	1(100)	0(0)	2(100)	0(0)	0	0	0	0
Bouffée de chaleur	0(0)	0(0)	1(50)	0(0)	0	0	1(50)	0
Prurit vulvaire	1(100)	4(100)	16(80)	1(100)	0	0	4(20)	0
Mastodynie	0(0)	0(0)	1(100)	0(0)	0	0	0	0
Dyspareunie	0(0)	2(100)	1(100)	0(0)	0	0	0	0
Masse mammaire	0(0)	1(100)	3(100)	0(0)	0	0	0	1(100)
Trouble du cycle	4(80)	0(0)	1(50)	0(0)	1(20)	1(100)	1(50)	1(100)
Désir de contraception	2(5,6)	1(3,4)	14(10,6)	3(10)	34(94,4)	28(96,6)	118(89,4)	27(90)
Autres motifs gynécologique	0(0)	1(100)	0(0)	0(0)	0	1	2(100)	2(100)
Dépistage LPC	0(0)	0(0)	2(66,7)	0(0)	0	0	1(33,3)	3(100)

p : 0,000

Tableau IX : Répartition des motifs de consultations en fonction des niveaux d'étude

Motif de consultation	Pathologie gynécologique ou mammaire						Total N(406)
	Oui			Non			
	Non scolarisée N(100)	Primaire N(41)	Secondaire N(7)	Non scolarisée N(143)	Primaire N(94)	Secondaire N(21)	
Leucorrhée	52(77,6)	26(72,2)	5(62,5)	15(22,4)	10(27,8)	3(37,5)	111
Algie pelvienne	0	0	0	0	4(100)	2(100)	8
Saignement anormal	2(100)	0	0	0	0	0	2
Désir de grossesse	2(100)	0	1(100)	0	0	0	3
Bouffée de chaleur	1(50)	0	0	1(50)	0	0	2
Prurit vulvaire	20(83,3)	3(100)	0	4(16,7)	0	0	27
Mastodynie	1(100)	0	0	0	0	0	1
Dyspareunie	2(100)	1(100)	0	0	0	0	3
Masse mammaire	3(75)	1(100)	0	1(25)	0	0	5
Trouble du cycle	1(50)	4(80)	0	1(50)	1(20)	1(100)	8
Désir de contraception	13(10 ,4)	6(7,1)	1(5,9)	112(89,6)	79(92,9)	16(94,1)	227
Autres motifs gynécologique	1(20)	0	0	4(80)	0	0	5
Dépistage LPC	2(33,3)	0	0	4(66,7)	0	0	6

p : 0,004

Tableau X : Répartition des motifs de consultations en fonction des professions

Motif de consultation	Pathologie gynécologique ou mammaire								Total 406
	Non				Oui				
	Ménagère N(113)	Vendeuse/ Commerçante N(8)	Elève/ Etudiante N(22)	Fonctionnaire N(5)	Ménagère N(154)	Vendeuse/ Commerçante N(15)	Elève/ Etudiante N(83)	Fonctionnaire N(6)	
Leucorrhée	64(75,3)	3(50)	13(76,5)	3(100)	21(24,7)	3(50)	4(23,5)	0	111
Algie pelvienne	0	0	0		3(100)	0	3(100)		6
Saignement anormal	2(100)	0	0		0	0	0		2
Désir de grossesse	2(100)	0	0	1(100)	0	0	0	0	3
Bouffée de chaleur	1(50)	0	0		1(50)	0	0		2
Prurit vulvaire	20(87)	1(50)	2(100)		3(13)	1(50)	0		27
Mastodynie	1(100)	0	0		0	0	0		1
Dyspareunie	3(100)	0	0		0	0	0		3
Masse mammaire	3(75)	1(100)	0		1(25)	0	0		5
Trouble du cycle	1(33,3)	0	4(100)		2(66,7)	1(100)	0		8
Désir de contraception	13(10)	3(25)	3(3,8)	1(14,3)	117(90)	9(75)	75(96,2)	6(85,7)	227
Autres motifs gynécologique	1(25)	0	0		3(75)	1(100)	0		5
Dépistage LPC	2(40)	0	0		3(60)	0	1(100)		6

3. Fréquence des pathologies diagnostiquées

Tableau XI : Répartition des Pathologies en fonction des tranches d'âges

Pathologies	Tranche d'âge			Total 148
	<20 ans N(15)	20 -49 ans N(127)	>49 ans N(6)	
Abcès du sein	0(0)	4(3,1)	0(0)	4(2,7)
Nodule du sein	1(6,7)	3(2,4)	2(33,3)	6(4,1)
Engorgement mammaire	1(6,7)	0(0)	0(0)	1(0,7)
Galactorrhée	1(6,7)	0(0)	0(0)	1(0,7)
Mastite infectieuse	0(0)	2(1,6)	0(0)	2(1,4)
Infertilité	0(0)	2(1,6)	0(0)	2(1,4)
Fibrome utérin	0(0)	2(1,6)	0(0)	2(1,4)
Dysménorrhée primaire	2(13,3)	0(0)	0(0)	2(1,4)
Complication post contraception	0(0)	3(2,4)	0(0)	3(2,1)
Vulvo-vaginite	3(20,0)	45(35,4)	0(0)	48(32,4)
Vaginose bactérienne	2(13,2)	23(18,1)	1(16,7)	26(17,6)
Cervicite	2(13,2)	34(26,8)	0(0)	36(24,3)
Lésion précancéreuse	0(0)	7(5,5)	3(50,0)	10(6,8)

p : 0,003

NB : Les diagnostics ont été posés sur la base de l'évaluation clinique sans réalisation d'aucun examen complémentaire.

