

MINISTRE DE L'ENSEIGNEMENT
SUPERIEUR ET DE LA RECHERCHE
SCIENTIFIQUE



RÉPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi

UNIVERSITÉ DES SCIENCES, DES TECHNIQUES ET DES TECHNOLOGIES DE BAMAKO
FACULTÉ DE MÉDECINE ET D'ODONTO-STOMATOLOGIE

Année : 2014-2015

N° /M

THEME

LA CONSULTATION GYNECOLOGIQUE AU CENTRE DE SANTE DE REFERENCE DE LA COMMUNE II DU DISTRICT DE BAMAKO

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 13/10/ 2015
Devant la Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie
Par

Cédric SEUMO

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

JURY

Président	: Pr Salif DIAKITE
Membre	: Dr Mamadou HAIDARA
Co-directeur	: Dr Sakoba KONATE
Directrice de Thèse	: Pr Sy Assitan SOW

DEDICACES

A Dieu le père, le tout puissant, l'omniscient, l'omniprésent :

Tu as toujours été présent dans ma vie, tu m'as toujours guidé et protégé. Sans toi, ce travail ne verrait pas le jour. Tu m'as permis d'embrasser cette profession, je te prie Seigneur de toujours m'accompagner dans l'exercice de mes fonctions. Soit béni. Que ton nom soit loué pour des siècles et des siècles. Amen !

A mes parents : Feu M. SEUMO TEUMEU Joseph et Feue Mme NYA Rose Esther :

Je suis très honoré d'être un de vos enfants. Vous nous avez quittés très tôt, mais l'amour et l'éducation que nous avons reçus de vous, nous a permis de rester unis et de continuer à forger notre avenir. Papa, maman, mes idoles, vous avez disparus de nos yeux mais vous resterez à jamais dans nos cœurs. Que la terre de nos ancêtres vous soit légère et que Dieu, le tout puissant vous accueille dans son royaume.

A mes grandes sœurs : Mme DALLE DIN née SEUMO NGIA Vanessa et Mlle SEUMO Priscilla :

Les mots me manquent aujourd'hui pour vous exprimer toute ma gratitude pour tous les sacrifices que vous avez endurés pour nous élever malgré le départ de nos parents. Je ne saurai jamais vous rendre un hommage à la hauteur des efforts consentis. Seul Dieu peut vous gratifier de tout ce que vous avez fait pour nous. Je n'ai pas été le petit frère parfait, mais j'espère que vous êtes fières de moi aujourd'hui. Ce travail est le fruit de vos efforts. Que Dieu le Tout Puissant vous accorde longue vie, bonne santé et surtout plein de bonheur et qu'il puisse nous donner les moyens nécessaires que nous puissions aussi faire que vous ne manquiez de rien dans la vie.

A mes grand- frères : M. SEUMO TATCHOUA Karel Mathieu, M. DALLE DIN Joel et M. Rostand TCHOUMI

Vous n'avez ménagé aucun effort pour me porter secours chaque fois que j'en avais besoin. Vos conseils, votre amour et votre soutien ont été pour moi un oasis tout au long de ma formation. Ce travail est aussi le vôtre. Que Dieu vous récompense et vous accompagne dans la réalisation de vos projets.

REMERCIEMENTS

A mon amie : Mlle Christelle MESSI :

Ma très chère, merci infiniment pour tous les sacrifices. Notre relation n'a pas toujours été facile mais le bon Dieu nous a permis d'évoluer et de prendre soin de l'un de l'autre. Je remets notre avenir entre ses mains.

A mes amis : M. YMELE NANA Cédric ; M. Simplicie DJOMZO ; Dr Cédric NGASSOP ; Dr Abdel ADAMOU ; Mlle Naomi DOUYON

Je n'ai pas toujours été irréprochable comme ami, mais vous m'avez toujours supporté et soutenu. Merci d'avoir rendu paisible mon séjour à Bamako.

A mon groupe d'étude : M. Wilson DJAKOU, M. Cédric YMELE, Mme Salimata DIAW, Mlle KOUENKAM Manuella, Mlle Clémence MATCHIM, Mlle Linda MONTHEU :

J'ai eu une relation particulière avec chacun de vous. Nous avons passé des nuits blanches en travaillant tout en nous amusant. Notre complicité, nos fous rires vont toujours me manquer. Vous m'avez aidé à persévérer et à croire en moi. Merci pour tout ce que j'ai appris avec vous.

A M. Hermann NYANGWA :

Mon ambassadeur au Cameroun, malgré la distance qui nous séparait et les différents horizons qu'on a emprunté, nous avons pu préserver notre amitié. J'ai toujours pu compter sur toi. Tu es un ami formidable. Que Dieu le tout puissant t'accompagne et t'aide à réaliser tes rêves.

Au Dr Idriss Sinclair FOUOLEFACK :

Mon mentor, tu m'as initié à la gynécologie –obstétrique. J'ai fait mes premiers pas dans ce domaine avec toi et tu as toujours eu les bons mots et les bons gestes pour m'encourager. Trouve ici, l'expression de ma profonde reconnaissance et de mon profond respect.

A mes aînés : Dr Yannick TASSENG et Dr Guy Bertrand FOHEM :

Vous m'avez accueilli et orienté à Bamako. Merci pour vos conseils. Que Dieu vous accompagne dans vos ambitions professionnelles.

A mes tontons : M. TOGNA Gérard, M. FONGUE Esaïe, Feu M. DADO, M. Pascal NKWETCHA et toute leur famille.

Vous êtes restés fidèles à l'amitié que vous avez entretenue avec mon père. Malgré son départ vous êtes toujours resté à nos côtés. Trouvez en ce travail l'expression de ma profonde gratitude. Que Dieu le tout puissant vous bénisse.

A l'Association des Elèves, Etudiants et Stagiaires Camerounais au Mali (AEESCM) :

Vous m'avez permis de me sentir chez moi au Mali. Je me suis épanoui et je me découvert de nombreux talents avec vous. Merci pour ces merveilleux moments passés à vos côtés.

A mes fils et filles de l'AEESCM : Romuald NYANKE, Dimitri TIWA, Johnattan MIYO, Willy CHOUOP, Judicaëlle YANKEN, Pamela SAMIZA :

Merci de m'avoir accepté et respecté.

A mes collègues du Comité de Gestion du Site FMOS, et du bureau de la coordination nationale des thésards du Mali :

C'était pour moi un réel plaisir de travailler à vos côtés et d'œuvrer pour le peuple Malien. Nous formions une mosaïque de nationalités, de cultures et d'idées pour un objectif commun. J'ai beaucoup appris à vos côtés. Merci.

A tous mes collègues faisant fonction d'internes et thésards du CSRéf de la commune II :

Vous êtes bien placés pour comprendre toutes les difficultés que j'ai encourues tout au long de l'élaboration de ce document. Nous avons traversé ensemble de bons et de mauvais moments. Merci pour la collaboration et la confraternité.

A mes maîtres du CSRéf commune II : Dr Mamadou HAIDARA, Dr Seydou Z. DAO, Dr SAKOBA KONATE, Dr Aboubacar TRAORE, Dr Daouda DOUMBIA :

Merci chers maîtres pour tous les enseignements reçus. Ce travail est le fruit de votre dévotion à mon égard. Pardonnez-moi de n'avoir pas été toujours exemplaire. Trouvez dans ce travail l'expression de toute ma gratitude.

Au personnel du CSRéf de la Commune II : Médecins, sages femmes, infirmières, anesthésistes.

Merci pour la confiance et les échanges de connaissance. J'espère toujours compter sur vos conseils et votre accompagnement.

Au Dr Balla DIALLO dit THIERNO et ses collaborateurs :

Vous m'avez initié dans le monde de l'emploi. Vous avez fait preuve de beaucoup de compréhension et de patience à mon égard car je n'ai pas toujours été facile à vivre. Merci de m'avoir accueilli, d'avoir stimulé mes talents cachés et de m'avoir fait découvrir les préceptes de l'emploi. Je retiendrai toujours votre slogan : « l'excellence est notre ambition ».

Aux enseignants du primaire, du secondaire et à tous mes maîtres de la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako :

Je suis fier d'avoir été votre élève, votre étudiant. Trouvez dans ce travail chers Maîtres, le témoignage de ma profonde gratitude pour la qualité de l'enseignement que j'ai bénéficié.

Au Mali :

Ma terre d'accueil. Je me suis toujours senti chez moi. Merci à ton peuple de m'avoir accueilli. J'ai bénéficié en ton sein de l'école de la médecine et aussi de l'école de la vie. Puisse le très haut te garder uni et en paix.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DU JURY

Professeur Salif DIAKITE

- **Professeur titulaire honoraire de gynécologie-obstétrique à la Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie de Bamako ;**

Honorable maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de présider ce jury de thèse malgré vos multiples occupations ; vos jugements ne feront qu'améliorer la qualité de ce modeste travail. Vous avez cultivé en nous l'esprit de justice, de vérité, du travail bien fait et le respect de la vie humaine. Merci cher maître pour vos précieux conseils qui ne cessent de nous guider.

Puisse le seigneur vous accorder la santé et la longévité afin que nous puissions toujours bénéficier de votre enseignement pour l'amélioration de la santé des populations.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Mamadou HAIDARA

- **Gynécologue obstétricien**
- **Chef du service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de Kalaban-coro**

Cher maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de siéger dans ce jury de thèse. Homme de principe, d'humanisme, votre simplicité, votre souci de transmettre vos connaissances et votre rigueur scientifique font qu'il est agréable d'apprendre à vos côtés. A vos cotés nous avons appris à aimer la gynécologie obstétrique.

Respecté et respectable, vous resterez pour nous un miroir, un bon exemple à suivre. Cette thèse est l'occasion pour nous de vous remercier pour tout le soutien et la confiance que vous avez eus à notre égard.

Soyez assuré de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Docteur Sakoba KONATE

- **Gynécologue obstétricien**
- **Chef de service adjoint du Centre de Santé de Référence de la commune II**

Cher maître,

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail.

Après de vous nous avons appris la loyauté, le travail bien fait, l'amour du prochain, le sens de la responsabilité et surtout la modestie.

Cher maître sachez que même l'usure du temps ne pourra effacer vos souvenirs dans nos pensées.

Veillez agréer, cher maître l'expression de notre profonde gratitude et de notre grand respect pour tous les efforts consentis dans l'amélioration de notre formation.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTRICE DE THESE

Professeur SY ASSITAN SOW

- **Professeur titulaire honoraire de Gynécologie-obstétrique à la Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie de Bamako ;**
- **Ancienne chef de service de gynécologie-obstétrique du Centre de Santé de Références de la Commune II ;**
- **Présidente de la Société Malienne de Gynécologie et d'Obstétrique (SO.MA.GO) ;**
- **Chevalier de l'ordre national du Mali**

Cher maître,

C'est un immense privilège pour nous d'être parmi vos élèves. Véritable bibliothèque vivante, vous n'avez cessé de nous fasciner par la grandeur de votre simplicité, la splendeur de vos enseignements et l'ampleur de votre expérience. Nous avons très tôt appréhendés et appréciés votre dévouement pour la formation des médecins.

Aucun mot ne saurait traduire l'expression réelle de nos sentiments de reconnaissance et de gratitude à votre égard.

Nous vous prions, cher maître, d'accepter nos sincères remerciements.

ABREVIATIONS ET SIGLES

A : Avortement

ATCD : Antécédent

AMIU : Aspiration manuelle intra utérine

BPO : Bilan préopératoire

BW : Bordet-Wasserman

CA : Carbohydrate antigen

CHU : Centre hospitalier universitaire

Cm : centimètre

CPN : Consultation prénatale

CRP : C reactiv protein

CS Réf : Centre de santé de référence

D : Décédé

DES : Diplôme d'étude spécialisée

DIU : Dispositif intra utérin

ECBU : Etude cyto bactériologique des urines

EPPM : Etude permanente de la prescription médicale

FCS : Fausse couche spontanée

FSH : Folliculo-stimulating hormone

G : Gestité

GEU : Grossesse extra-utérine

HCG : Hormone gonadotrophine chorionique

HTA : Hypertension artérielle

IMSO : Incision médiane sous ombilical

ITSO : Incision transversale sous ombilicale

IVG : Interruption volontaire de grossesse

LH : Luteinizing hormone

NFS : Numération formule sanguine

P : Parité

PF : Planning familial

pH : potentiel d'Hydrogène

PTME : Prévention de la transmission mère-enfant

PV : prélèvement vaginal

TV : toucher vaginal

V : Vivant

VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

VHB : Virus de l'hépatite B

VHC : virus de l'hépatite C

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	1
II. OBJECTIFS	3
III. GENERALITES.....	4
IV. METHODOLOGIE	36
V. RESULTATS.....	41
VI. COMMENTAIRES ET DISCUSSION.....	71
VII. CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS	78
VIII. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	81
IX. ANNEXES	84

I- INTRODUCTION

La gynécologie est restée longtemps partagée entre des disciplines telles que la médecine interne, la chirurgie et l'obstétrique. Au fil du temps, elle est devenue une véritable spécialité avec ses nouvelles méthodes d'examens et ses moyens thérapeutiques perfectionnés. Généralement, on admet que deux situations vont amener une patiente à se faire consulter :

— La patiente présente une pathologie qui nécessite un examen gynécologique, il s'agit donc d'une consultation dans le cadre d'une démarche diagnostique, pour une patiente présentant certainement une pathologie,

— La patiente ne présente pas de pathologie gynécologique, elle vient pour un examen gynécologique systématique, il s'agit alors d'une démarche de dépistage, s'adressant à une patiente ne présentant pas à priori, de pathologie.

Bien que le suivi gynécologique systématique des patientes soit recommandé, il n'est pas une réalité dans nos pays, ainsi, beaucoup de patientes ne consulteront leur gynécologue qu'en cas de problème.

La fréquence moyenne de consultations des femmes pour motif gynécologique est environ 3,6 consultations par an en France. [1]

Pour le panel EPPM (Etude Permanente de la Prescription Médicale) en France, la contraception représente l'acte gynécologique le plus souvent effectué par le gynécologue et le médecin généraliste.

Dans une étude menée en Ile de France en 2010, 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 (35,7%).

COULIBALY S. a trouvé dans une étude menée au CHU du Point G du district de Bamako en 2009, que les motifs de consultation les plus fréquents étaient représentés par le désir d'enfant (27,6%), les douleurs pelviennes (24,2%) et les troubles du cycle (6%). [2]

Le service de gynécologie obstétrique est l'un des services les plus actifs du Centre de Santé de Référence de la Commune II avec une grande affluence à la consultation. L'organisation rationnelle et l'adaptation plus efficiente de l'offre des soins par un service requièrent des informations sur la nature de la demande

(nombre de patientes admises, mode d'admission, motifs, types de pathologie rencontrés...).

Nous avons enregistré dans les archives du service, 771 dossiers de consultation à l'unité gynécologique parmi lesquelles 359 femmes sont venues consulter pour des problèmes gynécologiques ou mammaires de janvier à juin 2014.

Peu d'études ont été menées sur les pathologies gynécologiques, et encore moins celles qui ont fait l'objet d'une attention particulière concernant la fréquence des différents motifs de consultation et les pathologies gynécologiques fréquemment retrouvées dans nos structures de santé.

Compte tenue de leur place prépondérante dans la prise en charge de plusieurs composantes de la santé de la reproduction en général et des préoccupations de la femme en particulier, nous nous sommes proposés de mener la présente étude en nous fixant les objectifs suivants :

II- OBJECTIFS :

1- Objectif général :

Analyser la consultation gynécologique dans le service de gynécologie obstétrique du Centre de Santé de Référence de la Commune II.

2- Objectifs spécifiques :

- Décrire le profil sociodémographique des consultantes
- Recenser les principaux motifs de consultation gynécologique
- Déterminer la fréquence des pathologies rencontrées
- Déterminer leur prise en charge.

III- GENERALITES :

1- Définition [3]

La gynécologie est une spécialité médicochirurgicale consacrée à l'étude de l'organisme de la femme et de son appareil génital tant du point de vue physiologique que pathologique.

2- Rappels anatomiques des organes génitaux féminins

○ Appareil génital féminin.

C'est l'ensemble des organes de la femme assurant la fonction de reproduction. Il se compose d'organes externes et internes.

A : Organes génitaux externes : [4]

Les organes génitaux situés à l'extérieur du vagin sont appelés organes génitaux externes, ou vulve. La vulve se compose du mont du pubis, des lèvres, du clitoris et des structures du vestibule.

Le **mont du pubis**, ou mont de Vénus, est une région adipeuse arrondie qui recouvre la symphyse pubienne. Après la puberté, cette région est recouverte de poils. Deux replis de peau adipeuse portant également des poils s'étendent vers l'arrière à partir du mont du pubis : ce sont les grandes lèvres. Les **grandes lèvres** sont les homologues du scrotum de l'homme (c'est-à-dire qu'elles dérivent du même tissu embryonnaire). Les grandes lèvres entourent les **petites lèvres**, deux replis de peau mince, délicate et dépourvue de poils. Homologues de la face antérieure du pénis, les petites lèvres limitent une fossette appelée **vestibule**, qui contient le méat urétral à l'avant et l'orifice vaginal vers l'arrière. De part et d'autre de l'orifice vaginal, on trouve des glandes de la grosseur d'un pois, les **glandes vestibulaires majeurs**, ou **glandes de Bartholin**, les homologues des glandes bulbo-urétrales de l'homme. Ces glandes sécrètent dans le vestibule un mucus qui l'humidifie et le lubrifie, ce qui facilite le coït.

Le **clitoris** est situé juste devant le vestibule. Le clitoris est une petite structure saillante, composée essentiellement de tissu érectile et homologue du pénis de l'homme. Il est recouvert du **prépuce du clitoris**, formé par l'union des petites lèvres. Le clitoris est richement innervé par des terminaisons sensibles au toucher; et la stimulation tactile le fait gonfler de sang et entrer en érection ; ce phénomène contribue à l'excitation sexuelle chez la femme. Comme le pénis,

le clitoris possède des corps érectiles postérieurs (corps caverneux), mais il n'a pas de corps spongieux.

Le **périnée** de la femme est une région en forme de losange située entre l'arcade pubienne à l'avant, le coccyx à l'arrière et les tubérosités ischiatiques de chaque côté. Les tissus mous du périnée sont sus-jacents au centre tendineux du périnée, où s'insèrent la majorité des muscles qui soutiennent le plancher pelvien.

B : Organes génitaux internes : [4]

Ils sont situés à l'intérieur de la cavité pelvienne. Ils comportent deux glandes sexuelles, les ovaires et les voies génitales, formées des trompes utérines, de l'utérus et du vagin :

Les ovaires :

Les ovaires sont paires situés de part et d'autre de l'utérus. Ils ont la forme d'amandes. Chaque ovaire est maintenu en place dans la cavité péritonéale par plusieurs ligaments : le ligament propre de l'ovaire fixe l'ovaire à l'utérus ; le ligament suspenseur de l'ovaire fixe l'ovaire à la paroi du bassin ; le mésovarium suspend l'ovaire entre l'utérus et la paroi du bassin. Le ligament suspenseur de l'ovaire et le mésovarium font partie du ligament large de l'utérus, un repli du péritoine qui recouvre l'utérus et soutient les trompes, l'utérus et le vagin. La face externe de l'ovaire est entourée d'une albuginée fibreuse. L'ovaire est également constitué d'un cortex, qui renferme les gamètes en voie de formation, et d'une région médullaire plus profonde qui contient les nerfs et les vaisseaux sanguins principaux, mais les limites de ces deux régions sont mal définies. Les ovaires contiennent les follicules ovariens qui produisent les ovules.