Nous avons considéré comme lésion précancéreuses, les IVA/IVL positif, sans confirmation histologique

Tableau XII : Répartition des Pathologies en fonction de la profession

Pathologies	Profession				Total
	Ménagère	Vendeuse/ Commerçante	Elève/ Etudiante	Fonctionnaire	
	N(113)	N(8)	N(22)	N(5)	
Abcès du sein	2(1,8)	1(12,5)	0(0)	1(20,0)	4(2,7)
Nodule du sein	6(5,3)	0(0)	0(0)	0(0)	6(4,1)
Engorgement mammaire	0(0)	0(0)	1(4,5)	0(0)	1(0,7)
Galactorrhée	0(0)	0(0)	1(4,5)	0(0)	1(0,7)
Mastite infectieuse	2(1,8)	0(0)	0(0)	0(0)	2(1,4)
Infertilité	1(0,9)	0(0)	0(0)	1(20,0)	2(1,4)
Fibrome utérin	2(1,8)	0(0)	0(0)	0(0)	2(1,4)
Dysménorrhée primaire	0(0)	0(0)	2(9,1)	0(0)	2(1,4)
Complication post contraception	3(2,7)	0(0)	0(0)	0(0)	3(2,1)
Vulvo-vaginite	37(32,7)	2(25,0)	8(58,3)	1(20,0)	48(32,4)
Vaginose bactérienne	21(18,6)	2(25,0)	3(13,6)	0(0)	26(17,6)
Cervicite	29(25,7)	3(37,5)	2(9,1)	2(40,0)	36(24,3)
Lésion précancéreuse	9(8,0)	0(0)	1(4,5)	0(0)	10(6,8)

p : 0,004

Tableau XIII : Répartition des pathologies en fonction du niveau d'étude

Pathologies	Niveau d'étude			148
	Non scolarisée	Primaire	Secondaire	
	N(100)	N(41)	N(7)	
Abcès du sein	3(3,0)	0(0)	1(14,3)	4(2,7)
Nodule du sein	5(5,0)	1(2,4)	0(0)	6(4,1)
Engorgement mammaire	0(0)	1(2,4)	0(0)	1(0,7)
Galactorrhée	0(0)	1(2,4)	0(0)	1(0,7)
Mastite infectieuse	2(2,0)	0(0)	0(0)	2(1,4)
Infertilité	0(0)	1(2,4)	1(14,3)	2(1,4)
Fibrome utérin	2(2,0)	0(0)	0(0)	2(1,4)
Dysménorrhée primaire	0(0)	2(4,9)	0(0)	2(1,4)
Complication post contraception	3(3,0)	0(0)	0(0)	3(2,1)
Vulvo-vaginite	33(33,0)	18(43,9)	2(28,6)	53(35,8)
Vaginose bactérienne	21(21,0)	4(9,8)	1(14,3)	26(17,6)
Cervicite	22(22,0)	12(29,3)	2(28,6)	36(24,3)
Lésion précancéreuse	9(9,0)	1(2,4)	0(0)	10(6,8)

p : 0,009

4. Traitement :

Tableau XIV : Répartition selon les traitements reçus

Type de traitement	Effectif	Pourcentage
Antibiotique	68	45,9
Antimycosique	50	33,7
Antalgique	7	4,7
Anti-inflammatoire	2	1,3
Traitement hormonal	5	3,7
Thermoablation (des IVA/IVL Positifs)	10	6,7
Antihypertenseur	2	1,3
Traitement chirurgical (mise à plat de l'abcès)	4	2,7

Nous avons prodigué des conseils pratiques aux autres femmes qui n'avaient pas de pathologies gynécologiques et mammaires.

Conseils pratique : Eviction des comportements à risque des MST, conseil sur les avantages et rythme du dépistage des pathologies mammaires et cervicale, les avantages et effets secondaires des méthodes contraceptives, avantages des consultations prénatales.

Figure 10 : Algorithme de prise en charge des leucorrhées selon l'approche syndromique

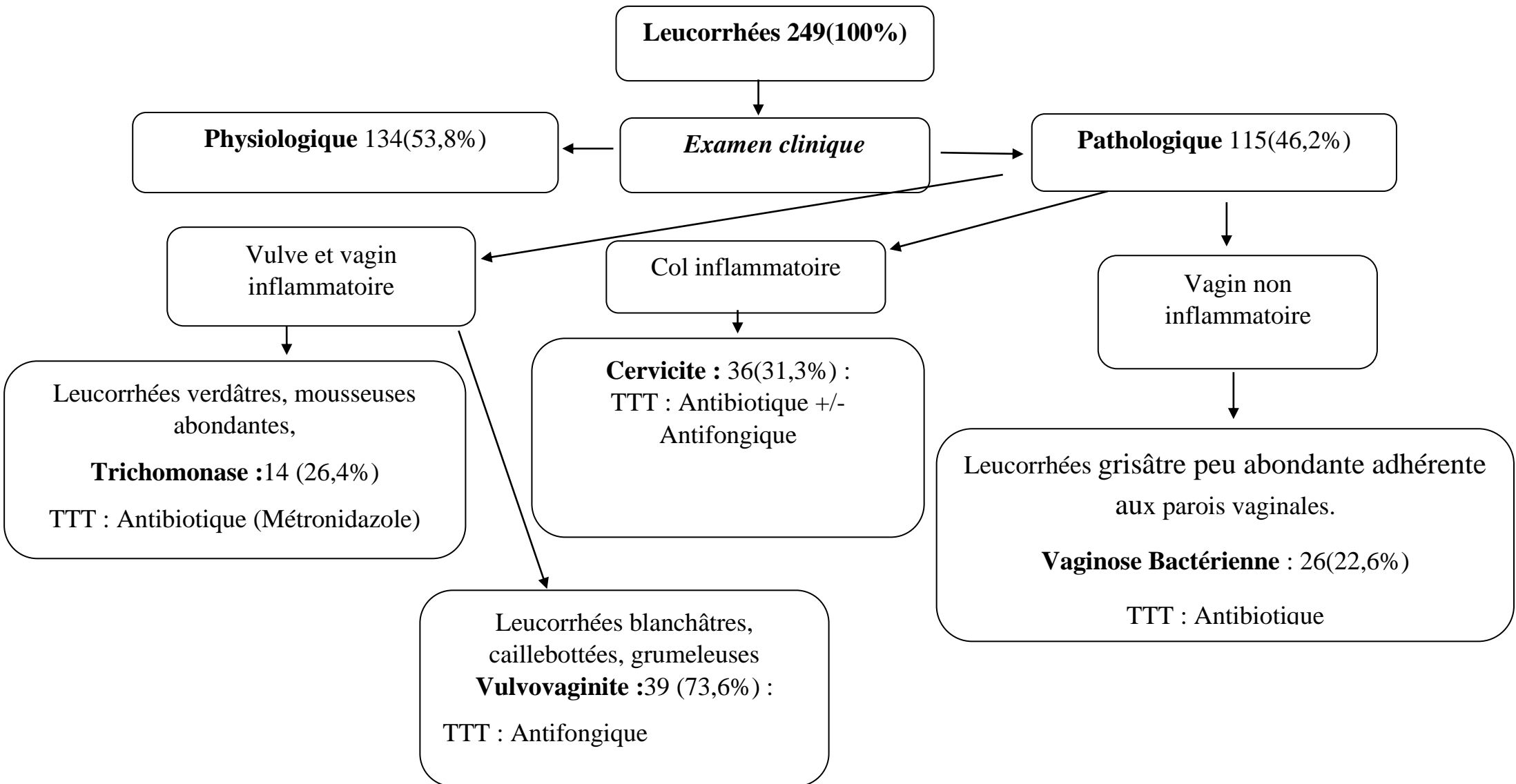
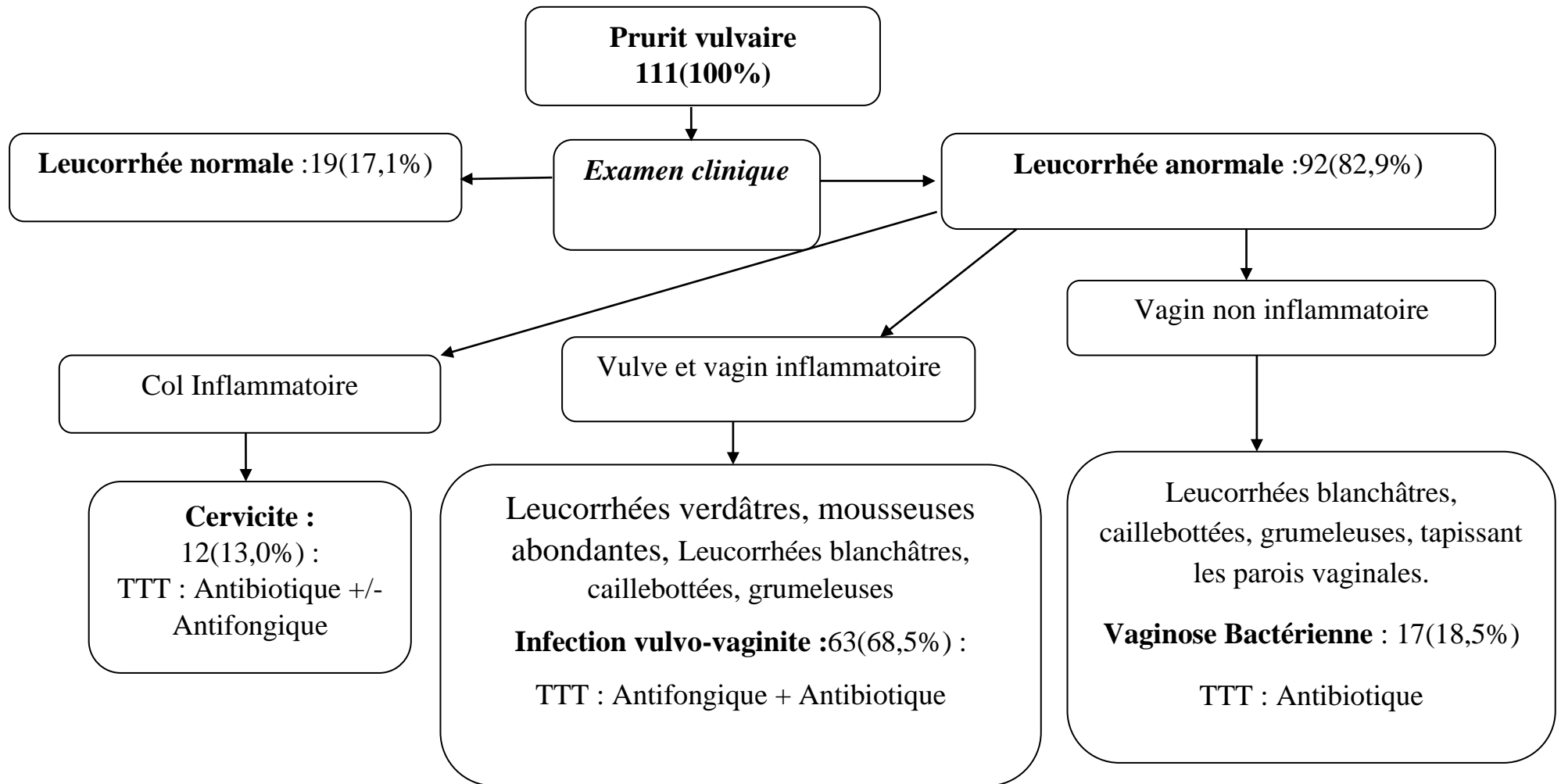


Figure 11 : Algorithme de prise en charge des prurits selon l'approche syndromique



**COMMENTAIRES ET
DISCUSSION**

V. COMMENTAIRES ET DISCUSSION

1. Aspects méthodologiques :

Nous avons réalisé une étude multicentrique transversale descriptive avec collecte prospective des données. Elle nous a permis de colliger 406 patientes correspondant à la taille de l'échantillon.