Les trompes utérines: ou trompes de Fallope :

Elles constituent la portion initiale des voies génitales de la femme. Une trompe utérine capte l'ovocyte après l'ovulation ; elle constituera le siège de la fécondation. Chaque trompe mesure environ 10 cm de long et s'étend vers le plan médian à partir de la région de l'ovaire. Un segment aminci, l'isthme de la trompe utérine, s'ouvre dans la région supéro-latérale de l'utérus. La partie distale de chaque trompe s'élargit et s'enroule autour de l'ovaire, ce qui forme l'ampoule de la trompe utérine ; la fécondation se produit habituellement dans cette région. L'ampoule se termine par l'infundibulum de la trompe utérine, une structure ouverte en forme d'entonnoir qui porte des projections ciliées

digitiformes appelées franges de la trompe, qui s'étendent vers l'ovaire. La trompe contribue à la progression de l'ovocyte. Sa paroi est formée de couches de tissu musculaire lisse, et sa muqueuse, pleine de replis, est constituée d'un épithélium simple prismatique dont certaines cellules sont ciliées. L'ovocyte peut avancer vers l'utérus grâce au péristaltisme et aux battements rythmiques des cils. Les trompes sont recouvertes par le péritoine viscéral et soutenues sur toute leur longueur par un court méso appelé mésosalpinx.

L'utérus :

L'utérus est situé dans le bassin, entre le rectum et la base de la vessie. Il s'agit d'un organe creux aux parois épaisses, destiné à accueillir, à héberger et à nourrir l'ovule fécondé. L'utérus est normalement fléchi vers l'avant à l'endroit où il s'unit au vagin ; on dit qu'il est en antéversion. Chez les femmes d'un certain âge, il est souvent fléchi vers l'arrière c'est-à-dire en rétroversion.

La partie la plus volumineuse de l'utérus est son corps. La partie arrondie située au dessus du point d'insertion des trompes est le fundus de l'utérus, et la partie légèrement rétrécie entre le col et le corps est l'isthme de l'utérus. Le col de l'utérus, plus étroit, constitue l'orifice de l'utérus. Il fait saillie dans le vagin, localisé plus bas. La cavité du col est le canal du col utérin (ou canal endocervical), qui communique avec le vagin par l'orifice externe et avec le corps de l'utérus par l'orifice interne. La muqueuse du canal du col utérin contient les glandes cervicales de l'utérus. Ces glandes sécrètent un mucus qui remplit le canal du col et recouvre l'orifice externe du col, probablement pour empêcher les bactéries présentes dans le vagin de monter jusqu'à l'utérus. Le mucus bloque également la pénétration des spermatozoïdes, sauf au milieu du cycle menstruel où sa consistance moins visqueuse permet aux spermatozoïdes d'entrer.

L'utérus est soutenu latéralement par le mésométrium du ligament large. Plus bas, le paracervix, ou ligament cervical transverse, s'étend du col et du haut du vagin jusqu'à la paroi latérale du bassin, et les ligaments utéro-sacrés attachent l'utérus au sacrum. L'utérus est fixé à la paroi antérieure du corps par des ligaments fibreux, les ligaments ronds de l'utérus, qui passent dans les canaux inguinaux pour s'ancrer dans les tissus sous-cutanés des grandes lèvres.

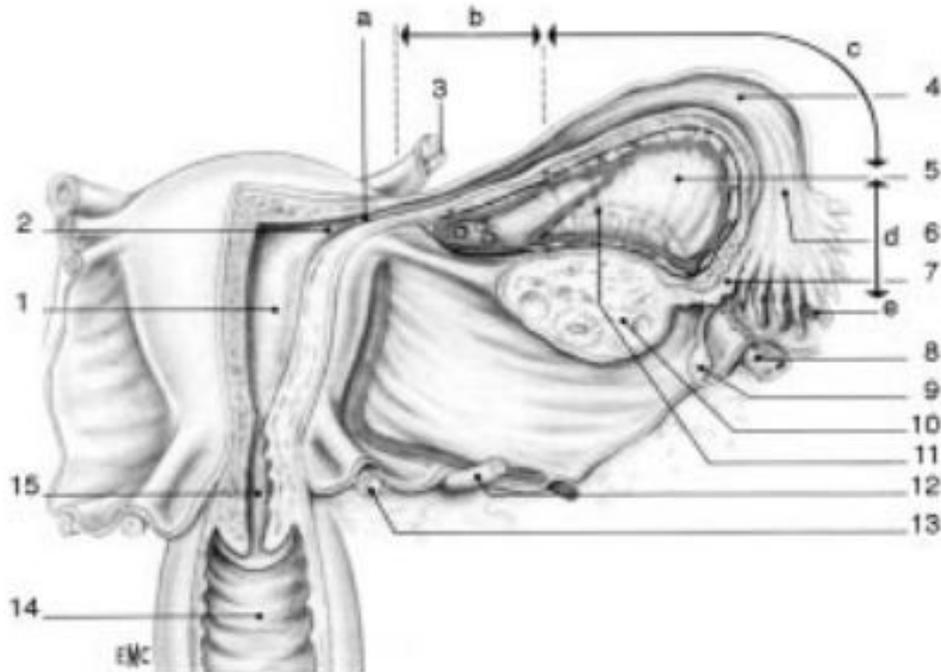
L'ensemble de ces ligaments laisse une assez grande mobilité à l'utérus, dont la position change chaque fois que le rectum et la vessie se remplissent et se vident.

La paroi de l'utérus se compose de trois couches de tissus : le périmétriium, le myomètre et l'endomètre. Le périmétriium, la tunique séreuse, est une portion du péritoine viscéral. Le myomètre est l'épaisse couche moyenne composée de faisceaux entrecroisés de tissu musculaire lisse. La tunique muqueuse de la cavité est l'endomètre, constitué d'un épithélium simple prismatique uni à un épais stroma de tissu conjonctif contenant une forte proportion de cellules. Quand il y a fécondation, l'embryon s'enfouit dans l'endomètre (s'implante). L'endomètre se compose de deux couches. La couche fonctionnelle subit des modifications cycliques en réponse aux concentrations sanguines d'hormones ovariennes ; c'est elle qui se desquame au cours de la menstruation (tous les 28 jours environs). La couche basale, plus mince et plus profonde, élabore une nouvelle couche fonctionnelle après la fin de la menstruation. Elle n'est pas influencée par les hormones ovariennes. L'endomètre possède un grand nombre de glandes utérines dont la longueur change selon les variations de son épaisseur au cours du cycle menstruel.

Le vagin :

Le vagin est un tube à paroi mince mesurant de 8 à 10 cm de long. Il est localisé entre la vessie et le rectum et s'étend du col de l'utérus jusqu'à l'extérieur du corps au niveau de la vulve. L'utérus est ancré dans sa paroi antérieure. Le vagin permet la sortie du fœtus pendant l'accouchement ainsi que l'écoulement du flux menstruel. Il constitue également l'organe de la copulation chez la femme, puisqu'il reçoit le pénis (et le sperme) au cours des rapports sexuels. La paroi très extensible du vagin se compose de trois couches : l'adventice, la couche fibroélastique externe ; la musculuse, formée de muscle lisse ; et la muqueuse, dotée de plis transversaux appelés rides du vagin, ou crêtes vaginales, qui stimulent le pénis au cours des rapports sexuels. L'épithélium de la muqueuse est un épithélium stratifié squameux non kératinisé capable de supporter la friction. Certaines des cellules de cette muqueuse (cellules dendritiques) agissent comme cellules présentatrices d'antigène. La muqueuse vaginale ne possède pas de glandes ; elle est lubrifiée par les glandes vestibulaires. Ses cellules épithéliales libèrent de grande quantité de glycogène, que les bactéries résidentes du vagin transforment en acide lactique au cours d'un métabolisme anaérobie. C'est pourquoi le pH du vagin est normalement acide. Cette acidité protège le vagin contre la plupart des infections, mais elle est également nocive pour les spermatozoïdes. Près de l'orifice vaginal, la muqueuse forme une cloison incomplète appelée hymen.

La partie supérieure du vagin entoure lâchement le col de l'utérus, ce qui forme un repli vaginal appelé fornix du vagin. La partie postérieure de ce repli est beaucoup plus profonde que les parties antérieure et latérale. Le vagin s'étire considérablement au cours du coït et de l'accouchement, mais son étirement latéral est limité par les épines ischiatiques et les ligaments sacro-épineux.



Haut

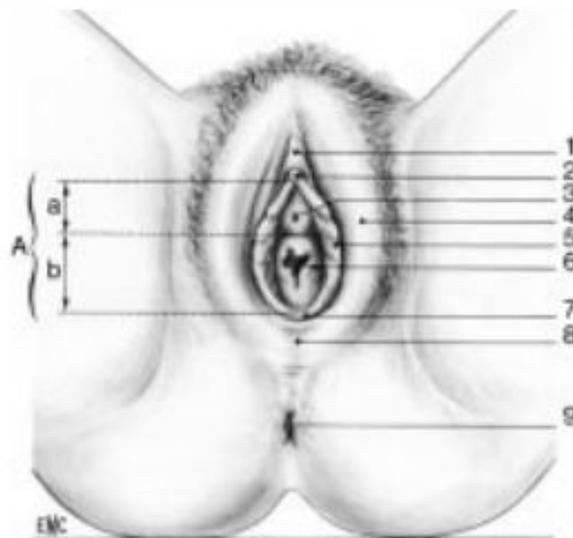


Figure 1 [5]: Organes génitaux internes de la femme (face postérieure). a : partie utérine de la trompe ; b : isthme de la trompe ; c : ampoule de la trompe ; d : infundibulum de la trompe ; e : franges tubaires ; 1 : cavité utérine ; 2: ostium utérin de la trompe ; 3 : ligament rond ; 4 : cavité tubaire ; 5 : mésosalpinx ; 6 : ostium abdominal de la trompe ; 7 : frange ovarique ; 8 : ligament suspenseur de l'ovaire ; 9 : appendice vésiculeux ; 10 : ovaire ; 11 : épophoron ; 12 : uretère et artère utérine ; 13 : ligament uréthro-sacré ; 14 : vagin ; 15 : canal cervical.



Haut
 ↑
 → Droite

Figure 2 [5]: Appareil génital féminin. Coupe sagittale médiane du bassin. a : rétinaculum caudal ; b : fossette coccygienne ; 1. uretère ; 2. ligament suspenseur de l’ovaire ; 3. ovaire ; 4. utérus ; 5. vessie ; 6. uretère ; 7. vagin ; 8. rectum ; 9. cul-de-sac vésico-utérin ; 10. cul-de-sac recto-utérin.



Haut
 ↑
 → Gauche

Figure 3 [5]: Vulve (position gynécologique). A : vestibule ; a : vestibule urinaire ; b : vestibule du vagin ; 1 : prépuce du clitoris ; 2 : gland du clitoris ; 3 : ostium externe de l’urètre ; 4 : grande lèvre ; 5 : petite lèvre ; 6 : introït vaginal ; 7 : frein des lèvres ; 8 : commissure postérieure des lèvres ; 9 : anus.

C : Les glandes mammaires. [4]

Les seins ne font pas partie du système génital : ils s'apparentent plutôt aux glandes sudoripares. Les glandes mammaires sont présentes chez les deux sexes, mais elles fonctionnent seulement chez les femmes. Comme le rôle biologique des glandes mammaires est de produire le lait pour nourrir l'enfant, leur rôle commence en fait quand la reproduction a déjà été accomplie.

Au point de vue développement, les glandes mammaires sont exocrines apparentées aux glandes sudoripares et elles font en réalité partie du système tégumentaire. Chaque glande mammaire est localisée dans un sein, structure arrondie recouverte de peau située devant les muscles pectoraux du thorax.

Légèrement au-dessous du centre de chaque sein, on retrouve un cercle de peau pigmentée appelé aréole mammaire, qui entoure une protubérance centrale, le mamelon. La surface de l'aréole est bosselée à cause de la présence de grosses glandes sébacées, qui sécrètent du sébum pour prévenir l'apparition de gerçures sur l'aréole et le mamelon au cours de l'allaitement. Le système nerveux autonome régit les fibres musculaires lisses de l'aréole et du mamelon : il provoque l'érection du mamelon lorsque celui-ci reçoit des stimuli tactiles ou sexuels ou qu'il est exposé au froid.

Chaque glande mammaire se compose de 15 à 25 lobes disposés en rayons autour de l'aréole et débouchant dans le mamelon. Les lobes sont coussinés et séparés les uns des autres par du tissu conjonctif dense et du tissu adipeux. Le tissu conjonctif interlobaire forme les ligaments suspenseurs du sein, qui fixe le sein au fascia musculaire sous-jacent et au derme sus-jacent. Les lobes se divisent en unités plus petites appelées lobules, qui renferment les alvéoles du tissu glandulaire produisant le lait chez la femme qui allaite. Ces glandes alvéolaires composées sécrètent le lait dans les conduits lactifères qui s'ouvrent par un pore à la surface du mamelon. Juste avant d'arriver à l'aréole, chaque conduit lactifère se dilate pour former un sinus lactifère. Le lait s'accumule dans ces sinus entre les tétées. Chez la femme non enceinte, les structures glandulaires ne sont pas développées et le réseau de conduits est rudimentaire. Ainsi le volume des seins dépend surtout de la quantité de tissu adipeux qu'ils contiennent.

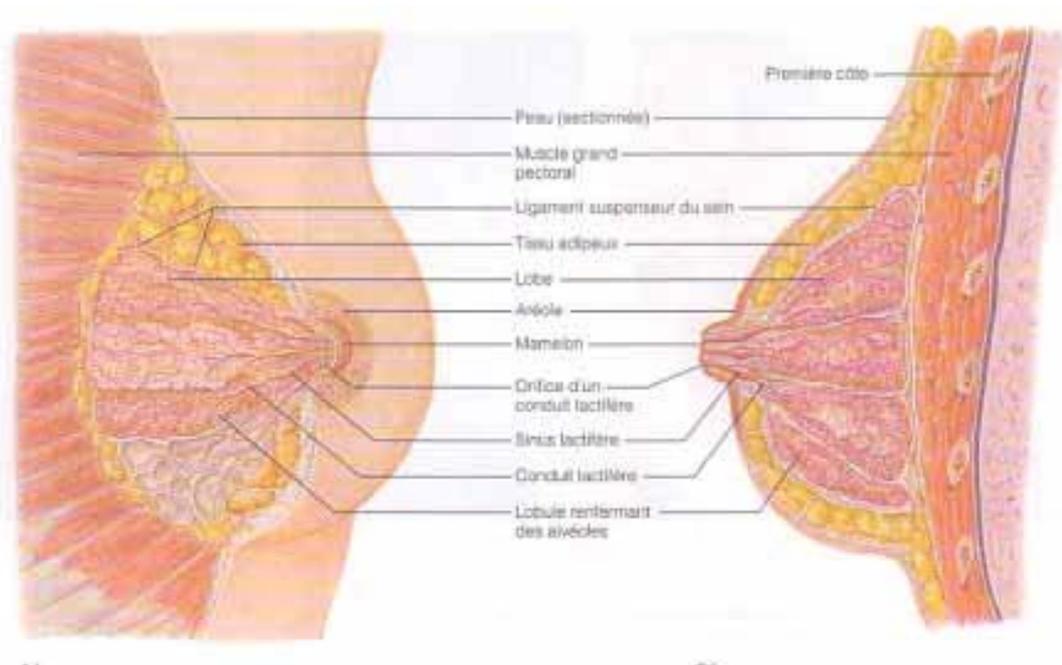


Figure 4 [4]: Structure de la glande mammaire en période de lactation.

3- Rappels physiologiques des organes génitaux féminins [2]

La fonction génitale féminine commence à la puberté et prend fin à la ménopause. Elle est rythmée par les cycles ovariens et les règles, qui, lorsque la femme n'est pas enceinte, se produisent tous les 28 jours en moyenne sous la forme d'un écoulement de sang provenant de la paroi vascularisée de l'utérus, mêlé à de fins débris de muqueuse utérine. A chaque cycle, en effet, l'un des follicules ovariens parvient à maturité dans l'un des deux ovaires et éclate, libérant un ovule : c'est l'ovulation.

Capté par les franges et le pavillon de la trompe utérine, l'ovule s'achemine alors vers l'utérus. Si pendant ce trajet, qui dure 4 jours, il est fécondé par un spermatozoïde, l'œuf va s'implanter dans la muqueuse utérine pour y devenir embryon. S'il n'est pas fécondé, les règles se déclenchent. Ces phénomènes obéissent à une sécrétion hormonale hypophysaire (hormones folliculostimulante et lutéinisante) qui contrôle le cycle ovarien. De leur côté, les ovaires secrètent leurs propres hormones (œstrogènes et progestérone essentiellement), qui stimulent les organes sexuels et préparent l'utérus à une éventuelle grossesse.

4- Consultation gynécologique [6]

Comme toute autre consultation médicale, la consultation gynécologique comprend deux étapes :

A. L'interrogatoire :

Il s'agit d'un temps capital et indispensable. Il doit dans un premier temps être l'occasion de « détendre l'atmosphère », de mettre la patiente en confiance pour qu'elle puisse se confier en toute quiétude à son médecin.

L'interrogatoire a trois objectifs principaux :

- Rechercher le ou les motifs de la consultation
- Faire décrire la symptomatologie fonctionnelle de la patiente.
- Préciser les antécédents

✓ Le motif de la consultation :

Parfois il s'agit d'une simple visite de surveillance dans le cadre d'un suivi gynécologique systématique, il n'y a donc pas de motif précis de consultation ; parfois il s'agit d'une pathologie précise qui amène la patiente à consulter.

Ailleurs enfin, le motif est complexe, difficile à exprimer pour la patiente, c'est alors que l'expérience, le tact, l'intuition et la personnalité du gynécologue prennent toutes leurs importances.

✓ Les antécédents.

Il faut tout d'abord préciser le milieu socioéconomique, l'âge et le contexte familial de la patiente. Les antécédents seront étudiés systématiquement, mais leur recherche sera également orientée en fonction du motif de consultation. Même si la patiente consulte dans le cadre de la médecine préventive, il faut étudier ses antécédents.

○ Les antécédents familiaux :

- De maladies générales : diabète, HTA, hypercholestérolémie familiale, pathologie thromboembolique ou cardio-vasculaire. Cet antécédent est important à connaître avant toute prescription de la pilule contraceptive,
- Pathologie tumorale : cancer du sein et cancer pelvien,

- Pathologie en rapport avec une maladie génétique.
- Les antécédents personnels :
 - ***Les antécédents gynécologiques :***
 - Puberté : âge de survenue, troubles éventuels, traitements reçus,
 - Description des cycles : durée, régularité, abondance des règles, syndrome prémenstruel,
 - Contraception : nature, durée, tolérance,
 - Pré –ménopause ou ménopause : date, modalité, traitements.
 - ***Les antécédents obstétricaux :***
 - Gestité, parité, date des accouchements,
 - IVG, FCS ou GEU,
 - Pathologie des grossesses, des accouchements et des suites de couches.
 - ***Les antécédents médicaux:*** La recherche doit être guidée par le motif de la consultation. On recherchera l'existence de maladies des grands appareils : cœur, poumons, système nerveux, tube digestif, glandes endocrines. Noter la prise de médicament, l'existence d'allergie... On fera une mention spéciale pour :
 - *les antécédents phlébitiques ou thromboemboliques ;*
 - *la notion d'ictère ;*
 - *l'existence d'une hypertension artérielle ;*
 - *les maladies infectieuses acquises, telles que la rubéole ou la toxoplasmose mais aussi VIH, VHB, VHC ;*
 - *les antécédents infectieux : leucorrhées, salpingite.*
 - ***Les antécédents chirurgicaux:*** plus particulièrement les antécédents de chirurgie gynécologique et digestive (césarienne, hystérectomie, ligature des trompes, myomectomie, appendicectomie et toute autre intervention au niveau du pelvis).

Le conjoint

Le nombre de partenaires, le changement de conjoint, une pathologie du ou des conjoints, la sexualité du couple peut être abordée en cas d'infécondité, de demande de contraception, de problèmes sexuels ou de chirurgie de prolapsus.

Au terme de cet entretien le gynécologue, doit déjà savoir si la patiente appartient à un groupe à risque pour certaines pathologies ou si elle présente une contre-indication à certains traitements gynécologiques.

✓ La symptomatologie fonctionnelle

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

❖ Troubles du cycle et hémorragies génitales

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

- Aménorrhée

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

Aménorrhée primaire

L'aménorrhée primaire est définie comme l'absence de règles chez une jeune fille âgée de 17 ans et plus [13]. L'interrogatoire insiste sur le déroulement de la grossesse maternelle et de l'accouchement. Il précise le poids de naissance et la courbe de croissance en taille et en poids. Il reprend l'analyse sémiologique de tous les symptômes en recherchant l'absence ou l'état de développement des caractères sexuels secondaires, les éventuelles anomalies morphologiques et l'existence de douleurs pelviennes cycliques. Il recherche des anomalies de

l'olfaction et des autres nerfs crâniens. Il apprécie l'état psychologique, la qualité des échanges intrafamiliaux, l'existence d'un stress, la conduite alimentaire, en recherchant particulièrement les variations pondérales. Il précise les modalités d'une éventuelle activité sportive.

Aménorrhée secondaire

L'aménorrhée secondaire, une fois éliminée la grossesse, se définit comme un arrêt des règles depuis au moins 3 mois [13].

L'interrogatoire est capital car il peut retrouver d'emblée un contexte évocateur de l'étiologie. Il doit toujours garder à l'esprit l'existence éventuelle d'une grossesse. Il précise :

- les modalités d'installation de l'aménorrhée : arrêt brutal, secondaire à une période de spanioménorrhée progressive, en rapport avec l'arrêt de la pilule, le post-partum ou le post-abortum ;
- l'existence d'une vie sexuelle avec ou sans contraception ;
- la notion de traumatisme psychologique (deuil, divorce, séparation d'avec la famille...) et de modifications de mode de vie (déménagement, licenciement...) ;
- l'intensité de l'activité sportive et ses modalités ;
- les modalités d'alimentation et les éventuelles variations pondérales.

Il insiste sur les thérapeutiques en cours ou récemment arrêtées et tout particulièrement les psychotropes.

- **Cycle menstruel et ses troubles** [14, 15, 16]

Le cycle menstruel idéal dure 28 jours avec des variations physiologiques de 2 à 3 jours. La durée moyenne normale des règles, liquide rouge sombre fluide incoagulable, est de 3 à 6 jours. Leur abondance est variable selon les femmes, souvent plus marquée les 2 ou 3 premiers jours. On doit être très attentif aux modifications qu'elle a remarquées par rapport à son statut habituel. Apprécier l'abondance des règles à l'interrogatoire est difficile. Il faut s'aider de repères objectifs : une consommation augmentée de tampons ou de serviettes, des changements de garnitures plus fréquents, le passage à des produits beaucoup plus absorbants.

On distingue les troubles du rythme menstruel, les troubles de la durée et les troubles de l'abondance des règles. L'interrogatoire recherche aussi des signes évocateurs d'un trouble de la coagulation : épistaxis, gingivorragies... ou des traitements favorisants.

Une feuille de courbe de température est systématiquement remise et expliquée à la patiente qui y reportera sa courbe thermique et la date de ses saignements. Les résultats serviront à orienter l'enquête étiologique.

○ **Métrorragies**

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

L'association de ménorragies et de métrorragies est fréquente et définit les ménométrorragies.

Les possibles métrorragies cycliques péri ovulatoires dites « règles de quinzaine » sont des pertes hématiques peu abondantes d'une durée de quelques heures à 2 ou 3 jours. Elles surviennent au milieu de chaque cycle chez certaines femmes et sont parfois accompagnées d'un phénomène douloureux pelvien [14].

Troubles du rythme menstruel.

1. Pollakiménorrhée : les cycles sont trop courts avec des règles normales.
2. Spanioménorrhée : les cycles sont trop longs, en général à partir de 45 jours et au-delà, avec des règles normales.

Troubles de la durée des règles.

1. Hypoménorrhée : les règles sont courtes, moins de 3 jours, parfois de 1 jour ou de quelques heures.
2. Hyperménorrhée : les règles sont trop longues, de plus de 8 jours.

Troubles de l'abondance des règles.

1. Oligoménorrhée : les règles sont très pauvres pouvant être réduites à quelques taches.

2. Polyménorrhée : les règles sont d'abondance excessive.

Ménorragies : les règles sont à la fois trop longues et trop abondantes.

❖ Douleurs pelviennes [15, 16, 17, 18]

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

L'interrogatoire précise les caractères de la douleur, les signes fonctionnels associés et apprécie le contexte psychosexuel, familial et social. On se souviendra que les femmes qui ont subi des abus sexuels, en particulier dans l'enfance, souffrent beaucoup plus fréquemment que les autres de douleurs gynécologiques [19] et que la plupart des douleurs chroniques sont multifactorielles.

- Les caractères de la douleur

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

- mode de début, brutal ou insidieux ;
- type, rythme dans le nyctémère et dans l'année ;
- siège et irradiations, éventuellement montrés du doigt par la patiente ;
- allure évolutive, périodique ou continue avec ou sans paroxysme ;

- Les facteurs déclenchant, facteurs d'aggravation ou de modulation, position antalgique,

- Les symptômes associés ; une douleur périnéale unilatérale à irradiation antérieure ou anale majorée par la position assise, soulagée par la position debout et disparaissant après repos en décubitus doit faire évoquer une névralgie du nerf pudendal.

- L'intensité de la douleur est le caractère le plus difficile à préciser. Elle est évaluée sur le jugement qu'émet la patiente elle-même, la mimique, le retentissement (sur l'activité, le sommeil, l'humeur, l'angoisse, la vie sexuelle).

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

- o Douleur et cycle menstruel

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

Dysménorrhée

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

La dysménorrhée secondairement aggravée, où la dysménorrhée était primaire puis s'intensifie, prend la même valeur qu'une dysménorrhée secondaire.

La dysménorrhée peut être spasmodique à type de colique utérine. Elle peut être congestive, donnant alors une sensation de lourdeur douloureuse du petit bassin. Elle peut parfois s'accompagner de l'expulsion d'un moule de la cavité utérine à distinguer d'une fausse couche : c'est la dysménorrhée membraneuse.

En fonction de leur rythme par rapport aux règles, les dysménorrhées peuvent être protoménales dès le début du flux menstruel, holoménales tout au long du flux, téléoménales survenant à la fin du flux. La dysménorrhée de précession débute la veille des règles ou même 2 jours avant.

Syndrome prémenstruel

Une douleur peut s'intégrer dans un syndrome prémenstruel. Il associe des manifestations congestives, œdémateuses et souvent douloureuses des seins, de l'abdomen, du pelvis et des extrémités à des troubles psycho comportementaux répondant aux critères du « trouble dysphorique prémenstruel ».

Syndrome inter menstruel

Une douleur pelvienne latéralisée cyclique correspondant à la période ovulatoire, parfois associée à des « règles de quinzaine », caractérise le syndrome inter menstruel [14]

❖ Leucorrhées

Les leucorrhées se définissent comme des pertes génitales cervico-vagino-vulvaires non sanglantes.

L'interrogatoire précise la date et le mode de début. Il analyse les caractères de l'écoulement : abondance, couleur, consistance, périodicité, odeur.

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

L'interrogatoire recherche les signes généraux (fièvre ou fébricule, asthénie, amaigrissement) et les signes associés :

- génitaux (prurit et brûlures, douleurs pelviennes, dyspareunie...)
- urinaires (pollakiurie, brûlures mictionnelles, miction douloureuse...)
- digestifs (brûlures, prurit anal, troubles du transit).

Il précise les habitudes d'hygiène (tampons périodiques, injections vaginales...) et les thérapeutiques antérieures ou en cours, leur tolérance et leur résultat.

Il recherche l'existence de symptômes du ou des partenaires : écoulement, brûlure, démangeaison, condylome...

Il se termine par l'analyse du retentissement sur l'équilibre psychologique et la vie sexuelle.

Le gynécologue peut être orienté par le simple interrogatoire vers le caractère physiologique ou pathologique des leucorrhées.

Les leucorrhées physiologiques sont en général claires, peu abondantes, à renforcement péri ovulatoire, inodores et n'entraînent aucun signe fonctionnel. Les leucorrhées pathologiques sont en rapport avec une lésion organique ou une infection. Elles présentent des couleurs et/ou des symptômes caractéristiques.

❖ Troubles de la sexualité

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

○ Dyspareunie [16, 19, 20]

La dyspareunie est une douleur génitale provoquée par le rapport sexuel.

Elle peut être primaire, apparue dès les premiers rapports sexuels, ou secondaire.

L'interrogatoire précise :

- le siège (vestibulaire, vulvaire, vulvovaginal, pelvien médian ou latéralisé) ;
- le mode de déclenchement (le contact, les mouvements, le type de position) ;
- l'intensité, autorisant ou non l'intromission, inhibant ou non l'orgasme ;
- la chronologie par rapport à la vie sexuelle : survenue au tout début puis s'effaçant, persistant tout au long du rapport ou seulement à sa fin, cédant avec la relation sexuelle ou persistant, voire se renforçant ensuite ;
- l'association ou non à un défaut de lubrification ;
- la fréquence intermittente, occasionnelle ou constante, spécifique d'un partenaire sexuel ou non ;
- les éventuels facteurs 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 vulvovaginal, 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'anus qui rend difficile, voire impossible, toute pénétration vaginale. Il peut être primaire et complet et correspond au mariage non consommé. S'il est incomplet, les rapports restent possibles mais difficiles et douloureux. Il peut être secondaire, souvent après un accouchement. 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.

- ❖ Troubles urinaires [14, 21,22]

Les troubles du bas appareil urinaire féminin donnent à décrire les troubles de la continence et les troubles de la miction. Ils peuvent s'accompagner ou non de prolapsus.

- Troubles de la continence

L'incontinence, qui peut être définie par la perte involontaire d'urine par l'urètre en dehors de toute miction, est fréquente. L'interrogatoire recherche et évalue le degré de gêne fonctionnelle et l'abondance de la fuite. Il précise le type de l'incontinence.

Dans l'incontinence urinaire d'effort, la perte d'urine involontaire n'est pas précédée du besoin d'uriner. Elle est par définition contemporaine de l'effort.

Dans l'incontinence urinaire avec impériosité ou urgence mictionnelle, le besoin irrépessible précède la fuite. La patiente n'a pas le temps d'aller aux toilettes.

L'incontinence peut être associée ou non à une pollakiurie diurne ou nocturne, à une dysurie, à une sensation de pesanteur ou de gêne pelvienne. Plus rarement, l'interrogatoire retrouve la notion de fuite d'urine spontanée sans signe associé. Il faut évoquer une origine neurologique périphérique ou centrale. Un écoulement urinaire permanent doit faire penser à une malformation ou à une fistule urétéro- ou vésicovaginale.

Si l'interrogatoire retrouve la notion de vessie toujours pleine, il faut évoquer une éventuelle miction par regorgement.

- Troubles de la miction

Les troubles de la miction peuvent être isolés, sans trouble de la continence. Il s'agit de pollakiurie et/ou de dysurie. L'interrogatoire en précise les modalités et l'association à des brûlures à la miction. Il détaille les caractères physiques des urines : couleur, limpidité, odeur... L'utilisation de bandelettes réactives directement au cabinet donne souvent des informations importantes.

- ❖ Symptômes d'appel mammaires [15, 18, 16]

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

- Mastodynie

Une mastodynie est une douleur mammaire. L'analyse sémiologique d'une mastodynie en précise le siège, le type, la topographie uni- ou bilatérale, la date

et le mode de début, l'évolution, le caractère cyclique ou non lié avec la période menstruelle, les facteurs de modulation, les irradiations éventuelles, le caractère isolé ou associé à des signes cutanés, mamelonnaires, mammaires ou généraux. En cas de douleur exclusive des mamelons, l'interrogatoire recherche aussi un éventuel frottement à l'occasion d'une activité sportive sans soutien-gorge adapté.

- Autres symptômes

L'interrogatoire précise tous les caractères sémiologiques d'un changement ou d'une anomalie d'aspect ou de volume ou d'une tumeur. Il détaille les modalités d'un écoulement uni- ou multipore, uni- ou bilatéral, spontané ou provoqué. Dans tous les cas, l'interrogatoire détaille les thérapeutiques antérieures ou en cours, en particulier hormonales et/ou hyperprolactinémiantes et précise le profil psychologique et le contexte psychosocial.

- ❖ Troubles de la fécondité [24]

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** [4]: 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** [4]: 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 à 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.

B. EXAMEN PHYSIQUE.

Touchant 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.

- ✓ l'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.

- ✓ L'examen gynécologique :

1. L'examen abdominal :

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

L'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.

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.

3. 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.

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.

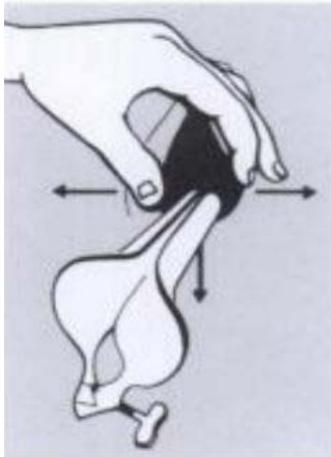


Figure 6 [6]: Pour mettre le spéculum : écarter les lèvres, éviter la zone urétrale, appuyer sur la fourchette.

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 longue,

- 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 œstrogénique 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 sécrétante.

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.

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 tout 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 coté 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.

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.

✓ L'examen sénologique ou examen des seins [12]

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

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 aérolomamelonnaires (2 à 6 %). Ces seins surnuméraires doivent être examinés au même titre que les seins eutopiques.

On s'attachera à rechercher une :

- Anomalie cutanée : 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.

La palpation des seins :

Il faut palper les seins de façon méthodique (quadrant par quadrant) et comparative en rayon de soleil, 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 ou 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 :

- siège : 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 de déceler des tumeurs inférieures à 2cm. L'examen clinique est donc insuffisant 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.

La palpation des aires ganglionnaires :

L'examen des seins s'accompagne toujours de la palpation des aires ganglionnaires axillaires et sus claviculaires quelque 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.

✓ Le rythme des examens gynécologiques [6]:

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.

C. QUELQUES EXPLORATIONS COURANTES. [7]

1- Prélèvement et étude des sécrétions cervico-vaginales.

Indiqué en cas de leucorrhée pathologique. Le prélèvement est réalisé au niveau du cul-de-sac postérieur. Il se fait avec un écouvillon et est placé dans les milieux spécifiques, pour être envoyé au laboratoire dans les deux heures.

L'examen direct extemporané au microscope est indispensable car il permet de diagnostiquer une infection à *trichomonas* ou mycosique.

Le *trichomonas* est facile à reconnaître, même sur un frottis vaginal ; plus volumineux que les polynucléaires, il a une forme ovale. Son cytoplasme est clair, le noyau est petit, il est spontanément mobile grâce à son flagelle.

Les filaments mycéliens et les spores sont visibles après passage de la lame à une solution de potasse à 5%, qui dissout les cellules à l'exception des éléments mycosiques.

La mise en culture de ces prélèvements doit être systématique. Elle permettra de confirmer le diagnostic de mycose, de trichomonas et de diagnostiquer des infections à germes banals mais aussi à gonocoques et à chlamydiae.

2- Frottis cervicaux de dépistage

Les frottis de dépistage doivent être réalisés chez toutes les femmes en période d'activité génitale. Le frottis ne doit pas être fait en période menstruelle, ni après une toilette vaginale, ni après la mise en place d'ovule ou de crème (48 heures au moins) ni en cas d'infection cervico-vaginale (un mois après le traitement de l'infection).

Techniques. Après mise en place sans lubrifiant d'un spéculum, on débarrasse le col utérin de ses sécrétions, à l'aide d'un tampon sec.

Le frottis de l'exocol est réalisé avec le bord découpé de la spatule d'Ayre, que l'on introduit au niveau de l'orifice externe du col, au contact de la ligne de jonction entre les épithéliums glandulaire et malpighien, et à laquelle on imprime un mouvement de rotation. Le frottis, étalé sur une lame, est fixé immédiatement dans un mélange alcool-éther ou par une vaporisation de laque.

Le frottis de l'endocol doit être réalisé avec un balai ou un porte coton, en effectuant un mouvement de rotation identique. Le produit sera fixé immédiatement.

La classification des frottis de Papanicolaou distingue cinq stades. Elle est actuellement remise en question, parce que trop schématique.

Tableau I : Classification des frottis selon Papanicolaou. [7]

Frottis P1	Cellules épithéliales normales
Frottis P2	Cellules épithéliales normales et cellules inflammatoires
Frottis P3	Cellules épithéliales dysplasiques
Frottis P4	Cellules épithéliales probablement néoplasiques
Frottis P5	Cellules néoplasiques

3- Echographie pelvienne

L'échographie utilise les ultrasons dont les modalités de propagation entraînent, par réflexion sur des structures, l'apparition d'images. Elle permet le repérage des contours externes d'une lésion et visualise sa structure interne. L'utilisation de sondes vaginales devrait permettre d'améliorer la sémiologie échographique gynécologique.

4- Hystérosalpingographie

L'hystérosalpingographie est la radiographie de l'utérus et des trompes, rendus radio-opaques par l'injection d'un produit de contraste.

Le lipiodol utilisé comme produit de contraste est actuellement abandonné, car mal toléré et trop concentré en iode. Les substances hydrosolubles contenant 25% d'iode doivent être préférées. Les images obtenues sont très nuancées et

permettent de distinguer les reliefs muqueux. L'élimination de ces produits est rapide, leur tolérance excellente.

Deux types d'appareils à préhension cervicale sont disponibles :

- La ventouse cervicale à embout type Bommelaer qui permet une excellente préhension du col et assure un examen pratiquement indolore.
- La canule de Riazzi-Palmer qui permet de réaliser l'examen quel que soit l'état du col utérin. Cependant, l'examen est plus douloureux car la canule est solidarisée avec le col par une pince de Pozzi.

L'interrogatoire, l'examen clinique et le bilan para clinique doivent avoir été conduits de façon rigoureuse et avoir permis d'éliminer la possibilité de grossesse, infection génitale, ménométrorragies abondantes, prise récente de bismuth.

L'hystérosalpingographie doit être réalisée entre le 8^e et le 12^e jour du cycle.

Après que la patiente a évacué sa vessie, on met en place un spéculum pour repérer le col utérin, pratiquer une désinfection cervico-vaginale et fixer l'hystérographe.

Six clichés au moins sont nécessaires :

- Le cliché sans préparation permet de voir d'éventuelles opacités : tumeur calcifiée, opacités dentaire (kyste dermoïde), ganglion opacifié, phlébolithes.
- Le cliché en début de remplissage permet l'analyse sélective des lésions intra-utérines.
- Un cliché en réplétion renseigne sur l'état de l'utérus et des trompes.
- Un cliché de profil permet de voir la position de l'utérus.
- Un cliché en évacuation permet une nouvelle analyse des lésions intra-utérines et renseigne sur l'opacification tubaire.
- Un cliché tardif est réalisé 20 minutes après le précédent. La patiente peut se lever, et la marche permet une bonne diffusion du produit. Il permet l'étude de la perméabilité des trompes et donne des renseignements sur l'existence d'adhérences et le volume des ovaires.

Dans certains cas, un cliché en oblique est utile à l'étude de l'ampoule tubaire.

Les accidents de l'hystérogographie peuvent être : le danger de l'irradiation (surtout en début de grossesse), et le réveil infectieux.

Les incidents peuvent être : les douleurs secondaires, les troubles neurovégétatifs, l'injection vasculaire, l'hémorragie et les réactions allergiques.

L'hystérosalpingographie est surtout utilisée dans le bilan de **stérilité** et celui des **troubles du cycle menstruel**.

5- La mammographie

La mammographie est la représentation radiologique de l'image du sein. Les incidences utilisées sont au nombre de quatre : face, profil, oblique à 30° et axillaire.

Les images obtenues sont caractérisées par une grande variabilité. Cette imagerie dépend de la densité du parenchyme.

Le tissu conjonctif donne un aspect flou en fonction de la charge hydrique qui vient estomper les contrastes. Le tissu lipomateux, peu dense, clair, donne les meilleurs contrastes avec les structures fibreuses.

Chez la femme en période d'activité génitale, l'aspect le plus fréquent est celui d'espaces clairs, entourés de parois arciformes, réalisant un aspect hétérogène, pommelé. La périphérie de la glande est marquée par une bande claire, rattachée à la zone sous dermique par les crêtes de Duret. La puberté est marquée par une forte congestion responsable d'un aspect très flou.

Classiquement, le sein de la femme jeune est dense, siège plus volontiers d'une hyperplasie fibreuse, alors que le sein de la femme en pré-ménopause est plus souvent radio-transparent, lipo-scléreux. En fait l'inverse n'est pas exceptionnel. L'imbibition hormonale lors du cycle vient également modifier l'imagerie : le sein étant plus clair radiologiquement jusqu'à la période ovulatoire pour présenter ultérieurement un flou global avec élargissement des structures conjonctives. Ce dernier aspect est également observé lors de la grossesse. Ce flou est retrouvé en période de lactation, associé à une organisation de type nodulaire.