La principale limite de cette étude était le biais de recrutement lié à l'âge. En effet, il s'agissait d'une campagne de promotion de la planification familiale à laquelle a été associée d'autres activités de santé de la reproduction telle que le dépistage du cancer du col de l'utérus et la prise en charge des pathologies diagnostiquées. Cependant elle a l'avantage d'être une des premières études à notre connaissance qui donne la fréquence des pathologies gynécologiques en milieu rural dans une population tout venant.

Sous réserve des limites ci-dessus évoqué, il ressort que :

- Les 1/3 des femmes en milieu rural en bonne santé apparente présentent une pathologie gynécologique.
- Les leucorrhées ont constitué la première plainte qui amène les femmes à consulter. Elles étaient physiologiques dans (53,8%) des cas.
- L'infection gynécologique est la pathologie la plus représentée avec 3/4 des cas et dominés par les vulvo-vaginites.
- Elles étaient suivies par les pathologies mammaires qui représentaient (9,6%) des cas.
- Les pathologies mammaires elles aussi étaient dominées par l'infection type de mastite/abcès observé à une fréquence similaire à celle du nodule du sein (4,1).
- Environ (7%) de lésion précancéreuse ont été observé et traité selon l'approche dépisté et traité.

2. Fréquence des motifs de consultation :

Dans notre étude, de générale, les principaux motifs de consultation étaient dominés par le désir de contraception (55,9%), les leucorrhées (27,3%), prurit vulvaire (6,6%).

Une étude réalisée à l'Hôpital Gabriel en 2021 avaient trouvé comme principaux motifs de consultation les leucorrhées (34,8%), suivies des algies pelviennes (30,6%), les prurits vulvaires (25,1%) et le désir de grossesse (21,1%) [5].

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 [19]. Par contre, au CHU du Point G, [4] 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.

Notre résultat est proche du celui d'une étude menée en Ile de France en 2010, qui avaient trouvé que les 3 motifs de consultation gynécologique les plus fréquemment rencontrés par les médecins généralistes étaient la contraception (84,7%), les douleurs pelviennes (42,4%), les pathologies infectieuses gynécologique (35,7%).

Il ressort de l'analyse du résultat de ces études que la fréquence des motifs de consultation varie selon le niveau des pyramides sanitaire, d'un pays à un autre mais aussi d'un continent à un autre. Cette variation existe également au sein des populations étudiées.

Il est important de préciser que le contexte socio-culturel au Mali fait que beaucoup de motif passe sous silence, elles utilisent d'autres formules ou langage pour parler de leurs symptômes gynécologique imputable au modèle éducatif traditionnel.

3. Caractéristiques sociodémographiques des patientes :

Nous étudions 406 patientes venues en consultation pour des motifs divers et variés. La majorité des femmes avait un âge compris entre 20 et 49 ans avec un maximum de 53 ans et un minimum de 13 ans.

Les adolescentes (âge inférieur à 20 ans) ont représenté (10,1%) des femmes qui avaient une pathologie gynécologique et (18,6%) des femmes qui n'avaient pas de pathologie gynécologique.

La tranche d'âge 20-49 ans était la plus nombreuse parmi celles qui avaient une pathologie gynécologique soit (85,8%), il en était de même pour les femmes qui n'avaient pas de pathologie gynécologique (78,8%).

Les femmes âgées de plus de 49 ans représentaient (4,1%) des femmes qui avaient un problème gynécologique et (3,1%) de celles qui n'avaient pas de problème gynécologique.

Il n'y avait pas de différence statistiquement significative ($p : 0,072$) entre les tranches d'âges des femmes ayant une pathologie à celles qui n'en avaient pas. Cette similitude peut s'expliquer par le fait que la tranche d'âge la plus représentée dans notre population d'étude était les 20 – 49 ans. Dans l'étude de TRAORE M [5], les femmes de 15-49 ans étaient les plus représentées avec une fréquence de (84,8%) et les femmes âgées de plus de 49 ans représentaient (14%). La proportion des ménagères était chez les femmes plus élevée chez les femmes qui avaient une pathologie gynécologique avec une fréquence de (76,4%), cette fréquence était de (59,7%) chez les femmes qui n'avaient pas de pathologie gynécologique. Il y avait une relation statistiquement significative entre les professions et le fait d'avoir une pathologie gynécologique avec un ($p : 0,002$).

Notre résultat était similaire à celui de TRAORE M [5], qui avait trouvé (59,5%) de ménagère parmi les femmes qui avaient consulté pendant la période de son étude.

Quant aux niveaux d'étude, les femmes non scolarisées étaient les plus représentées chez les femmes ayant une pathologie gynécologique avec (67,6%), le même constat est fait chez les femmes n'ayant pas de pathologie gynécologique, (55,4%). Malgré la similarité des deux fréquences, nous n'avons pas trouvé de relation statistiquement significative entre les pathologies gynécologiques et les niveaux d'étude avec un ($p : 0,048$).

La fréquence des femmes non scolarisées était de (47,3%) dans l'étude de TRAORE M [5]. Cette différence de taux peut s'expliquer par le fait que notre étude a été réalisée en milieu rural avec un taux de scolarisation des filles très faible.

Les mariées étaient plus nombreuses parmi les femmes qui avaient une pathologie gynécologique avec une fréquence de (89,2%), cette même observation est faite chez les femmes n'ayant pas de pathologie gynécologique (81,4%). Il n'y avait pas de relation statistiquement significative entre les statuts matrimoniaux et les pathologies gynécologiques avec un ($p : 0,161$).