IV- MÉTHODOLOGIE :

A - Cadre d'étude

Notre étude avait pour cadre le service de Gynécologie-Obstétrique du Centre de Santé de Référence (CS Réf) de la Commune II du district de Bamako.

1- Situation géographique :

La commune II couvre une superficie de 17 km² soit environ 7 % de la superficie totale du district de Bamako.

Elle est limitée :

- au Nord par le pied de la colline du Point G ;
- au Sud par le fleuve Niger ;
- à l'Est par la commune I ;
- à l'Ouest par la commune III.

Elle comporte 12 quartiers (Bagadadji, Bakaribougou, Bougouba, Bozola, Hippodrome, Médine, Missira, Niarela, Quinzambougou, TSF, Zone industrielle, N'Gomi).

Le centre de santé de Référence se trouve à Missira.

2- Description du cadre d'étude :

Le service de gynécologie obstétrique occupe le rez-de-chaussée.

Il comporte :

- une salle d'accouchement avec trois (3) tables d'accouchements ;
- un bureau pour la sage femme maîtresse qui sert en même temps de salle de garde pour les sages femmes, les infirmières et les aides soignantes ;
- une toilette externe pour le personnel ;
- une unité de consultation prénatale (CPN) ;
- une unité de planning familial (PF) ;
- une unité de consultation post natale ;

- une unité PTME (Prévention de la Transmission Mère-enfant du VIH) ;
- une salle d'échographie ;
- une unité de gynécologie et de prise en charge des grossesses à risque ;
- 18 lits répartis entre 4 salles d'hospitalisation.

Le personnel comprend :

- trois spécialistes en gynécologie obstétrique dont un est le chef de l'unité de gynécologie obstétrique ;
- des médecins en spécialisation en gynéco-obstétrique de nombre variable ;
- des étudiants faisant fonction d'interne de nombre variable ;
- 18 sages-femmes dont l'une est la sage-femme maîtresse;
- 4 infirmières obstétriciennes ;
- 20 aides-soignantes ;
- 4 chauffeurs ;
- 5 manœuvres.

3- Fonctionnement :

Le service dispose d'une salle d'accouchement qui fonctionne vingt quatre heures sur vingt quatre.

Les consultations gynécologiques et obstétricales (grossesses à risque) sont assurées par les gynécologues obstétriciens.

Un staff se tient tous les jours ouvrables pour discuter de la prise en charge des dossiers des entrantes et les événements survenus lors des gardes. Une équipe de garde quotidienne travaille vingt quatre heures sur vingt quatre. Elle est composée d'un gynécologue obstétricien, d'un DES, d'un médecin généraliste, de deux internes, d'une sage-femme, d'une infirmière obstétricienne, d'une aide-soignante, d'un chauffeur, d'un manœuvre et d'un infirmier anesthésiste.

La visite des patientes hospitalisées est quotidienne et est dirigée par un gynécologue obstétricien.

B - Type et période d'étude

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective allant du 1^{er} Janvier au 31 Juin 2014, soit une période de six (6) mois.

C - Population d'étude

La population d'étude était constituée par toutes les patientes ayant consulté à l'unité gynécologique de notre service pour un problème gynécologique ou mammaire pendant la période d'étude.

D- Échantillonnage

1- Critères d'inclusion :

Ont été incluses dans cette étude, toutes les patientes reçues en consultation pour un problème gynécologique ou mammaire et disposant d'un dossier.

2- Critères de non-inclusion

N'ont pas été incluses dans notre étude, toutes patientes reçues en consultation :

- pour des problèmes non gynécologiques ou non mammaires
- dont les dossiers étaient incomplets ou inexploitable.

3- Techniques de collecte des données

Supports des données

Les données ont été collectées à partir des dossiers de consultation gynécologique, le tout reporté sur une fiche d'enquête individuelle préalablement établie.

Variables étudiées

- Date de la consultation
- Caractéristiques sociodémographiques : Nom, prénom, âge, ethnie, profession, adresse, niveau d'instruction, statut matrimonial.
- Mode d'admission
- Motif (s) de consultation
- Antécédents : médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux

- Examen physique : Etat général, conjonctives, seins, abdomen, excision, vulve, vagin, leucorrhées, col, utérus, cul de sac
- Examens para-cliniques : échographie pelvienne, échographie mammaire, PV + antibiogramme, ECBU + antibiogramme, hystérosalpingographie, cœlioscopie, mammographie, IVA/IVL, spermogramme, BPO, BHCG plasmatique, test urinaire de grossesse, hystérocopie, CRP, NFS, hystérosonographie, α fœtoprotéine, ca 125, ca 15-3, bilan hormonal, aucun
- Diagnostics/pathologies retenues
- Traitements : médical, chirurgical
- Référées/évacuées : oui, non

4- Saisie et analyse des données :

Les données ont été saisies et analysées sur le logiciel SPSS 12.0.

Le traitement de texte et les tableaux ont été effectués sur Microsoft Word 2007. Le test exact de FISHER a été utilisé avec seuil de signification $p < 0,05$.

5- Aspects éthiques

La confidentialité des données a été assurée par un accès réservé aux fiches. L'anonymat des patientes a été gardé pour la divulgation des résultats.

6- Définitions opérationnelles

Les définitions ne sont pas toutes universelles et ne sont valables que pour l'étude en tenant compte du cadre opérationnel de celle-ci. Dans le cadre de cette étude, nous avons adopté les définitions suivantes :

Gynécologie [2]: Elle est une spécialité médicochirurgicale consacrée à l'étude de l'organisme de la femme et de son appareil génital tant du point de vue physiologique que pathologique.

Evacuée [8]: toute patiente adressée par un personnel ou une structure de santé dans un contexte d'urgence.

Gestité [9]: c'est le nombre de grossesse chez la femme.

-Nulligeste : zéro grossesse

- Primigeste : première grossesse,

- Paucigeste : deux à trois grossesses,
- Multigeste : quatre à cinq grossesses,
- Grande multigeste : six grossesses et plus.

Motif de consultation [6] : C'est ce que la patiente apporte lors de la consultation comme demande, plainte, symptôme. C'est la clé d'entrée en relation entre le médecin et la patiente.

Parité [9] : C'est le nombre d'accouchements chez une femme.

- nullipare : zéro accouchement ;
- primipare : un accouchement ;
- paucipare : deux à trois accouchements ;
- multipare : quatre à cinq accouchements ;
- grande multipare : six accouchements et plus.

Référée [8]: toute patiente adressée par un personnel ou une structure de santé sans notion d'urgence.

Venue d'elle-même: les patientes venues d'elles-mêmes sont celles qui n'ont été ni référées ni évacuées vers le service qui les reçoit.

NB : Notre étude n'apportera pas de jugement, sur la qualité du plateau technique, la qualité de la consultation gynécologique, ni sur l'organisation du service. Elle sera basée surtout sur le profil des consultantes, leurs préoccupations majeures et les soins reçus.

V- RESULTATS :

Pendant la période de notre étude du 1^{er} janvier 2014 au 30 juin 2014, nous avons dénombré 335 patientes venues pour des pathologies gynécologiques soit 43,4%, et 24 patientes venues pour des pathologies mammaires soit 3,1% sur un total de 771 admissions à l'unité gynécologique.

Notons par ailleurs que, pendant notre période d'étude, l'unité de « planification familiale » qui n'a pas fait partie de notre série, a reçue 334 patientes, venues consulter uniquement pour demande de planification familiale/ contraception.

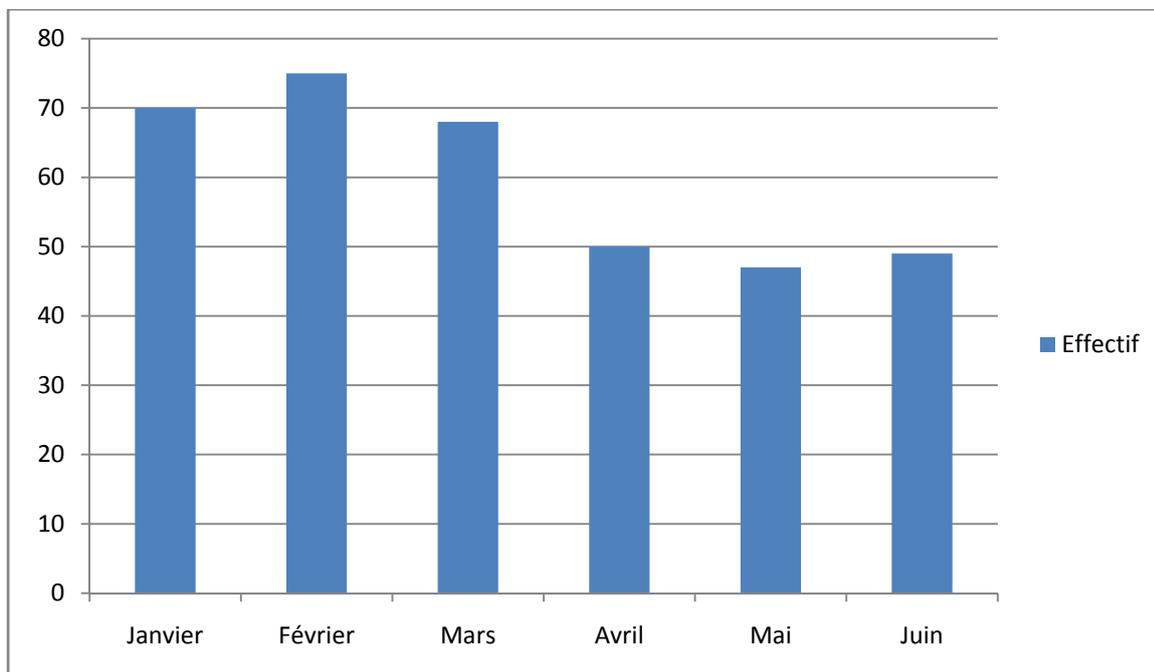
1. Fréquence des consultations pour pathologies gynécologiques et mammaires parmi les admissions à l'unité gynécologique.

Tableau II : répartition des consultations pour pathologies gynécologiques et mammaires parmi les admissions à l'unité de gynécologie obstétrique

Admission à l'unité de gynécologie obstétrique	Effectif	Fréquence (%)
CPN et pathologies obstétricales	409	53
Pathologies gynécologiques	335	43,5
Pathologies mammaires	24	3,1
Autres*	3	0,4
Total	771	100

*Autres : Pathologies non gynécologiques et non obstétricales : dont un cas d'éventration post césarienne, deux cas de troubles fonctionnels intestinaux.

2. Période de consultation



Graphique 1 : répartition des patientes en fonction du mois de la première consultation.

75 patientes ont consulté au mois de février pour des pathologies gynécologiques et mammaires soit 20,9% et 70 au mois de janvier soit 19,5%.

3. Caractéristiques sociodémographiques

3-1- Âge :

Tableau III : répartition des patientes selon la tranche d'âge

Âge (année)	Effectif	Fréquence (%)
<= 19	30	8,4
20-24	58	16,2
25-29	88	24,5
30-34	53	14,8
35-39	47	13,1
>=40	83	23,1
Total	359	100

L'âge des patientes variait de 4 ans à 80 ans, avec une moyenne de 32,44 ans.

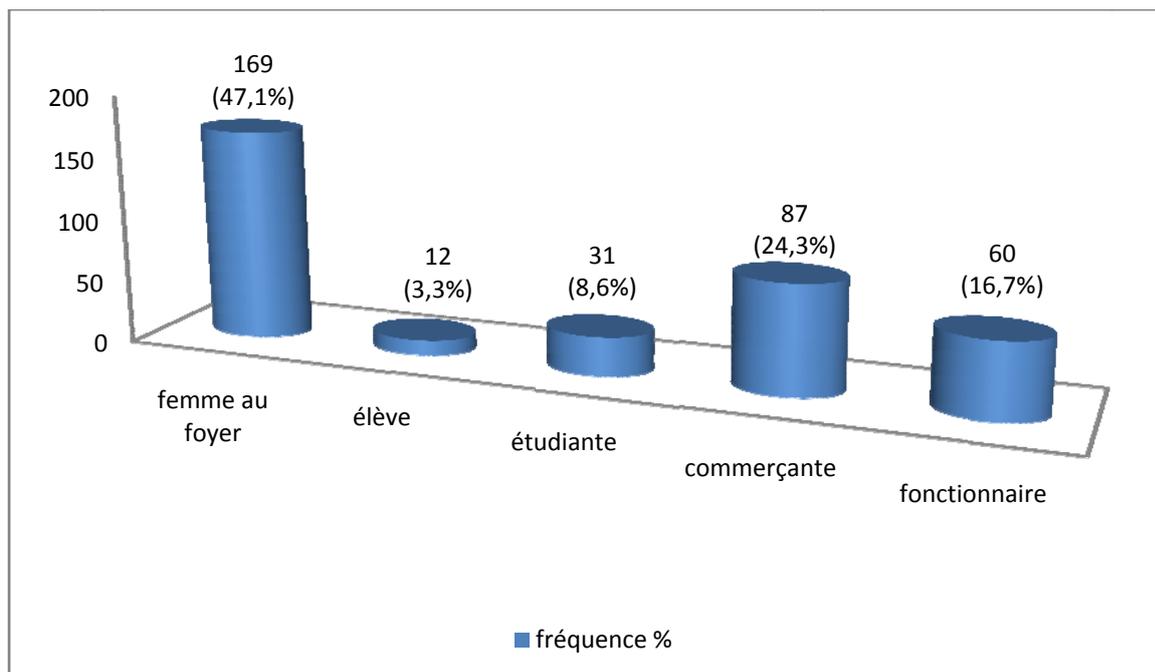
3-2- Ethnie :

Tableau IV : répartition des patientes selon l'ethnie

Ethnies	Effectif	Fréquence (%)
Bambara	166	46,2
Sarakolé	50	13,9
Peulh	38	10,6
Malinké	31	8,6
Sonrhäi	14	3,9
Dogon	13	3,6
Sénoufo	8	2,2
Bozo	7	1,9
Bobo	6	1,7
Minianka	6	1,7
Ethnies étrangères*	6	1,7
Maure	5	1,4
Kassonké	4	1,1
Kakolo	2	0,6
Wolof	2	0,6
Mossi	1	0,3
Total	359	100

*Ethnies étrangères : Ghanéennes (3), Ivoiriennes (2), Sénégalaise (1).

3-3- Profession



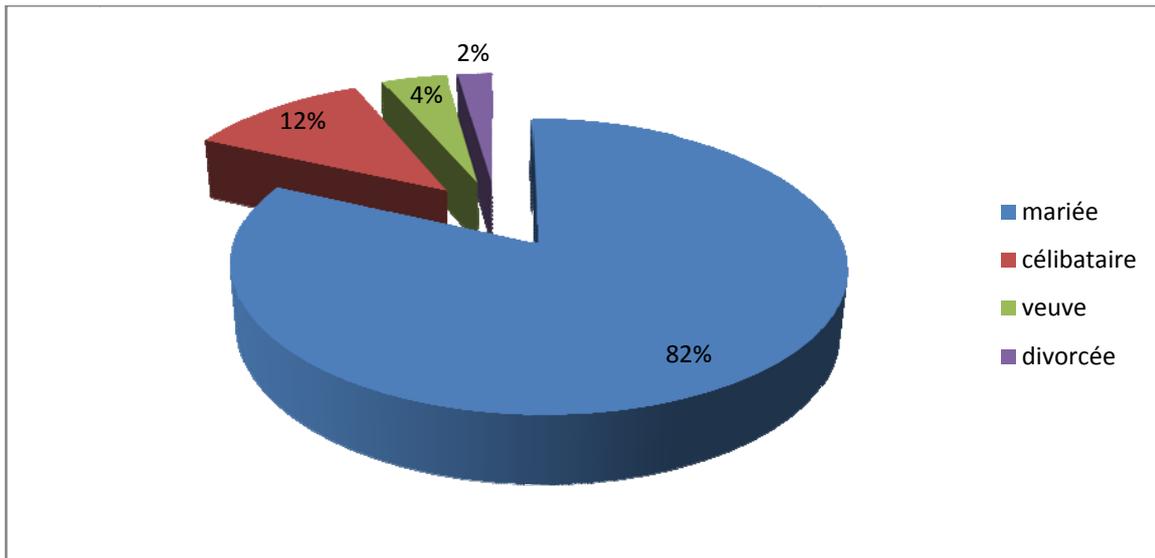
Graphique 2 : répartition des patientes en fonction de la profession de la consultante.

Commerçantes : vendeuses, teinturières, coiffeuses.

Tableau V : répartition des patientes en fonction de la profession de leur conjoint

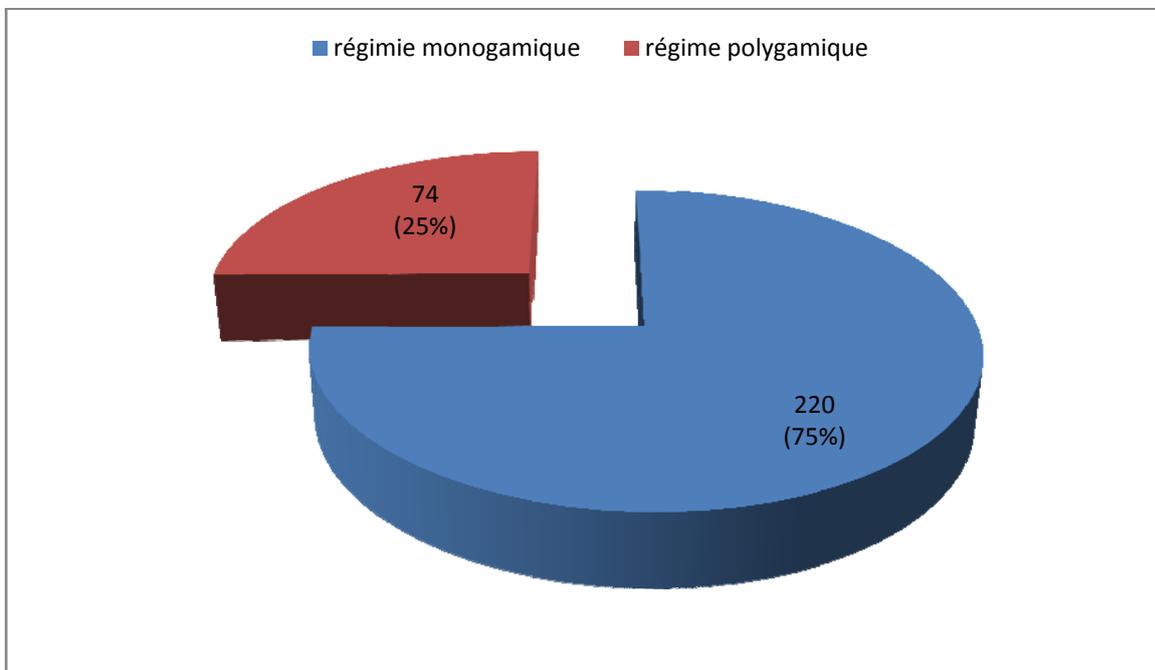
Profession du conjoint	Effectif	Fréquence
Fonctionnaire	91	25,4
Cultivateur, éleveur, pêcheur	75	21
Commerçant	64	17,8
Chauffeur	54	15
Ouvrier	34	9,5
Chômage	22	6,1
Etudiant	8	2,2
Inconnu	7	1,9
Pas de conjoint	4	1,1
Total	359	100

3-4- Statut matrimonial



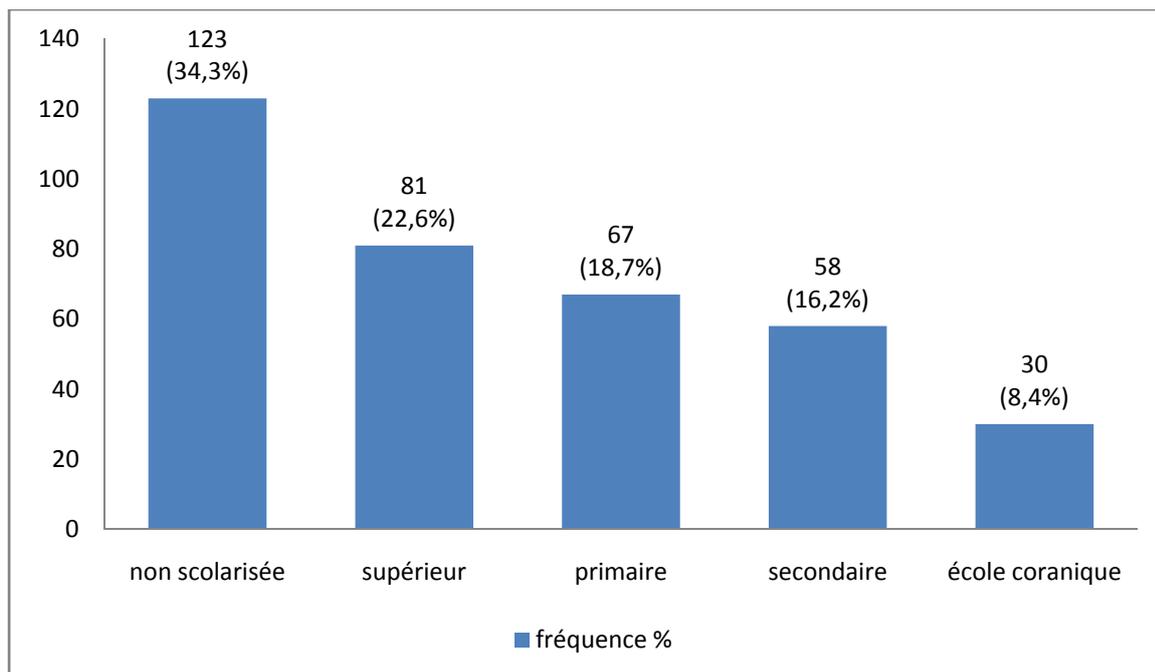
Graphique 3 : répartition des patientes en fonction du statut matrimonial.

3-5- Régime matrimonial



Graphique 4 : répartition des patientes en fonction du régime matrimonial.

3-6- Niveau d’instruction



Graphique 5: répartition des patientes en fonction du niveau d’instruction.

3-7- Mode d’admission

Tableau VI : répartition des patientes selon le mode d’admission

Mode d’admission	Effectif	Fréquence (%)
venue d’elle même	334	93
un médecin	18	5
Référée par une Sage femme	7	2
Total	359	100

3-8- Motifs de consultation**Tableau VII : répartition des patientes selon le motif de consultation**

	Effectif	Fréquence (%)
Algies pelviennes	81	22,6
Désir d'enfant	63	17,5
Trouble du cycle*	46	12,8
Leucorrhées	19	5,3
Mastodynie	16	4,5
Métrorragies + algies pelviennes	13	3,6
Aménorrhées + désir d'enfant	10	2,8
Désir d'enfant + algies pelviennes	10	2,8
Saignement vaginal post coïtal	9	2,5
Masse vulvaire	9	2,5
Utérus polomyomateux à l'échographie pelvienne	9	2,5
Masse au niveau du sein	8	2,3
Autres **	8	2,3
Hyperménorrhée + désir d'enfant	7	1,9
Prurit vulvaire	7	1,9
aménorrhée + leucorrhées	7	1,9
Algies pelviennes + leucorrhées	6	1,7
Masse pelvienne	6	1,7
Algies pelviennes + métrorragies + désir d'enfant	4	1,1
Dyspareunie	4	1,1
Consultation systématique	4	1,1
Dysurie-pollakiurie	3	0,8
Désir d'enfant + leucorrhées	3	0,8
Bouffées de chaleur	3	0,8
Dysménorrhées	2	0,6
Baisse de la libido	2	0,6
Total	359	100

*Troubles du cycle 46 cas : 20 cas d'aménorrhées, 10 cas d'oligoménorrhées, 8 cas de polyménorrhées et 8 cas de métrorragies.

****Autres** : Les motifs de consultation ayant pour effectif « 1 » : Violences sexuelles, algies pelviennes + dyspareunies, plaie vulvaire, aménorrhées + saignement vaginal post coïtal, hystérectomie, écoulement au niveau du sein, obstruction tubaire, séquelles d'excision.

NB : La même patiente peut avoir plusieurs motifs de consultation.

3-9- Antécédents médicaux

Tableau VIII : répartition des patientes selon les ATCD médicaux

ATCD médicaux	Effectif	Fréquence (%)
Aucun	300	83,6
HTA	35	9,7
Syndrome ulcéreux	7	1,9
Drépanocytose	5	1,4
Asthme	5	1,4
Diabète	4	1,1
VIH	2	0,6
HTA + diabète	1	0,3
Total	359	100

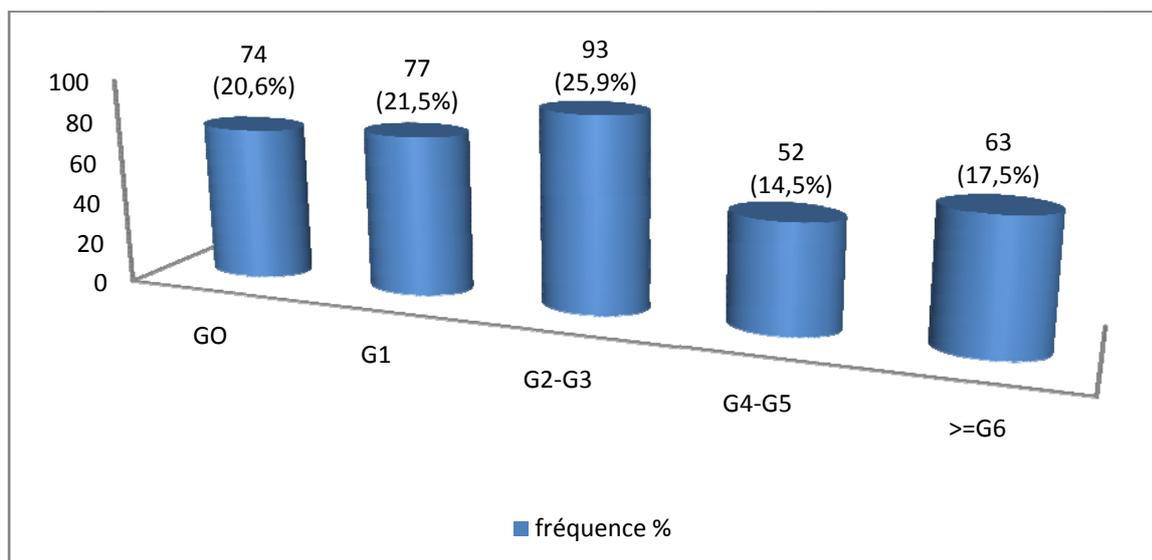
3-10- Antécédents chirurgicaux

Tableau IX : répartition des patientes selon les ATCD chirurgicaux

ATCD chirurgicaux	Effectif	Fréquence (%)
Aucun	292	80,2
Césarienne	39	10,7
Appendicectomie	10	2,8
GEU	8	2,2
Myomectomie	6	1,7
Hystérectomie	2	0,5
Cure d'occlusion intestinale	2	0,5
Plastie tubaire	2	0,5
Laparotomie pour rupture utérine	1	0,3
Kystectomie	1	0,3
Total	364	100

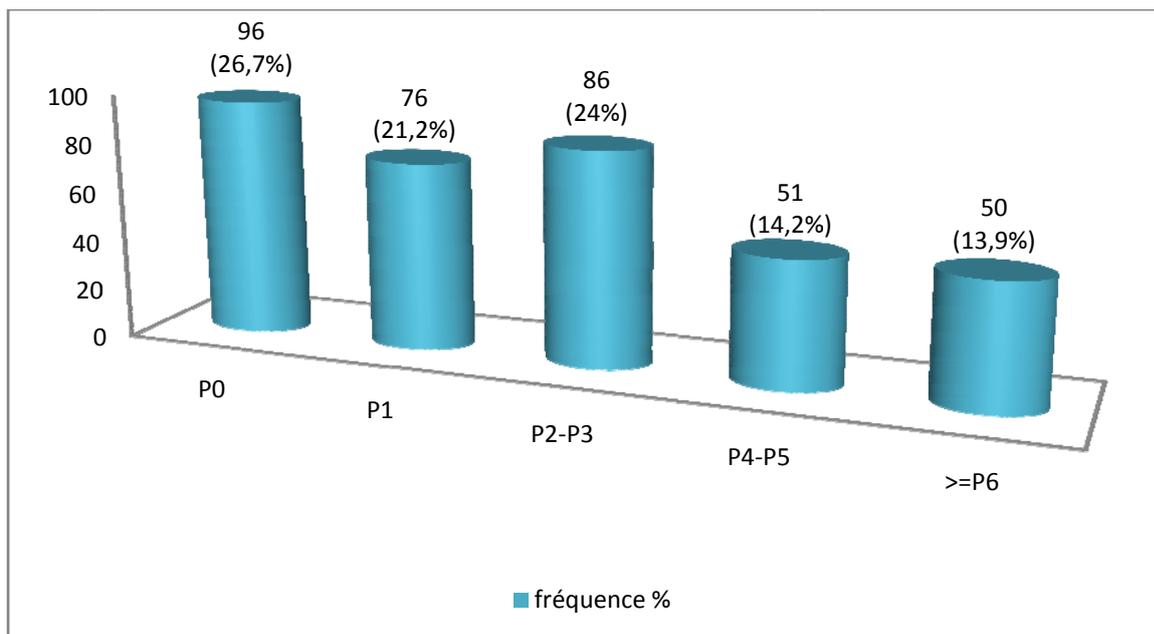
La même patiente peut avoir plusieurs antécédents chirurgicaux.

3-11- Gestité



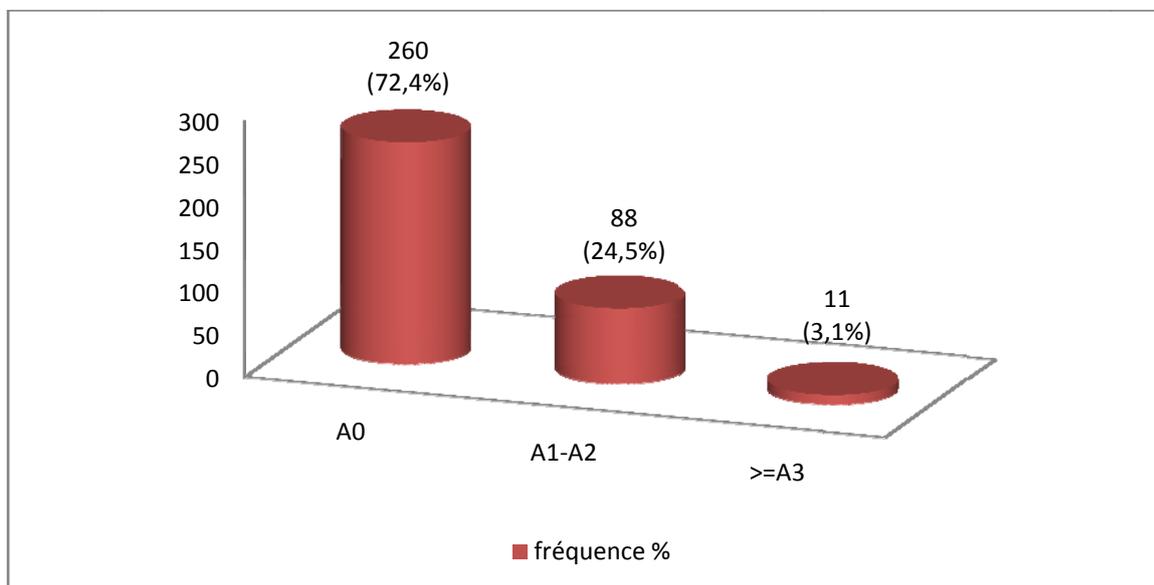
Graphique 6: répartition des patientes selon la gestité.

3-12- Parité



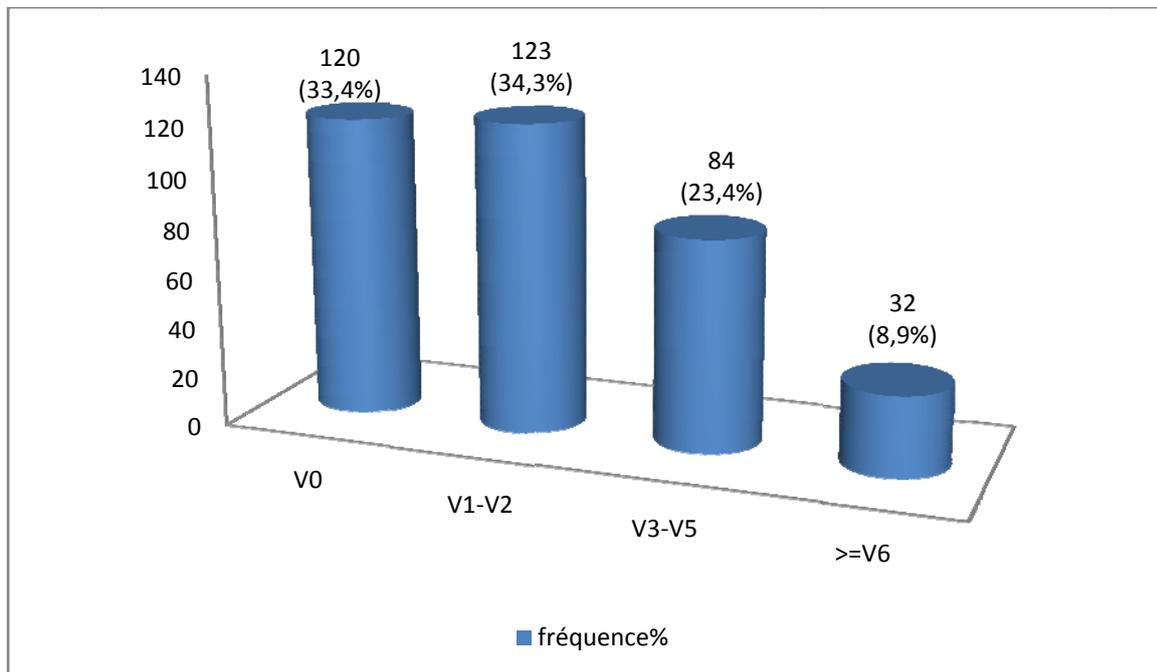
Graphique 7: répartition des patientes selon la parité.

3-13- Avortement



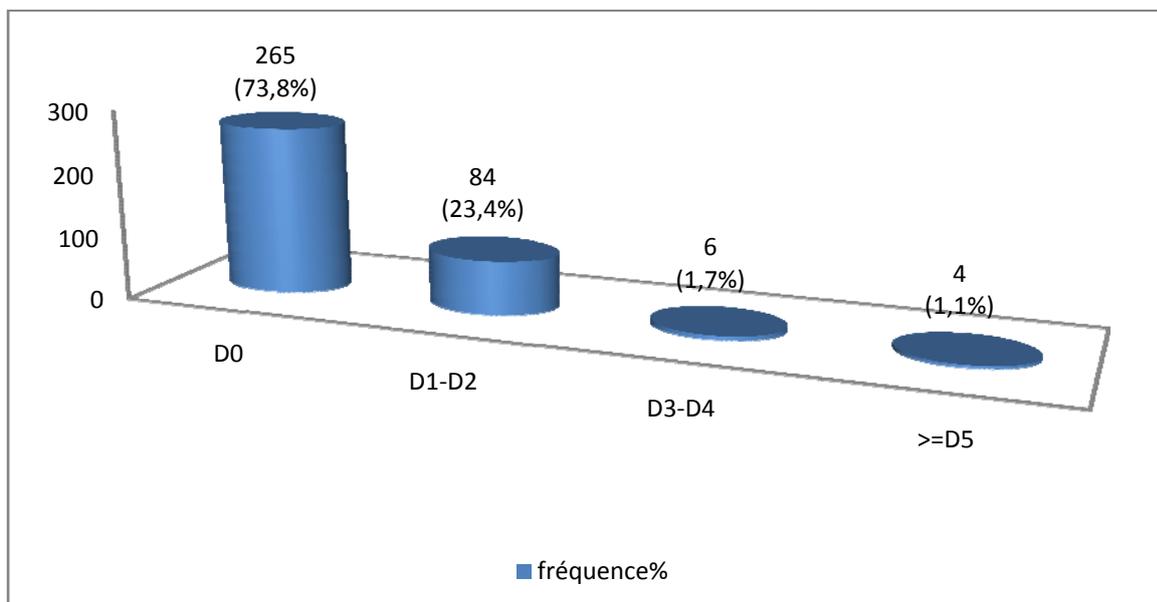
Graphique 8: répartition des patientes selon le nombre d'avortements.

3-14- Enfants vivants



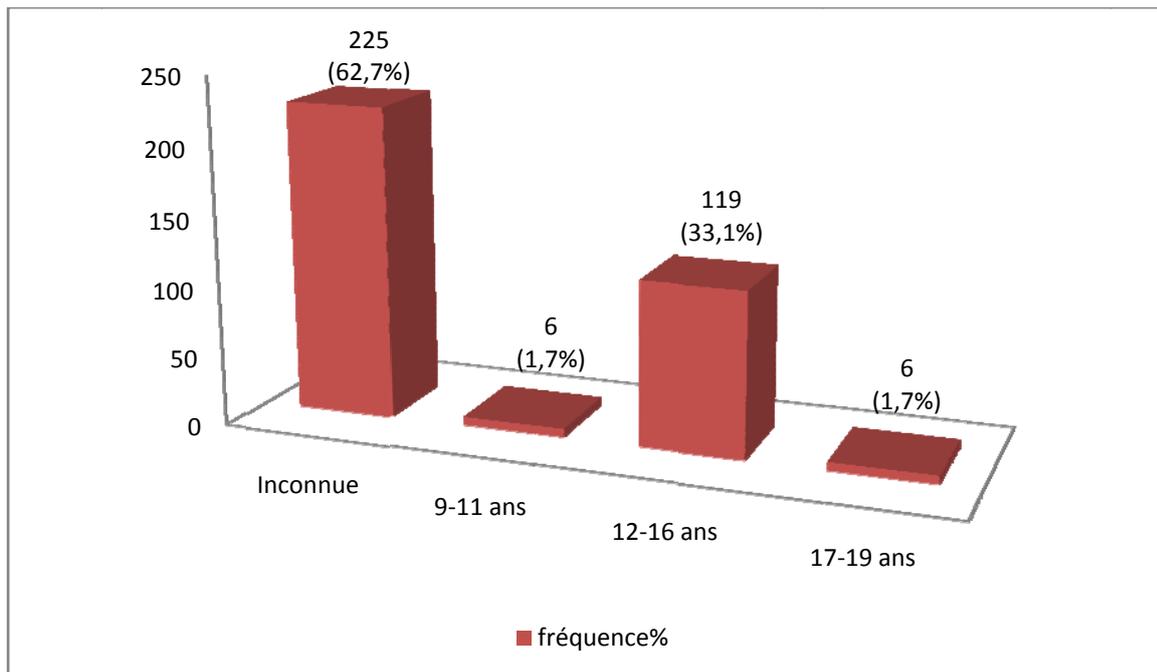
Graphique 9: répartition des patientes selon le nombre d'enfants vivants.

3-15- Enfants décédés



Graphique 10: répartition des patientes selon le nombre d'enfants décédés.