Dans l'étude de TRAORE M [5], la fréquence des femmes mariées était de (81,1%) et ce taux était de (82%) dans l'étude de Seumo C [19]

3. Motifs de consultation :

De façon générale, les leucorrhées étaient le premier motif de consultation avec une fréquence de (56,1%), suivi de prurit vulvaire (15,5%), le désir de contraception (13,5%) et les troubles du cycle (3,4%). La fréquence élevée de consultation pour trouble du cycle chez les adolescentes peut s'expliquer par une anovulation due à un axe hypothalamo-hypophysaire-ovarien immature.

Les leucorrhées ont constitué les plus grands motifs de consultation chez les adolescentes de moins de 20 ans suivi des troubles du cycle (26,7%).

Les femmes d'âge compris entre 20 – 49 ans, ont consulté dans (58,3%) pour des leucorrhées, (17,3%) pour des prurits vulvaires et (14,2%) pour le désir de contraception.

Quant aux femmes âgées de plus de 49 ans, la bouffée de chaleur, les leucorrhées, la mastodynie et le prurit vulvaire étaient les principaux de consultation avec chacun une fréquence de (16,7%).

Il existait une légère différence entre les principaux motifs de consultation dans notre étude et celle de l'étude de TRAORE M [5] qui avait trouvé respectivement chez les adolescentes, (49,2%) pour agression sexuelle, (18,8%) pour leucorrhée et (16,8%) pour le prurit vulvaire.

Chez les femmes en âge de procréer, il avait trouvé (37,2%) de consultation pour leucorrhée, (31,9%) pour algie pelvienne et (26,9%) pour prurit vulvaire. Quant aux femmes âgées de plus de 49 ans, il avait trouvé (30,3%) de consultation pour des saignements anormaux, (24,4%) pour algie pelvienne et (22,1%) pour leucorrhée.

Cette différence de motif peut s'expliquer par le fait que notre étude a été réalisée en milieu rural, contrairement à l'étude de TRAORE M [5] qui a été réalisée dans un Centre Hospitalier Universitaire, un milieu spécialisé avec la possibilité de réaliser des examens complémentaires et de suivi des malades.

Les femmes mariées avaient consulté dans (54,5%) pour des leucorrhées et (68,8%) des célibataires avaient consulté pour le même motif.

Il n'y avait pas de relation statistique signification entre le statut matrimonial et les motifs de consultation ($p : 0,113$).

Comme dans notre étude, (34,5%) des femmes mariées avaient consulté pour leucorrhée et (41,6%) des célibataires avaient consulté pour le même motif.

La majorité des nulligestes (46,7%), des primigestes (59,1%), des multigestes (46,2%) et des grandes multigestes (83,9%) avaient consultés pour des leucorrhées. Cette même proportion est retrouvée en fonction des parités. La même tendance a été observé dans l'étude de TRAORE M [5] qui avait trouvé également que (36,8%) des nulligestes, (38%) des primigestes, (35,9%) des multigestes et 30% des grande multigestes avaient consulté pour des leucorrhées les mêmes proportions ont été observé en fonction des parités.

Mais notre résultat était différent de ceux de Thongkrajai P et al [19] qui dans leurs étude réalisée dans 4 villages en Thaïlande avaient retrouvé par ordre de fréquence décroissante les motifs suivants : la dysménorrhée (44,8%), la pelvialgie (43,4%), le prurit vulvaire (24,4%) et vaginal (20,5%), la leucorrhée (19,9%).

4. Fréquence des pathologies diagnostiquées

L'approche syndrome a été utilisé pour le diagnostic des pathologies car aucune analyse n'était disponible et accessible dans les milieux ruraux d'une part, mais aussi notre étude était plus basée les fréquences des pathologies gynécologique et mammaires plutôt que de leurs prises en charge.

Comme pour les cervicites, l'approche syndromique n'est pas du tout performante pour le diagnostic de *Chlamydia trachomatis* et de *Neisseria gonorrhée* [20].

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 [21].

Les pathologies gynécologiques vulvo-vaginale étaient les plus retrouvés chez les adolescentes, et c'était essentiellement la vulvo-vaginite (20,0%), la vaginose bactérienne (13,2%) et la cervicite (13,2%).

Les mêmes tendances mais à des proportions plus élevées se retrouves chez les femmes en âge de procréer (20 – 49 ans), (35,4%) cas la vulvo-vaginite, (26,8%) cas de cervicite et (18,1%) de vaginose bactérienne.

Quant aux femmes âgées de plus de 49 ans, ce sont des anomalies du sein qui ont été retrouvés dans plus de 1 cas sur 3 soit (33,3%) des pathologies diagnostiquées.

Dans l'étude de TRAORE M [5], la vulvo-vaginite était la pathologie la plus diagnostiquée chez les adolescentes avec une fréquence, de (13,7%), (24,1%) chez les femmes d'âge compris entre 15-49 ans et le cancer du col de l'utérus chez les âgées de plus de 49 ans.

La vulvo-vaginite, la cervicite et la vaginose bactérienne étaient les pathologies retrouvées chez les ménagères avec respectivement (32,7%), (25,7%) et (18,6%).

Les pathologies les plus retrouvés chez les femmes vendeuses et commerçantes était la cervicite (37,5%) ainsi que chez les femmes fonctionnaires et les vulvo-vaginites chez les élèves et étudiantes (58,3%).

Les pathologies les plus retrouvées chez les élèves et étudiantes était la vulvo-vaginite (58,3%) et la vaginose bactérienne (13,6%).

Chez les femmes fonctionnaires, c'est la cervicite qui était la pathologie la plus retrouvées avec une fréquence de (40,0%). Nos résultats était similaire a ceux de TRAORE M [5], les pathologies diagnostiquées chez les ménagères était respectivement vulvo-vaginite (19,3%), le cancer du col de l'utérus (15,7%) et le fibrome utérin (9,3%). Pour les femmes commerçantes il avait trouvé une fréquence de (21,4%) de vulvo-vaginite, (13,5%) de fibrome utérin et (8,1%) de cervicite. Chez les fonctionnaires, il avait trouvé (34%) de vulvo-vaginite et (16,2%) de fibrome utérin et chez les élèves et étudiantes (34%) de vulvo-vaginite et (4,1%) de cervicite.

5. Traitement :

La prise en charge des leucorrhées a eu recours à l'approche syndromique dans tous les cas. La littérature rapporte cependant que l'approche syndromique a une performance diagnostique faible pour les cervicites qui représentent (8,9%) des cas dans notre étude.

Dans notre, nous avons donnés plus de conseil pratique que de prescription médicale, néanmoins les médicaments les plus prescrits étaient les antibiotiques (45,9%) et les antifongiques (33,7%), et nous avons appliqués la thermoablation pour la prise en charge des lésions précancéreuses du col chez (6,7%) des femmes. En plus des traitements médicaux, des conseils lors des causeries sur plusieurs thématiques relatives à la sante sexuel, la contraception et le dépistage du cancer du col et du sein ont été prodigués.

Les mêmes tendance de prescription des antibiotiques ont été retrouvés dans l'étude de TRAORE.M [5], avec une prescription de (35,3%) pour les antibiotiques et les antifongiques (9,3%).

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 métaanalyse, des proportions élevées de sur-traitement ou de sous traitement existent en cas de prise en charge syndromique de leucorrhées associées à une cervicite [23].



CONCLUSION

CONCLUSION :

Les pathologies gynécologiques et mammaires constituent l'essentiel des motifs de consultation en milieu rural et beaucoup de besoin sont non couverts par les services offerts par les prestataires.

Les principales pathologies retrouvées étaient par ordre décroissant :

- Les 1/3 des femmes en milieu rural en bonne santé apparente présentent une pathologie gynécologique.
- Les leucorrhées ont constitué la première plainte qui amène les femmes à consulter. Elles étaient physiologiques dans (53,8%) des cas.
- L'infection gynécologique est la pathologie la plus représentée avec 3/4 des cas et dominés par les vulvo-vaginites.
- Les pathologies mammaires elles aussi étaient dominées par l'infection type de mastite/abcès observé à une fréquence similaire à celle du nodule du sein (4,1).

RECOMMANDATIONS

VI. 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.

➤ **Aux personnels soignants**

- 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.
- Intégrer le dépistage du cancer du col de l'utérus et du sein dans leurs activités de routine ;

➤ **A la population**

- Consulter dès l'apparition des premiers signes de maladie
- Se faire dépister du cancer du col de l'utérus et des pathologies mammaires ;
- Consulter dès l'apparition des premiers signes cliniques des pathologies gynécologiques et mammaires ;
- Vaincre certains tabous sociaux pour permettre un examen clinique complet et efficient par le prestataire de santé.



REFERENCES

REFERENCES :

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, LE Comte P, Marret H. Gynécologie pour le praticien. 6ème édition. Paris : Masson, 2005 ; 592p.
3. Guindo B. Motifs de consultation en gynécologie au CHU Gabriel Touré. Thèse Med. Bamako : FMPOS ; 2009.
4. 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.
5. Traoré M. Motifs de consultation en gynécologie au CHU Gabriel Touré. Thèse Med. Bamako : FMOS ; 2021.
6. Comité de Défense de la Gynécologie Médicale. Définition de la gynécologie médicale [en ligne]. Avril 2005. [Consulté le 25/10/2022]. Disponible sur : http://www.cdgm.org/article.php3?id_article=25.
7. Lansac J, Lecomte P, Marre H Gynécologie pour le praticien 8e édition.
8. Vessey M, Villard-Mackintosh L, McPherson K, et al. The epidemiology of hysterectomy : findings in a large cohort study. Br J Obstet Gynecol 1992 ; 99 : 402–7.
9. Cole S, Billewicz W, Thomson A. Sources of variation in menstrual blood loss. J. Obstet. Gynecol. Scand. 1971 ; 78 : 933–939.
10. Hallberg L, Hogdahl AM, Nilsson L, et al. Menstrual blood loss. A population study. Acta Obstet Gynecol Scand 1966 ; 45 : 320–51.
11. Jansen C, Schloten P, Heintz A. A simple visual assessment technique to discriminate between menorrhagia and normal menstrual blood loss Obstet Gynecol. 6 : 1995 ; 977–82.
12. Lansac J, LE Comte P, Marret H. Gynécologie pour le praticien. 8ème édition. Paris : Masson, 2012 ; 6p.
13. Mimoun S. Les dyspareunies. Approche psychosomatique et sexologique. Paris : Arnette Blackwell, 1997 : 281-290.

14. Paniel BJ, Haddad B, Meneux E. Les dyspareunies. Approche gynécologique. Paris : Arnette Blackwell, 1997 : 271-280.
15. Andem. Stérilité du couple. Concours Méd 1996 ; 40 (suppl) : 13-25.
16. Eliane N. Marieb. Anatomie et physiologie humaine. 4ème édition. Paris : De Boeck Université, 1999, 1194p.
17. Lansac J, Evrard N. Le grand livre de la gynécologie. Paris: Eyrolles; 2013. (Le grand livre de la).
18. Mathelin C, Gairard B, Renaud R, Brettes J. Examen clinique des seins : sein normal, lésions bénignes et frontière. Editions Scientifiques et Médicales. Paris : Elsevier, 1997, 10p.
19. 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.
20. 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.
21. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) Université Virtuelle Francophone- Date de création du document 2010-2011.
22. 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.

Dépistage du cancer du col de l'utérus couplé à celui des pathologies gynécologiques et mammaires.

FICHE D'ENQUÊTE

Rapport histologique (F4)

Nom :

.....