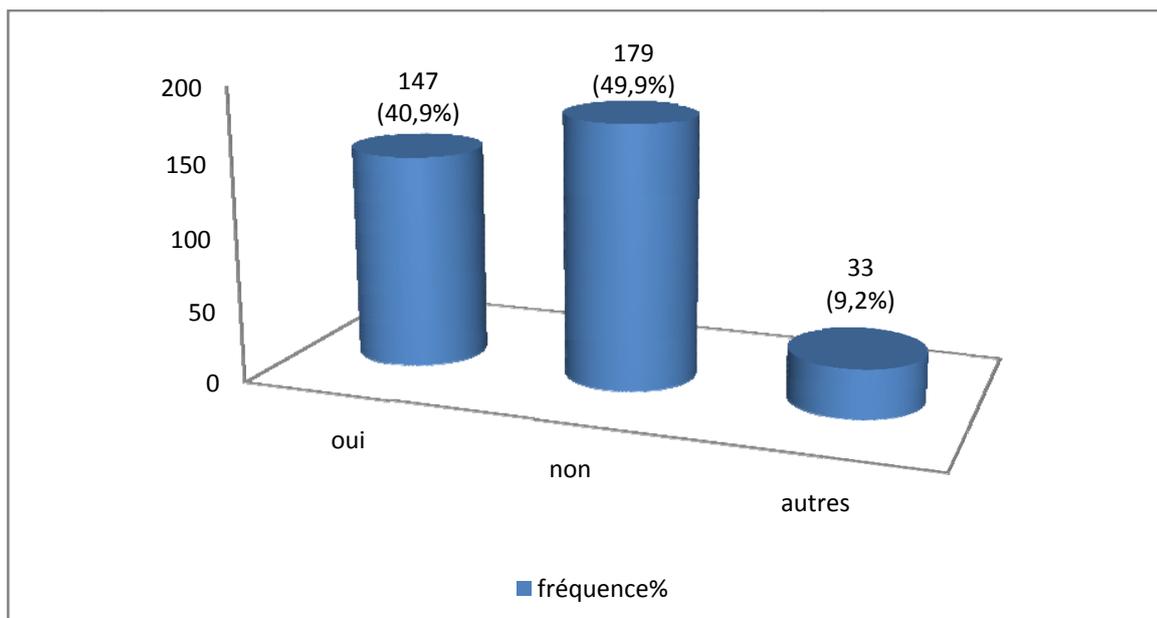
3-16- Ménarche.



Graphique 11: répartition des patientes selon la date des premières règles.

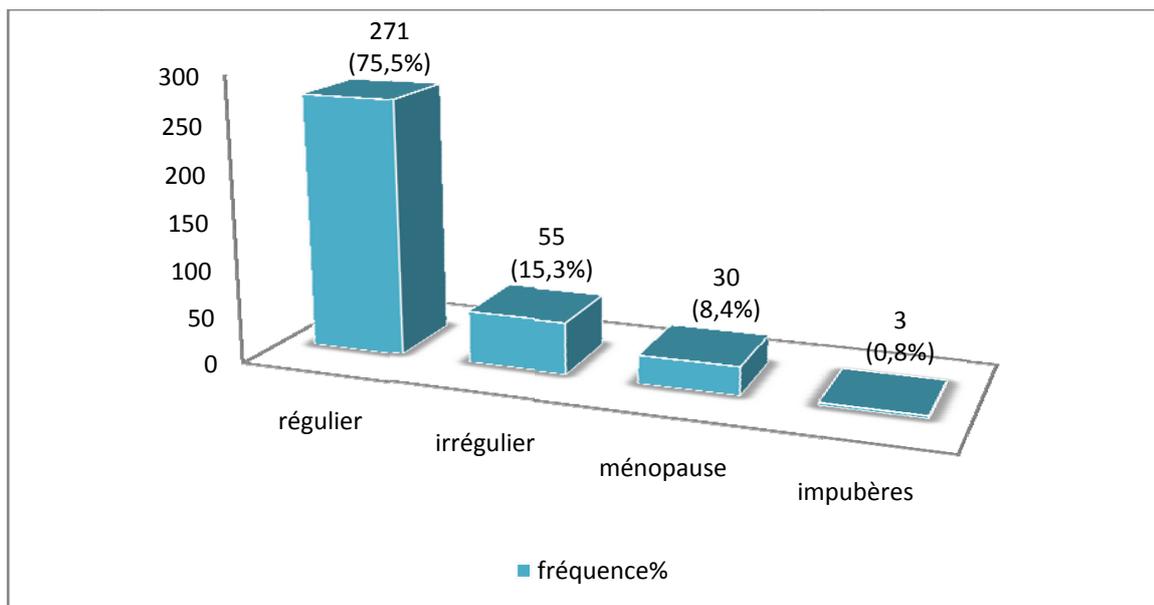
NB : Dans notre étude nous avons enregistré trois (3) enfants soit 0,8% qui n'avaient pas encore débuté leur cycle menstruel.

3-17- Dysménorrhées.



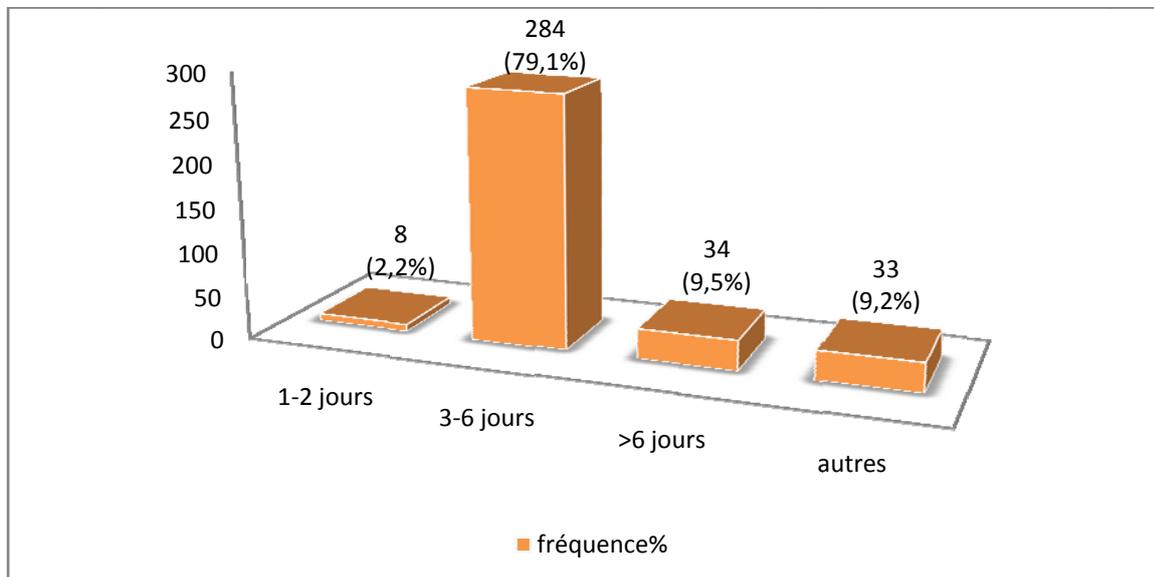
Graphique 12: répartition des patientes selon la présence des dysménorrhées.

3-18- Cycle.



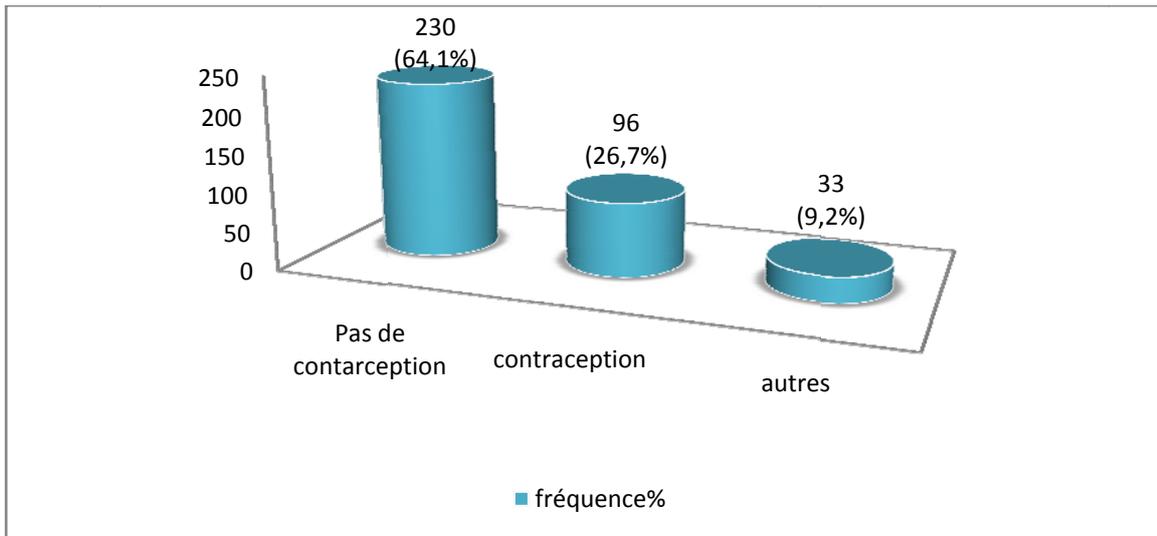
Graphique 13: répartition des patientes selon la régularité du cycle.

3-19- Durée des règles

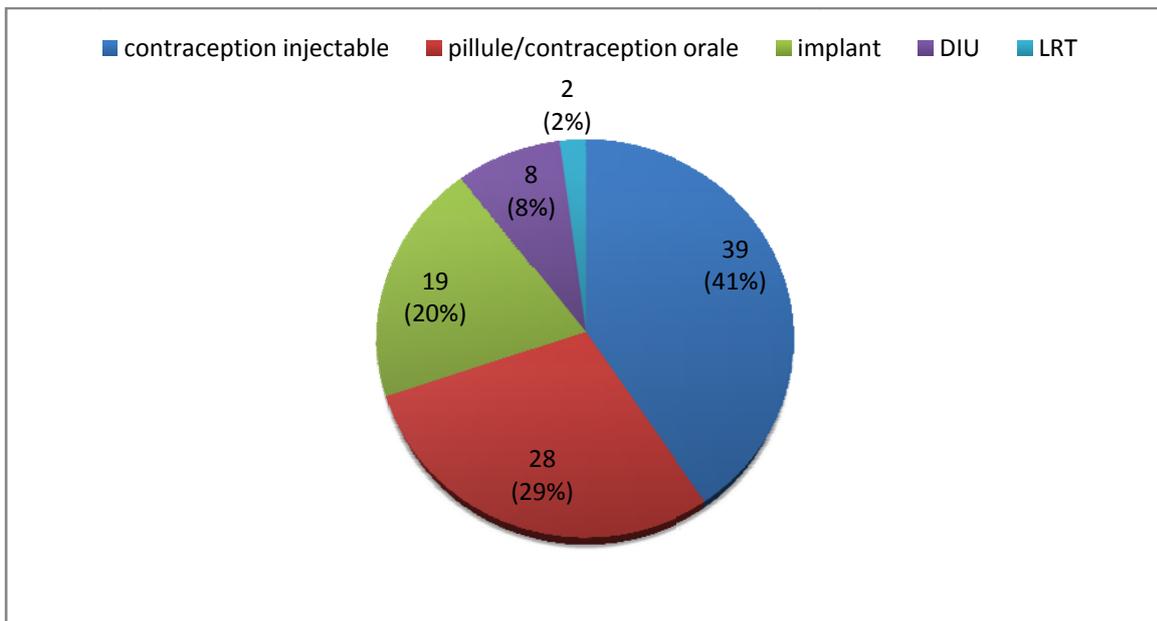


Graphique 14: répartition des patientes selon la durée des règles.

3-20- Contraception

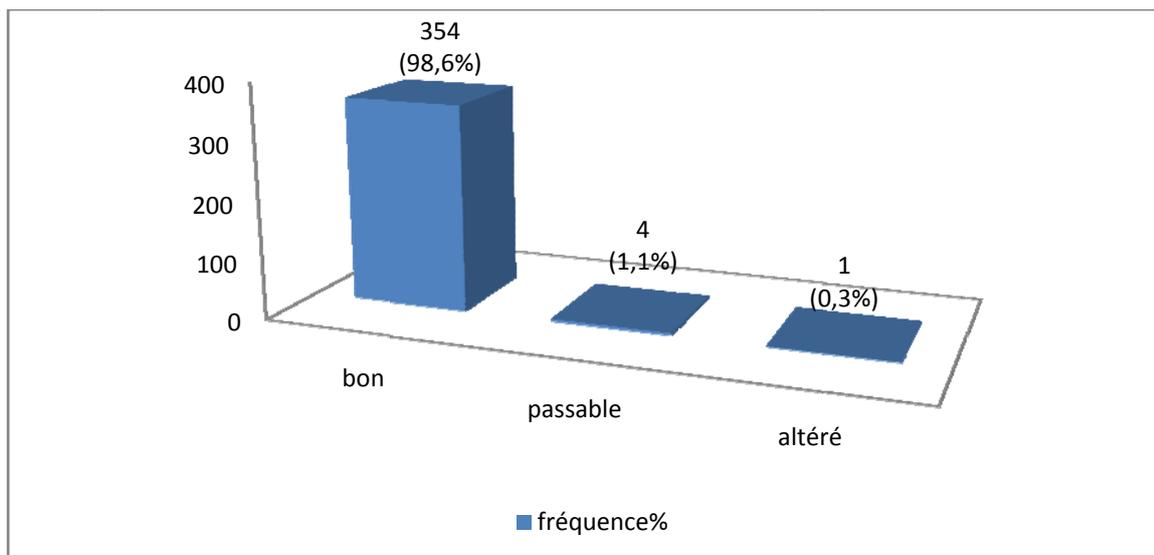


Graphique 15: répartition des patientes selon l'utilisation ou non de contraceptif.



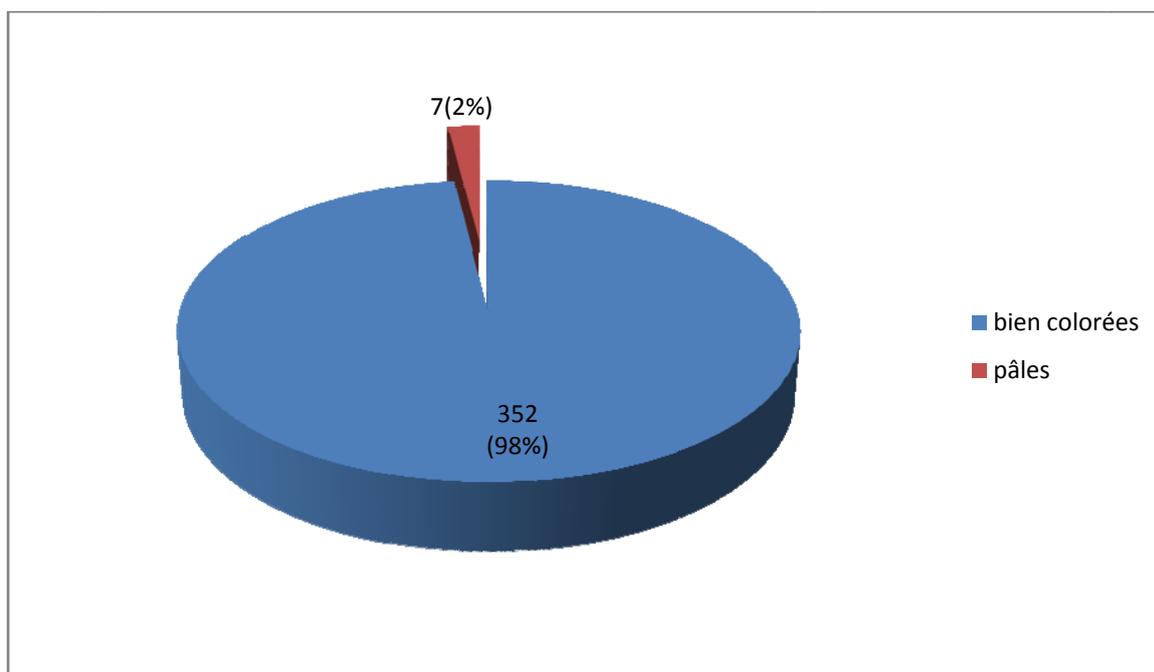
Graphique 16: répartition des patientes selon le type de contraception utilisée.

3-21- Etat général



Graphique 17: répartition des patientes selon l'état général à l'admission.

3-22- Etat des conjonctives



Graphique 18: répartition des patientes selon l'état des conjonctives

3-23- Examen des seins**Tableau X : répartition des patientes selon l'inspection des seins.**

	Effectif	Fréquence (%)
Normal	350	97,5
Zone inflammatoire	9	2,5
Total	359	100

Tableau XI : répartition des patientes selon la palpation des seins.

	Effectif	Fréquence (%)
Normal	340	94,7
Sensible	9	2,5
Nodulaire	5	1,4
sécrétions séreuses	4	1,1
sécrétions lactescentes	1	0,3
Total	359	100

3-24- Examen abdominal**Tableau XII : répartition des patientes selon l'inspection de l'abdomen**

	Effectif	Fréquences (%)
Sans particularité	292	81,3
Présence de cicatrice d'ITSO	45	12,5
Présence de cicatrice d'IMSO	12	3,4
Présence d'une cicatrice d'incision de Mac Burney	10	2,8
Total	359	100

Tableau XIII: répartition des patientes selon la palpation de l'abdomen

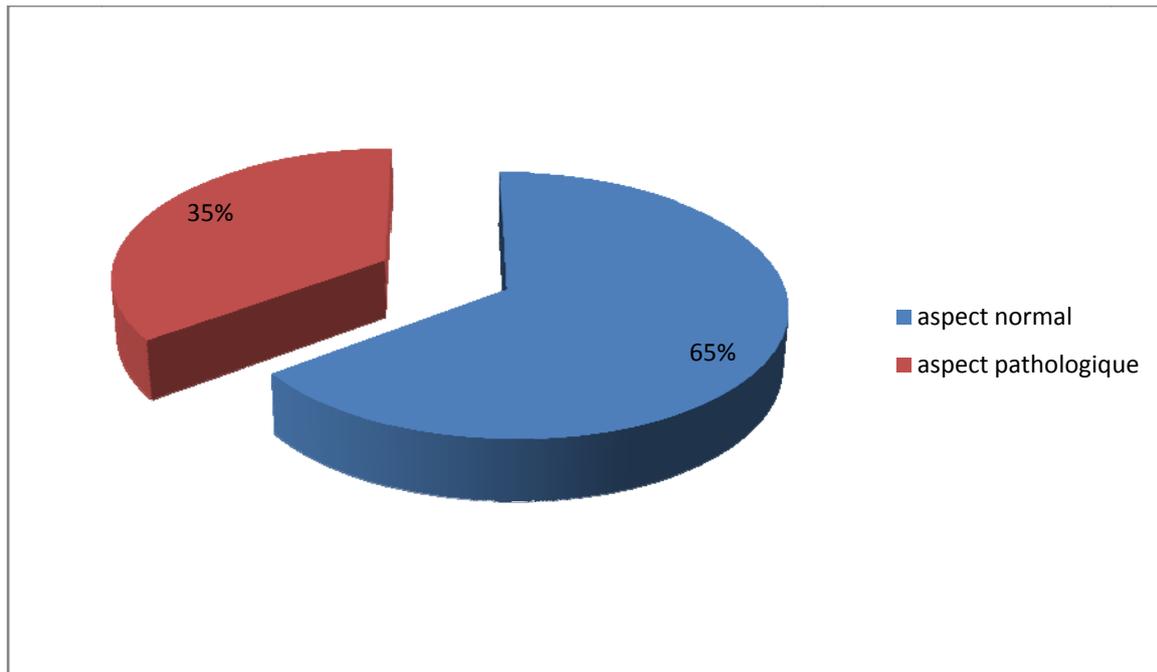
	Effectif	Fréquence (%)
Sans particularité	245	68,2
Sensible	96	26,7
Masse	8	2,2
Défense	7	2
Sensible + masse	2	0,6
hépatomégalie	1	0,3
Total	359	100

3-25- Examen pelvien**Examen périnéal****Tableau XIV : répartition des patientes selon le type d'excision**

	Effectif	Fréquence (%)
Non excisée	9	2,5
Type 1	4	1,1
Type 2	343	95,5
Type 3	3	0,9
Total	359	100

Examen au spéculum**Tableau XV : répartition des patientes selon l'examen du vagin**

	Effectif	Fréquence (%)
Sans particularité	300	83,6
Non exploré	28	7,8
Présence de sang	22	6,1
Vaginite	8	2,2
Lésions ulcéro-nécrotiques	1	0,3
Total	359	100



Graphique 19: répartition des patientes selon l'aspect macroscopique des leucorrhées.