Nom de jeune

filles :

Prénom :

ID Individuel : Centre [][] – Année [][] – Individu [][][]

Date de naissance : [][]/[][]/[][][][]

Age au dernier anniversaire : [][]

ADRESSE :

Commune

Quartier :

Autres détails :

Téléphone :

Les antécédents obstétricaux

1. Date de visite :
2. Lieu de provenance :
3. Cite de dépistage :
4. Age de la première menstruation :
5. A quel âge avez-vous eu votre premier rapport sexuel : /...../
6. DDR :
7. Statut matrimonial /...../ 1. Mariée 2. Divorcée 3. Veuve 4. Célibataire
8. Nombre total de partenaire sexuel au cours de la vie :
9. Le nombre de grossesse y compris l'actuelle : /...../
10. Le nombre d'accouchement : /...../
11. Le nombre d'enfant vivant : /...../
12. Le nombre d'enfant décédé : /...../
13. Le nombre d'avortement : /...../

Motifs de consultation :

1. Leucorrhées
2. Saignement anormal
3. Désir de grossesse
4. Bouffée de chaleur
5. Prurit vulvaire
6. Mastodynie

7. Dyspareunie
8. Masse mammaire
9. Trouble du cycle
10. Désir de contraception
11. Autres motif gynécologique
12. Dépistage

IVA/IVL

14. Nom du personnel ayant effectué
l'IVA/IVL:.....
15. Résultats
IVA :.....
16. Résultats
IVL :.....

Femmes positive

17. Résultat de colposcopie : /...../ (0 : Non effectué, 1 : Normal, 2 : Inflammatoire, 3 Atypie/CIN1/condylome/verru/leucoplasie/Changement à VPH, 4 : CIN2-3, 5 : Carcinome invasif, 6 : Non concluant
18. Résultat de colposcopie:/...../ 0 : Non effectué, 1 : Normal, 2 : Inflammation, 3 : Atypie/CIN1/condylome/verru/leucoplasie/changement à VPH, 4 : CIN2-3, 5 : Carcinome invasif, 8 : Non concluant)

-Partie à remplir au prélèvement de l'échantillon-

19. Prise de biopsie : /...../ (1 : oui, 2 : Non)
20. Date d'envoi du spécimen : ... / /.....
21. demandeur :.....
.....
22. Urgent ? /...../ Si oui, étiquette jaune, 1 : oui, 2 : Non
23. Date de réceptions du spécimen ... / / /.....
24. Nom du
pathologiste
25. Diagnostic histologique : /...../ 1 : Normal, 2 : Inflammation/cervicite
3 : Atypie, 4 : CIN1/Infection à VPH, 5 : CIN2, 6 : CIN3, 7 : Cancer
invasif à cellules squameuses, 8 : Adénocarcinome invasif, 9 : Non
concluant
26. Commentaire :
.....
27. Cervico vaginite /...../ 1 : Candida, 2 : Trichomonas
28. Diagnostic histologique (reçu du laboratoire) : Référence du labo /.....
/

0 : Non disponible, 1 : Normal, 2 : Inflammatoire/Cervicite, 3 : Atypie/CIN1/Infection à HPV, 4 : CIN2, 5 : CIN3, 6 : Cancer invasif à cellule squameuses, 7 : Adénocarcinome ; 8 : Non concluant

29. Action effectuée : /..... /, 1 : Rassuré et conseil d'un nouveau test après 10 ans, 2 : Cryothérapie, 3 : RAD, 4 : Electro cautérisation, 5 : Orienté vers l'hôpital Gabriel TOURE

Pathologies gynécologiques :

Leucorrhées

30. Aspect physiologique /...../ 1. Oui 2. Non
 31. Aspect Pathologique/...../ 1. Oui 2. Non
 32. Prurit vulvaire/...../ 1. Oui 2. Non
 33. Vulvite/...../ 1. Oui 2. Non
 34. Vaginite /...../ 1. Oui 2. Non
 35. Cervicite /...../ 1. Oui 2. Non

IST

36. Trichomonasique/...../ 1. Oui 2. Non
 37. Gonococcique/...../ 1. Oui 2. Non
 38. Chlamydirose/...../ 1. Oui 2. Non
 39. Syphilitique/...../ 1. Oui 2. Non
 40. Vaginose bactérienne /...../ 1. Oui 2. Non
 41. Candidose génitale/...../ 1. Oui 2. Non
 42. Herpétique/...../ 1. Oui 2. Non
 43. VIH/...../ 1. Oui 2. Non
 44. Hépatite/...../ 1. Oui 2. Non

Troubles du cycle

37. Aménorrhée primaire/...../ 1. Oui 2. Non
 38. Aménorrhée secondaire/...../ 1. Oui 2. Non
 39. Dysménorrhée primaire/...../ 1. Oui 2. Non
 40. Dysménorrhée secondaire/...../ 1. Oui 2. Non
 41. Métrorragie/...../ 1. Oui 2. Non
 42. Ménométrorragie/...../ 1. Oui 2. Non
 43. Ménorragie/...../ 1. Oui 2. Non
 44. Hyperménorrhée/...../ 1. Oui 2. Non
 45. Polyménorrhée/...../ 1. Oui 2. Non
 46. Spanioménorrhée /...../ 1. Oui 2. Non
 47. Pollakiménorrhée/...../ 1. Oui 2. Non