Tableau XVI : répartition des patientes selon l'examen du col

	Effectif	Fréquence (%)
Sans particularité	284	79,1
Non exploré	33	9,1
Inflammatoire/cervicite	27	7,5
Abaissé	4	1,1
Lésions bourgeonnantes	3	0,8
Ulcéro-nécrotiques	2	0,6
Kyste de Naboth	2	0,6
Absent	2	0,6
Sténose	1	0,3
Séquelle de déchirure du col	1	0,3
Total	359	100

Le toucher vaginal

Tableau XVII : répartition des patientes selon l'examen de l'utérus

	Effectif	Fréquence (%)
Sans particularité	224	62,4
Augmenté de volume	56	15,6
Non exploré	28	7,8
Sensible	25	7
Masse latéro-utérine	10	2,8
Contour irrégulier	7	1,9
Utérus prolabé	4	1,1
Rétroversion utérine	3	0,8
Absent	2	0,6
Total	359	100

Tableau XVIII : répartition des patientes selon l'examen du cul de sac de Douglas

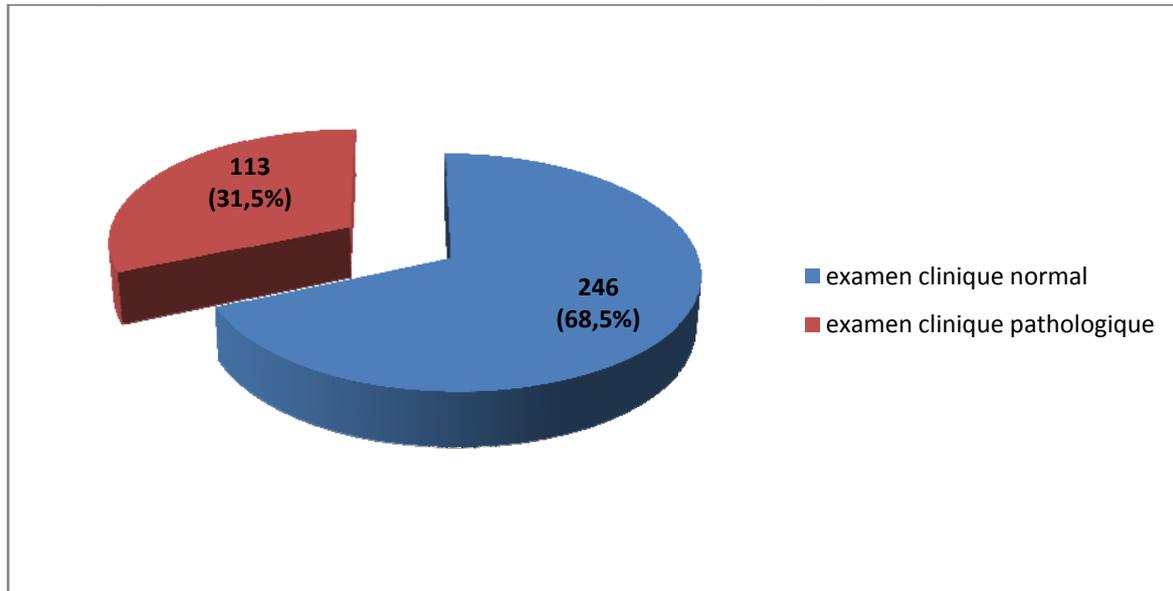
	Effectif	Fréquence (%)
Libre	299	83,3
Non explorée	28	7,8
Sensible	23	6,4
Comblé	8	2,2
Déchirure du cul de sac postérieur du vagin	1	0,3
Total	359	100

Le toucher rectal

Tableau XIX : répartition des patientes selon l'examen au toucher rectal

	Effectif	Fréquences (%)
Non fait	349	97,2
Induration des paramètres	7	2
Diminution de la tonicité du sphincter anal	3	0,8
Total	359	100

3-27- Conclusion de l'examen gynécologique



Graphique 20: répartition des patientes selon la conclusion de l'examen gynécologique.

3-28- Examen para clinique.**Tableau XXI : répartition des patientes selon les examens paracliniques demandés**

	Effectif	Fréquence (%)
Echographie pelvienne	256	33
PV + antibiogramme	179	23,1
ECBU	132	17
IVA-IVL	63	8,1
Bilan hormonal*	30	3,4
Echographie mammaire	24	3,1
Aucun	22	2,9
Hystérosalpingographie	16	2,1
BPO**	13	1,7
Test urinaire de grossesse	12	1,6
Mammographie	7	0,9
Sérologie toxoplasmose	4	0,6
Sérologie rubéole	4	0,6
Biopsie du col	2	0,3
NFS	2	0,3
α Fœto-protéine	2	0,3
Ca 12,5	2	0,3
SRV	2	0,3
Ag HBS	2	0,3
Spermogramme	1	0,1
Total	775	100

*Bilan hormonal (principalement) = FSH + LH + oestradiol + prolactinémie

**BPO (principalement) = NFS + glycémie + créatininémie + TP + TCA+ groupage rhésus.

NB : Plusieurs examens complémentaires peuvent être prescrits à la même patiente.

3-29- Diagnostic retenu**Tableau XXII : répartition des patientes selon le (s) diagnostic (s) retenu (s)**

	Effectif	Fréquence (%)
Infections génito-urinaires	113	31,4
Aucun	101	28,1
Fibrome utérin	20	5,1
Kyste de l'ovaire	14	3,8
Grossesse	14	3,8
Mastite	9	2,5
Trouble du cycle post-contraception	9	2,5
Prolapsus génitaux	8	2,3
Infertilité	7	1,9
Syndrome pré ménopausique	7	1,9
Lésions précancéreuses du col	7	1,9
Infertilité + infection uro-génitale	6	1,7
Salpingites	5	1,4
Tumeur bénigne du sein	5	1,4
Obstruction tubaire	5	1,4
Cystite	4	1,1
Dystrophies ovariennes	3	0,9
Grossesse arrêtée	3	0,8
Fibrome utérin + infection génito-urinaires	2	0,6
Lésions précancéreuses du col + infections génito-urinaires	2	0,6
Autres *	15	4,5
Total	359	100

***Autres :**

- Endométriose ovarienne (1)
- Ménopause précoce + Infections génito-urinaires (1)
- Infertilité tubaire + Infections génito-urinaires (1)
- Kyste vulvaire + Infections génito-urinaires (1)
- Occlusion intestinale + Infections génito-urinaires (1)
- GEU (1)
- bartholinite (1)
- Sténose du col (1)
- Ménopause (1)
- Kyste vulvaire (1)

- Hypothyroïdie avec hyperprolactinémie (1)
- Abcès du sein (1)
- Dystrophie ovarienne + Infections génito-urinaires (1)
- Malformation utérine
- Déchirure du cul de sac postérieur du vagin (1)

3-30- Traitement médical reçu

Tableau XXIII : répartition des patientes selon le traitement médical instauré

Traitement médical	Effectif	Fréquence (%)
Aucun	104	29
Antibiotique + antifongique	76	21,1
Antalgique	45	12,5
Antibiotique	31	8,6
Progestatif	25	6,9
Conseling	16	4,4
Antifongique	10	2,7
Antispasmodique	10	2,7
Antibiotique + antalgique	10	2,7
Anti inflammatoire	7	1,9
Induction de l'ovulation	6	1,7
FAF	6	1,7
Antibiotique + antifongique + progestatif	4	1,1
FAF + SP	3	0,8
Antibiotique + induction de l'ovulation	2	0,6
Oestroprogestatif	1	0,3
Antiparasitaire	1	0,3
Bromocriptine	1	0,3
Gel lubrifiant intime	1	0,3
Total	359	100

3-31- Traitement chirurgical reçu**Tableau XXIV : répartition des patientes selon le traitement chirurgical instauré**

	Effectif	Fréquence (%)
Aucun	324	90,2
Myomectomie	14	3,9
Kystectomie	6	1,6
Incision de l'abcès	3	0,8
Cure de prolapsus	3	0,8
AMIU	3	0,8
Plastie tubaire	2	0,6
Cure d'événtration	2	0,6
Salpingectomie	1	0,3
Mastectomie gauche + curage ganglionnaire	1	0,3
Total	359	100

3-32- Référence / évacuation**Tableau XXV : répartition des patientes selon les références/évacuations**

Référées/évacuées	Effectif	Fréquence (%)
Non	347	96,7
3^{ème} niveau/CHU	11	3
Chirurgie générale	1	0,3
Total	359	100

3-33- Tableaux croisés

Tableau XXVI : relation entre le (s) motif (s) de consultation et la tranche d'âge des patientes.

Effectif		Relation entre motif (s) de consultation * Âge (année)						Total
		Âge (année)						
		<= 19	20-24	25-29	30-34	35-39	>=40	
Motif (s) de consultation	consultation systématique	0	1	2	0	0	1	4
	algies pelviennes	4	17	13	10	10	27	81
	douleur du sein (uni ou bilatérale)	2	1	4	2	1	6	16
	dyspareunie	0	1	1	1	1	0	4
	désir d'enfant	7	11	19	10	11	5	63
	leucorrhées	2	1	7	3	2	4	19
	prurit vulvaire	0	1	1	2	1	2	7
	masse pelvienne	0	1	1	0	3	1	6
	masse au niveau du sein	1	2	2	0	0	3	8
	masse vulvaire	0	1	1	4	2	1	9
	trouble du cycle	5	4	12	5	8	10	44
	saignements anormaux	2	1	1	3	1	3	11
	bouffée de chaleur	0	0	0	0	0	3	3
	dysurie-pollakiurie	0	1	0	0	0	2	3
	algies pelviennes + trouble du cycle	1	4	2	1	1	4	13
	algies pelvienne + désir d'enfant + troubles du cycle	1	0	2	1	0	0	4
	désir d'enfant + trouble du cycle	2	3	6	2	2	2	17
	algies pelviennes + désir d'enfant	1	0	6	2	0	1	10
	Trouble du cycle + leucorrhées	0	2	2	0	2	1	7
	utérus polymyomateux	0	0	1	2	2	4	9
	algies pelviennes + leucorrhées	1	2	1	1	0	1	6
	désir d'enfant + leucorrhées	0	1	0	2	0	0	3
Total		29	55	84	51	47	81	347

$p > 0,05$. Il n'y a pas de relation significative entre l'âge des patientes et leur motif de consultation.

Tableau XXVII : relation entre le diagnostic retenu et la tranche d'âge des patientes.

Relation entre le diagnostic retenu * Âge (année)

Effectif

diagnostic (s) retenu (s)	Âge (année)						Total
	<= 19	20-24	25-29	30-34	35-39	>=40	
Infections génitales basses	10	12	20	12	8	12	74
salpingite	0	0	2	1	1	1	5
fibrome utérin	0	0	3	1	5	11	20
kyste de l'ovaire	0	2	3	2	3	4	14
lésion précancéreuse du col	0	0	2	0	1	4	7
cystite	0	1	0	0	0	3	4
grossesse	1	1	5	5	1	1	14
tumeur bénigne du sein	1	1	1	0	0	2	5
infertilité	0	3	1	0	3	0	7
syndrome pré-ménopausique	0	0	0	0	1	6	7
prolapsus génitaux	1	0	1	3	2	1	8
aucun	8	16	27	11	13	26	101
infertilité + infection uro-génitale	0	2	3	1	0	0	6
mastite	1	2	2	2	0	2	9
infection uro-génitale	4	12	9	8	1	5	39
Trouble du cycle post-contraception	3	0	3	1	1	1	9
obstruction tubaire bilatérale	0	1	2	1	1	0	5
grossesse arrêté	0	1	0	0	1	1	3
dystrophie ovarienne	0	1	2	0	0	0	3
Total	29	55	86	48	42	80	340

p> 0,05. Il n'y a pas de relation significative entre l'âge des patientes et le diagnostic retenu.

Tableau XXVIII : relation entre le diagnostic retenu et la parité des patientes

Tableau croisé diagnostic (s) retenu (s) * Parité

Effectif

		Parité					Total
		P0	P1	P2-P3	P4-P5	>=P6	
diagnostic (s) retenu (s)	infection génito-urinaire	36	25	32	10	10	113
	salpingite	0	0	2	3	0	5
	fibrome utérin	5	5	2	4	4	20
	kyste de l'ovaire	1	5	3	1	4	14
	lésion précancéreuse du col	0	1	2	2	2	7
	cystite	0	1	0	1	2	4
	grossesse	1	6	4	1	2	14
	tumeur bénigne du sein	3	1	1	0	0	5
	infertilité	4	2	1	0	0	7
	syndrome pré-ménopausique	1	0	4	1	1	7
	prolapsus utérin	1	0	0	1	6	8
	aucun	30	20	19	16	16	101
	infertilité + infection uro-génitale	4	1	1	0	0	6
	mastite	0	2	4	3	0	9
	Trouble du cycle post-contraception	1	1	2	5	0	9
	obstruction tubaire bilatérale	2	2	0	1	0	5
	grossesse arrêtée	1	1	1	0	0	3
	dystrophie ovarienne	0	0	2	1	0	3
Total		90	73	80	50	47	340

p> 0,05. Il n'y a pas de relation significative entre la parité des patientes et le diagnostic retenu.

Tableau XXIX : relation entre le diagnostic retenu et le niveau d'instruction des patientes

Tableau croisé diagnostic (s) retenu (s) * Niveau d'instruction

Effectif

	Niveau d'instruction					Total
	école coranique	primaire	secondaire	supérieur	non scolarisé	
diagnostic (s) retenu (s)						
infection génito-urinaire	8	23	21	28	33	113
salpingite	0	2	0	2	1	5
fibrome utérin	1	4	2	5	8	20
kyste de l'ovaire	1	1	2	3	7	14
lésion précancéreuse du col	0	2	1	0	4	7
cystite	1	1	0	0	2	4
grossesse	1	0	1	4	8	14
tumeur bénigne du sein	0	1	1	1	2	5
aucun	12	19	24	18	28	101
infertilité	0	3	0	2	2	7
syndrome pré-ménopausique	0	0	0	0	7	7
prolapsus génitaux	2	2	0	0	4	8
infertilité + infection uro-génitale	0	1	1	1	3	6
mastite	0	1	2	3	3	9
Trouble du cycle post-contraception	2	2	0	5	0	9
obstruction tubaire bilatérale	0	1	1	0	3	5
grossesse arrêtée	0	0	0	3	0	3
Total	28	63	56	75	115	337

P > 0,05. Il y n'a pas de relation significative entre le niveau d'instruction des patientes et le diagnostic retenu.

Tableau XXX : relation entre le diagnostic retenu et la profession des patientes

Effectif

	Profession						Total
	femme au foyer	élève	étudiante	commerçante	fonctionnaire	retraîtée	
diagnostic (s) retenu (s)	48	5	10	27	20	3	113
infection uro-génitale							
salpingite	1	0	0	2	2	0	5
fibrome utérin	8	0	0	6	5	1	20
kyste de l'ovaire	6	0	2	4	1	1	14
lésion précancéreuse du col	4	0	0	3	0	0	7
cystite	4	0	0	0	0	0	4
grossesse	8	0	2	1	3	0	14
tumeur bénigne du sein	4	0	0	0	1	0	5
infertilité	3	0	1	2	1	0	7
syndrome pré-ménopausique	5	0	0	2	0	0	7
prolapsus utérin	4	1	0	3	0	0	8
aucun	42	5	7	31	16	0	101
infertilité primaire	1	0	1	1	1	0	4
infertilité + infection uro-génitale	4	0	1	0	1	0	6
mastite	5	0	1	0	3	0	9
infection uro-génitale	15	1	5	10	7	1	39
Trouble du cycle post-contraception	4	0	3	0	2	0	9
obstruction tubaire bilatérale	4	0	0	1	0	0	5
grossesse arrêtée	0	0	1	0	2	0	3
Total		12	31	87	60	5	359

P > 0,05. Il y n'a pas de relation significative entre le diagnostic retenu et la profession des patientes.

Tableau XXXI : relation entre le diagnostic retenu et le statut matrimonial des patientes

Effectif		Statut matrimonial					Total
		mariée régime monogamiq ue	mariée régime polygamiq ue	célibataire	divorcée	veuve	
diagnostic	vulvo-	67	24	15	3	4	113
(s) retenu	vaginite						
(s)	salpingite	5	0	0	0	0	5
	fibrome	9	5	3	1	2	20
	utérin						
	kyste de	10	1	2	0	1	14
	l'ovaire						
	lésion	4	1	0	1	1	7
	précancéreu						
	se du col						
	cystite	1	2	0	0	1	4
	grossesse	13	1	0	0	0	14
	tumeur	3	0	1	0	1	5
	bénigne du						
	sein						
	infertilité	6	1	0	0	0	7
	secondaire						
	syndrome	1	4	1	0	1	7
	pré-						
	ménopausiq						
	ue						
	prolapsus	6	1	1	0	0	8
	utérin						
	aucun	59	22	14	2	4	101
	infertilité +	3	3	0	0	0	6
	infection						
	uro-génitale						
	mastite	7	2	0	0	0	9
	Trouble du	7	1	1	0	0	9
	cycle post-						
	contraceptio						
	n						
	obstruction	3	2	0	0	0	5
	tubaire						
	bilatérale						
	grossesse	1	1	1	0	0	3
	arrêtée						
Total		205	71	39	7	15	337

$P > 0,05$. Il y n'a pas de relation significative entre le diagnostic retenu et le statut matrimonial des patientes.

VI- COMMENTAIRES ET DISCUSSION :

Très peu d'études du même genre ont été réalisées à notre connaissance tant au Mali qu'ailleurs. Notre étude se rapproche de celle de COULIBALY S [2]. Elle avait pour but de rapporter les motifs de consultation gynécologique et de dresser le profil épidémiologique des consultantes et des pathologies rencontrées à l'unité de gynécologie et d'obstétrique du CSRéf de la commune II, du 1^{er} janvier au 31 juin 2014.

1- limite de l'étude

Au cours de notre travail nous avons rencontré un certain nombre de difficultés :

- le mauvais état de certains dossiers ;
- le non respect du calendrier de suivi par les patientes ;
- la diversité des pratiques de la part des prestataires de santé ;
- l'insuffisance d'études similaires pour la comparaison des résultats.

2- Fréquence

Nous avons dénombré 359 patientes venues pour des pathologies gynécologiques ou mammaires sur un total de 771 admissions à l'unité gynécologique, soit une fréquence de 46,6%.

3- Profils sociodémographiques :

Dans notre étude, les consultations étaient plus fréquentes pendant les mois de février (20,9%) et de janvier (19,5%). Période qui suit les fêtes de fin d'année, les cérémonies de mariage et période de transition entre la saison d'harmattan et la saison sèche [10]. Nous comprenons aisément la forte prévalence du « désir d'enfant » et des « algies pelviennes » dont la cause la plus fréquente était représentée par les « infections génito-urinaires ».

Dans notre étude l'âge minimum des patientes était de 4 ans et le maximum était de 80 ans ; avec une moyenne de 32,44 ans.

La tranche d'âge 25-29 ans, était prédominante avec **24,5%** ; suivie de la tranche d'âge ≥ 40 ans avec un pourcentage de **23,1%**.

Les jeunes adultes 20-35 ans, période d'activités génitales intenses étaient majoritaires avec **55,5%**. Ces résultats sont proches de ceux de COULIBALY S

[2] qui a trouvé dans le service de gynécologie obstétrique du CHU du Point G une prédominance de la tranche d'âge 20-35 ans avec **51,5%**. Les motifs de consultation les plus fréquents dans cette tranche d'âge étaient « les algies pelviennes », suivie du « désir d'enfant ».

L'ethnie bambara a été majoritaire dans **46,2%**, suivie de l'ethnie Sarakolé dans **11,7%**. Cette répartition des groupes ethniques suit la répartition générale de la population à Bamako.

Le bas niveau d'instruction des femmes (non scolarisée 34,3%, niveau primaire 18,7 %) encore fréquent au Mali ainsi que le bas niveau socio-économique (45,7% des femmes au foyer) sont des facteurs pouvant influencer la prise en charge. Nous notons ainsi dans notre étude, un faible taux de réalisation des examens complémentaires et le non respect des rendez-vous dans **28,1%** des cas. Cette situation pourrait s'expliquer par le faible niveau socio-économique et les conditions culturelles du Mali.

Dans notre étude, la proportion des femmes mariées est la plus importante 82%. Ce résultat est proche de celui de COULIBALY S [2] qui trouve 85,8% des femmes mariées. Les réalités sociales et culturelles dans la population Malienne pourraient expliquer cette situation.