Autres causes d'hémorragies génitales

48. Fibrome utérin/...../ 1. Oui 2. Non
 49. Polype utérin/...../ 1. Oui 2. Non
 50. Cervicite /...../ 1. Oui 2. Non

Trouble de la fertilité

50. Infertilité primaire/...../ 1. Oui 2. Non
 51. Infertilité secondaire/...../ 1. Oui 2. Non

Contraception

52. Contraception /...../ 1. /...../ 1. Oui 2. Non
53. Si oui quelle méthode ?
54. Méthode maman /...../ 1. Oui 2. Non
55. COC /...../ 1. Oui 2. Non
56. Progestatif /...../ 1. Oui 2. Non
57. Dépôt provera /...../ 1. Oui 2. Non
58. Implant /...../ 1. Oui 2. Non
59. DIU /...../ 1. Oui 2. Non
60. Préservatif /...../ 1. Oui 2. Non
61. Patch dermique /...../ 1. Oui 2. Non
62. Collier /...../ 1. Oui 2. Non
63. Anneaux vaginaux /...../ 1. Oui 2. Non
64. Diaphragme vaginal /...../ 1. Oui 2. Non
65. Spermicides /...../ 1. Oui 2. Non
66. Coït interrompu /...../ 1. Oui 2. Non
67. LRT /...../ 1. Oui 2. Non

Seins

Les antécédents médico-chirurgicaux des seins

68. Avez-vous une maladie des seins pour laquelle vous êtes suivie actuellement ? /...../ 1. Oui 2. Non

Si oui

laquelle.....

69. Avez-vous subi une intervention chirurgicale sur un ou sur les deux seins :
/...../ 1. Oui 2. Non
70. Palpation des seins /...../ 1. Oui 2. Non
71. Anomalies des seins /...../ 1. Oui 2. Non
72. Nom du gynécologue :.....

Pathologies congénitales des seins

Mamelon surnuméraire

73. Mamelon surnuméraire /...../ 1. Oui 2. Non
74. Si oui, le nombre /..../

Inversion du mamelon

75. Mamelon invaginé /...../ 1. Oui 2. Non
76. Mamelon ombiliqué /...../ 1. Oui 2. Non

Gigantomastie

77. Gigantomastie /...../ 1. Oui 2. Non

Écoulement mamélonnaire

78. Extériorisation de liquide d'un ou des deux mamelons /.../ 1. Oui 2. Non
79. Spontané ou provoqué /...../ 1. Oui 2. Non
80. Un seul pore (unipore) ou de plusieurs /...../ 1. Oui 2. Non
81. Aspect et couleur variable /...../ 1. Oui 2. Non

Pathologies non tumorales

82. Si Hyperkératose du mamelon /...../ 1. Oui 2. Non
83. Si Eczéma du mamelon /...../ 1. Oui 2. Non
84. Si Maladie de Fox-Fordycemastite /...../ 1. Oui 2. Non
85. Si Ectasie canalaire /...../ 1. Oui 2. Non
86. Si Abscès périaréolaires récidivants /...../ 1. Oui 2. Non
87. Kystes sébacés remplis d'un petit liquide jaunâtre /.../ 1. Oui 2. Non
88. Chancre syphilitique de l'aréole ou du mamelon /.../ 1. Oui 2. Non
89. Infection à staphylocoques chronique des tubercules de Montgomery /...../ 1. Oui 2. Non

Anomalies tumorales bénignes

Si papillome central

90. Un écoulement uni pore séreux ou sanglant ? /...../ 1. Oui 2. Non
91. Une masse rétro-aréolaire palpable ? /...../ 1. Oui 2. Non
92. Si papillome périphérique /...../ 1. Oui 2. Non
93. Une masse palpable mais souvent occulte ? /...../ 1. Oui 2. Non
94. Verrues séborrhéiques ? /...../ 1. Oui 2. Non
95. Adénofibromes /...../ 1. Oui 2. Non

Les pathologies tumorales malignes

96. Petit nodule asymptomatique ? /...../ 1. Oui 2. Non
97. Consistance ferme souvent mal limitée ?
98. Mobilité /...../ 1. Oui 2. Non
99. Adhérence à la peau /...../ 1. Oui 2. Non
100. Adhérence au plan profond /...../ 1. Oui 2. Non
101. Seins rouges /...../ 1. Oui 2. Non
102. Seins œdémateux /...../ 1. Oui 2. Non
103. Avez-vous de la douleur du ou des seins ? /...../ 1. Oui 2. Non
104. Lésion érythémateuse suintante /...../ 1. Oui 2. Non
105. Douleur, une sensation de brûlure /...../ 1. Oui 2. Non
106. Démangeaisons au niveau du mamelon /...../ 1. Oui 2. Non
107. Écoulement mamelonnaire sérosanglant /...../ 1. Oui 2. Non
108. Masse sous-jacente et/ou des adénopathies /...../ 1. Oui 2. Non
109. Rétraction mamelonnaire /...../ 1. Oui 2. Non

Quel est le diagnostic :
.....

.....
.....

Quel médicament a été prescrit ?

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

FICHE SIGNALITIQUE

Nom : KODIO

Prénom : Amose

Thème : Panorama des pathologies gynécologiques et mammaires en milieu rural

Année : 2021-2022

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odonto-Stomatologie du Mali

Secteur d'intérêt : Gynécologie Obstétrique

Résumé : Nous avons mené une étude multicentrique descriptive avec collecte prospective des données réalisée dans quatre localités rurales aux cultures différentes de la République du Mali. Nous avons consulté 406 femmes parmi lesquels, **148(36,5%)** avaient une pathologie gynécologique ou mammaire. Les femmes de 20-49 ans ont représentés la majorité de notre population d'étude. Les motifs de consultation étaient dominés par le désir de contraception (55,9%), les leucorrhées (27,3%), le prurit vulvaire (6,6%). Les pathologies diagnostiquées étaient dominées par les infections gynécologique : vulvo-vaginite (32,4%), Cervicite (24,3%) et la vaginose bactérienne (17,6%). Les pathologies mammaires elles aussi étaient dominées par l'infection type de mastite/abcès observé à une fréquence similaire à celle du nodule du sein (4,1%). Environ (7%) de lésions précancéreuses ont été observées et traité selon l'approche : dépister et traité.

Mots clés : Pathologie, Gynécologique, Mammaire, Rural