4- Le mode d'admission

Les patientes sont venues d'elle-même dans 93%. Cette prédominance est aussi retrouvée chez COULIBALY S [2] qui trouve 89%. Ce taux légèrement plus élevé dans notre étude trouve son explication dans le système sanitaire du Mali, qui fait que les CSRéf sont plus accessibles par la population générale que les CHU.

5- Le motif de consultation

Les principaux motifs de consultation dans notre étude ont été :

- Les algies pelviennes 22,5%
- Le désir d'enfant 17,5%
- Les troubles du cycle 12,3%

COULIBALY S [2] a trouvé les mêmes éléments dans sa série au CHU du Point G, mais avec des fréquences différentes :

- Le désir d'enfant 27,6 %.

- Les douleurs pelviennes 24,2%.
- Les troubles du cycle 6%.

Cette différence peut s'expliquer par le système sanitaire du Mali. Beaucoup de femmes considèrent le désir d'enfant comme un problème délicat et préfèrent directement consulter au 3^{ème} niveau de la pyramide sanitaire du Mali. Les algies pelviennes souvent considérées comme banales, amènent les femmes à consulter dans les CSRéf.

Au cours de notre étude, nous avons constaté que la pudeur des femmes et les tabous sociaux en matière de vie sexuelle constituent un réel handicap pour déceler le véritable motif de consultation. Ainsi certaines femmes préfèrent se plaindre de douleurs abdominopelviennes que d'évoquer des leucorrhées ou des prurits vulvaires; espérant que le prestataire de santé décèle le mal dont elles souffrent réellement.

6- Les antécédents

Médicaux

On constate que **16,4%** des patientes avaient signalé au moins un antécédent médical, l'HTA étant le plus fréquent avec **9,7%**. La connaissance des antécédents médicaux aide le médecin dans sa démarche diagnostique et thérapeutique.

Chirurgicaux

Au moins un antécédent chirurgical a été constaté chez **19,8%** des patientes. La césarienne étant la plus fréquente avec **10,7%**. L'accent doit être porté sur les antécédents de chirurgie gynéco-obstétricale et digestive.

Obstétricaux

Dans notre étude nous avons trouvé que :

20,6% des patientes n'avaient aucun antécédent de grossesse.

26,7% des patientes n'avaient aucun antécédent d'accouchement.

33,4% n'avaient aucun enfant vivant.

27,6 % des patientes avaient au moins un antécédent d'avortement.

26,2% des patientes avaient au moins un enfant décédé.

Les résultats ci-dessus cités pourraient expliquer le désir d'enfant comme deuxième préoccupation majeure des femmes dans notre série.

Gynécologiques

L'âge de ménarche était inconnu dans **62,7%** des cas. Nous constatons que la majorité des patientes de notre étude avaient un faible niveau de connaissance sur leur cycle menstruel. Les antécédents gynécologiques fournissent au médecin des renseignements nécessaires sur le cycle menstruel et d'autres troubles gynécologiques adjacents, pouvant améliorer la prise en charge des pathologies gynécologiques.

La notion de contraception a été retrouvée chez **26,7%** des patientes. Ce pourcentage est supérieur à celui de COULIBALY S [2], qui a trouvé **11%** dans sa série en 2010. Ces résultats témoignent des efforts consentis par les médias Maliens et les points focaux pour la promotion de la planification familiale, mais aussi de la politique de renforcement de l'offre des services de planification familiale et de l'engagement du gouvernement Malien à travers l'adoption par l'Assemblée Nationale de la loi 02-044 relative à la santé de la reproduction.

La contraception la plus utilisée dans notre étude était la contraception injectable (DEPO-PROVERA®) avec **41%**. Il s'agit d'une méthode contraceptive efficace mais responsable de troubles du cycle (aménorrhée, spotting) et de prise de poids [6]. Ce qui pourrait expliquer la forte prévalence des troubles du cycle parmi les motifs de consultation les plus fréquents.

7- Conclusion de l'examen physique

En dehors de quelques signes physiques retrouvés dans certaines pathologies, l'examen physique reste pauvre dans la majorité des cas. Ainsi dans notre série, le statut gynécologique a été sans particularité dans **68,5%** des examens physiques. Ce résultat est proche de celui de COULIBALY S [2] qui trouve **70%**.

Ceci pourrait nous permettre de dire que l'interrogatoire est une étape très importante de l'examen clinique en gynécologie. Un accent particulier doit être mis sur l'importance de la bonne coopération des patientes pendant la consultation gynécologique.

8- Examens complémentaires

La grande disponibilité des moyens d'exploration dans notre pays a amélioré le pronostic de beaucoup de pathologies gynécologiques en posant précocement leur diagnostic. Les explorations complémentaires sont fort variées. La connaissance de leurs indications est très capitale pour leur prescription judicieuse. Les résultats d'un examen complémentaire n'ont de valeur que s'ils sont rapportés à la clinique.

Dans notre étude nous avons constaté que les examens complémentaires ont été demandés chez 97,1% des patientes. Cette prédominance a aussi été retrouvée chez COULIBALY S [2] avec 90,5%. L'échographie pelvienne a été l'examen le plus demandé avec 33%, suivie du prélèvement vaginal + antibiogramme avec 23,1%. Ces résultats sont en conformité avec les principaux motifs de consultation que nous avons trouvés. Nous notons une insuffisance du taux d'exécution des examens complémentaires par les patientes pouvant atteindre les 28%. Ce qui pourrait s'expliquer par le bas niveau socio-économique de nos patientes.

9- Principaux diagnostics retenus

Nous avons retenu comme principaux diagnostics :

- Les infections génito-urinaires : 31,4%
- Le fibrome utérin : 5,1%

COULIBALY S [2] avait trouvé dans sa série comme principaux diagnostics :

- L'infécondité 20,5 %,
- Les infections génito-urinaires 11,6%,
- Fibrome utérin 11,6%,

Mme SANGARE F [11] avait trouvé également dans sa série comme principaux diagnostics :

- les infections génito-urinaires 45%,
- stérilité 18,4%,

Les infections génito-urinaires sont fréquentes et variées. Elles représentent une cause importante de morbidité materno-infantile.

Comparativement à l'étude menée au CHU du Point G, le taux des infections génito-urinaires est prédominant dans notre série. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que la prise en charge des infections génitales ne nécessite pas tout le temps une référence vers un 3^{ème} niveau sauf dans les cas de complications, d'association à d'autres pathologies ou des cas d'infections récidivantes.

L'infécondité occupe le premier rang du diagnostic au CHU. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que sa prise en charge est délicate, longue et coûteuse donc faisant l'objet de références chez les spécialistes.

Nous remarquons une place non négligeable des fibromes dans notre étude. Il s'agit d'une affection de plus en plus fréquente au Mali [25]. Son diagnostic positif est souvent facile avec de multiples problèmes d'ordre étiologique et thérapeutique.

10- Prise en charge

Dans notre série, le traitement médical a été le moyen le plus utilisé pour la prise en charge avec **71%**, la prise en charge chirurgicale ne représentait que **9,5%**. Ceci s'expliquerait par le fait que, les affections médicalement curables sont plus fréquentes dans notre étude. En revanche la chirurgie n'intervient que lorsque toutes les ressources médicales ont été épuisées sauf les cas où l'indication de chirurgie s'impose d'emblée.

Cette prédominance du traitement médical a aussi été retrouvée chez COULIBALY S [2] avec **53,2%** de prise en charge médicale et **26%** de prise en charge chirurgicale, et chez SANGARE F [11] avec **67%** de prise en charge médicale et **6,2%** de prise en charge chirurgicale.

Le taux élevé de la prise en charge chirurgicale dans l'étude de COULIBALY S [2] par rapport à notre série et celle de SANGARE F [11], pourrait s'expliquer d'une part par le fait que les patientes sollicitent de préférence les services spécialisés comme le CHU du Point G tout en espérant bénéficier des soins de qualité en cas de prise en charge chirurgicale et d'autre part, que certaines opérations nécessitent un plateau technique complet et une prise en charge multidisciplinaire des structures de 3^{ème} référence.

L'association « antibiotique+antifongique » a été le traitement médical le plus utilisé dans notre étude avec **21,1%**, suivi des antalgiques avec **12,5%**. Ces résultats vont de pairs avec les principaux motifs de consultation retrouvés dans notre série.

La myomectomie fut le geste opératoire le plus effectué avec **3,9%**. Cela témoigne de la fréquence de plus en plus élevée de fibromes symptomatiques chez des patientes désireuses de conserver une fertilité ultérieure et de la possibilité de réaliser efficacement ce geste dans les CSRéf.

11- Référence/évacuation

Dans notre étude, **3%** des patientes ont été référées vers un service de gynécologie-obstétrique de 3^{ème} niveau de référence, dont :

- neuf cas de lésions précancéreuses du col de l'utérus
- un cas de tumeur du sein
- un cas d'obstruction tubaire bilatérale

Ces résultats témoignent de l'importance d'une prise en charge multidisciplinaire requise pour le traitement de certaines pathologies gynécologiques, notamment les pathologies cancéreuses.

Une seule patiente (**0,3%**) a été référée vers un autre spécialiste. Il s'agissait d'une patiente évacuée au service de chirurgie générale du CHU Gabriel TOURE, chez qui nous avons diagnostiqué une occlusion intestinale associée à une infection génito-urinaire.

VII- CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'étude descriptive rétrospective que nous avons réalisée a porté sur la consultation gynécologique au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako du 1^{er} janvier au 31 juin 2014.

Nous retenons que près de la moitié des patientes reçues en consultation au service de gynécologie obstétrique viennent pour des pathologies gynécologiques ou mammaires. Toutes les couches socioprofessionnelles sont concernées, avec une forte prédominance du bas niveau socioéconomique. Les jeunes adultes sont les plus concernées. Les motifs de consultation sont multiples et variés. Les principaux motifs trouvés étaient par ordre décroissant : les algies pelviennes, le désir d'enfant et les troubles du cycle. L'examen physique était le plus souvent pauvre, exigeant du prestataire de santé une certaine compétence et une attention particulière sur l'anamnèse. L'échographie pelvienne est l'examen complémentaire le plus sollicité. Les infections génito-urinaires sont au premier rang des pathologies retrouvées. Les cancers gynécologiques constituaient l'essentiel des motifs de référence vers les services de gynécologies obstétriques des structures de 3^{ème} niveau de référence. Le retard de décision de consulter, le non respect des rendez-vous, l'incapacité d'honorer les ordonnances et de réaliser les examens complémentaires peuvent compromettre l'efficacité de la prise en charge des patientes et entraîner de graves complications obstétricales et sociales.

Cela nous a amenés à faire un certain nombre de recommandations :

A- Aux autorités :

- 1- Renforcer la politique de scolarisation des filles, et les campagnes d'alphabétisation des femmes.
- 2- Renforcer la formation des prestataires, en matière de santé de la reproduction tout en assurant une formation continue.
- 3- Encourager les travaux similaires afin d'organiser efficacement les centres de santé pour répondre aux principaux besoins de la population.
- 4- Promouvoir la spécialisation des prestataires en gynécologie et sexologie
- 5- Créer une unité spéciale de traitement de l'infertilité au sein des hôpitaux.
- 6- Doter les laboratoires des services publics de santé, d'un équipement adéquat pour la réalisation des examens complémentaires à des coûts abordables pour les populations
- 7- Renforcer les programmes de lutte contre les IST

B- Aux agents de santé :

- 1- Une performance professionnelle et une formation continue pour une amélioration de la qualité des prestations.
- 2- Sensibiliser les filles sur l'importance de connaître le déroulement de leur cycle menstruel.
- 3- Sensibiliser les femmes sur la nécessité d'aller faire un contrôle médical de leur statut gynécologique même en absence de toute pathologie apparente.
- 4- Promouvoir la participation du conjoint aux consultations gynécologiques surtout concernant les « désirs de grossesse ».

C- A la population :

- 1- Consulter dès l'apparition des premiers signes de maladie
- 2- Etre inscrit dans l'Assurance Maladie Obligatoire pour faciliter la réalisation des examens complémentaires et l'achat des médicaments

- 3- Vaincre certains tabous sociaux pour permettre un examen clinique complet et efficient par le prestataire de santé

VIII- REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. COHEN J, MADELENAT P, LEVY-TOLEDANO R. Gynécologie et santé des femmes, quel avenir en France ? État des lieux et perspectives en 2020. Paris : ESKA, 2000 ; 188p.
2. 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.
3. SAMAKE H. Contribution à l'étude de la stérilité féminine à propos de 170 cas à l'HN GT (1^{er} octobre 1987- 1^{er} octobre 1988). Thèse Med. Bamako : FMPOS ; 1988.
4. ELIANE N. MARIEB. Anatomie et physiologie humaine. 4^{ème} édition. Paris : De Boeck Université, 1999, 1194p
5. KAMINA P, DEMONDION X, RICHER JP, SCEPI M ET FAURE JP. Anatomie clinique de l'appareil génital féminin. Editions Scientifiques et Médicales. Paris : Elsevier SAS, 2003, 28 p
6. LANSAC J, LE COMTE P, MARRET H. Gynécologie pour le praticien. 6^{ème} édition. Paris : Masson, 2005 ; 592p.
7. BERNARD B, LEON B, Gynécologie. Editions pradel, Paris : 1989 ; 496p.
8. KONARE H. Accouchement chez les grandes multipares dans le service de gynéco-obstétrique du Centre de Sante de Référence de la Commune II. A propos d'une étude cas-témoins. Thèse Med. Bamako : FMPOS ; 2009.

9. GBESSEMEHLAN A. Evaluation des connaissances et attitudes des femmes vis-à-vis des soins prénatals dans la commune II du district de Bamako : cas du quartier de Médina-coura. Thèse Med. Bamako : FMPOS ; 1999.
10. EENKHOORN-PILON J. Le calendrier des saisons et des activités en milieu duun. Bamako : Société internationale de linguistique, 2010 ; 12p.
11. SANGARE F. Contribution à l'approche épidémiologique des consultations gynéco Obstétricales dans le District de Bamako (du 1^{er} janvier 1990 au 31 Décembre 1990). Thèse Med. Bamako : FMOS ; 1990.
12. MATHELIN C, GAIRARD B, RENAUD R, BRETTE J. Examen clinique des seins : sein normal, lésions bénignes et frontière. Editions Scientifiques et Médicales. Paris : Elsevier, 1997,10p
13. MAUVAIS-JARVIS P, SCHAISON G, TOURAINE P. éd. Médecine de la reproduction. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 1997 : 275-299.
14. EMPERAIRE JC éd. Gynécologie endocrinienne du praticien. Paris : Frison-Roche, 1995 : 64-77
15. LANSAC J, LECOMTE P éd. Gynécologie pour le praticien. Paris : Simep, 1994 : 14-25
16. SOUTOUL JH, BERTRAND J, BODY G éd. La consultation en gynécologie, sémiologie gynécologique. Paris : Éditions Marketing, 1994 : 35-89
17. MORICE P, DUBUISSON JB. L'examen clinique dans le cadre d'une douleur pelvienne chronique. éd. Paris : Arnette Blackwell, 1997 : 87-91.
18. FAUCONNIER A, CHAPRON C, DUBUISSON JB. L'examen clinique dans le cadre d'une douleur pelvienne aiguë éd. Paris : Arnette Blackwell, 1997 : 79-86.

- 19.** Mimoun S. Les dyspareunies. Approche psychosomatique et sexologique. Paris : Arnette Blackwell, 1997 : 281-290.
- 20.** PANIEL BJ, HADDAD B, MENEUX E. Les dyspareunies. Approche gynécologique. Paris : Arnette Blackwell, 1997 : 271-280
- 21.** BLANC B, BOUBLI L, BAUTRANT E, D'ERCOLE C. Les troubles de la statique pelvienne et leur traitement. Paris : Arnette, 1993 : 37-47
- 22.** MELLIER G, GALAUD JP, MATHEVET P, DARGENT D. Incontinence urinaire d'effort. Paris : Elsevier, Gynécologie, 300-A-10, 1994 : 1-15
- 23.** BOISSERIE-LACROIX M, BOKOBSA J, BOUTET G, COLLE M, HOCKE C, LE TREUT A éd. Sénologie de l'enfant et de l'adolescente. Paris : Médecine-Sciences Flammarion, 1998 : 65-69
- 24.** ANDEM. Stérilité du couple. Concours Méd 1996 ; 40 (suppl) : 13-25
- 25.** TRAORE D. Aspects épidémio-cliniques et thérapeutiques du fibrome utérin à l'hôpital Fousseyni DAOU de Kayes. Thèse Med. Bamako : FMPOS ; 2011.

FICHE D'ENQUÊTE

Numéro de la fiche :

Numéro du dossier :

Date de consultation :/...../2014

I- CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Nom :

Prénom :

Âge : (en année)

- | | | | |
|------------|------------|------------|------------|
| 1) <= 19 | 2) [20-24] | 3) [25-29] | 4) [30-34] |
| 5) [35-39] | 6) >= 40 | | |

Ethnie :

- | | | | |
|-------------------------------|------------------------|------------|--------------|
| 1) Bambara | 2) Malinké | 3) Dioula | 4) Mossi |
| 5) Bobo | 6) Minianka | 7) Sénoufo | 8) Sarakolé |
| 9) Sonrhäï | 10) Dogon | 11) Bozo | 12) Kassonké |
| 13) Kakolo | 14) Wolof | 15) Peulh | 16) Touaregs |
| 17) Maures | 18) Ethnies étrangères | | |
| 19) autres : à préciser | | | |

Profession :

- | | | |
|------------------------------|------------------|------------------|
| 1) femme au foyer | 2) élève | 3) étudiante |
| 4) commerçante | 5) fonctionnaire | 6) personne âgée |
| 7) autres : à préciser | | |

Adresse :

- 1) Bamako 2) hors de Bamako

Statut matrimonial :

- 1) mariée : 1-a) *régime monogamique* 1-b) *régime polygamique*
2) célibataire 3) divorcée 4) veuve

Niveau d'instruction :

- 1) non scolarisée 2) école coranique 3) primaire
4) secondaire 5) supérieur

Motifs de consultation :

A) Mode d'admission

- 1) venue d'elle-même 2) adressée par:

B) Motif *.....

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1) consultation systématique | 2) algies pelviennes |
| 3) douleur abdomino-pelvienne | 4) douleur du sein (uni ou bilatéral) |
| 5) dysménorrhée : | 5-a) <i>primaire</i> 5-b) <i>secondaire</i> |
| 6) dyspareunie | 7) désir d'enfant |
| 8) leucorrhée | 9) prurit vulvaire |
| 10) masse pelvienne | 11) masse intra vaginale |
| 12) masse au niveau du sein | 13) masse vulvaire |
| 14) trouble du cycle | Type : |
| 15) saignements anormaux | Type : |
| 16) bouffées de chaleur | 17) consultation pré-nuptiale |
| 18) demande de planning familial | 19) pesanteur pelvienne |
| 20) violence sexuelle | 21) dysurie-pollakiurie |

- 22) brûlure mictionnelle 23) baisse de la libido
24) écoulement mammaire 25) autres : à préciser :

II- RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Antécédents médicaux :

- 1) aucun
- 2) syndrome ulcéreux
- 3) HTA
- 4) drépanocytose
- 5) asthme
- 6) diabète
- 7) cardiopathie
- 8) VIH
- 9) autres : à préciser :

Antécédents chirurgicaux :

- 1) aucun
- 2) Gynécologique-obstétrical :
 - 2-a) césarienne 2-b) hystérectomie
 - 2-c) ligature des trompes 2-d) myomectomie
 - 2-e) kystectomie 2-f) GEU
 - 2-g) mastectomie 2-h) nodulectomie
 - 2-i) cure de prolapsus
 - 2-j) autre : à préciser :
- 3) autres :
 - 3-a) appendicectomie 3-b) cure d'éventration
 - 3-c) cure d'éviscération 3-d) cure d'occlusion
 - 3-e) autre : à préciser :

Antécédents obstétricaux : **G P V A D**

- Gestité: 1) G0 2) G1 3) G2-G3 4) G4-G6 5) > G6
- Parité : 1) P0 2) P1 3) P2-P3 4) P4-P6 5) >P6
- Avortement 1) aucun 2) 1-2 3) 3 ou plus

Enfants vivants 1) aucun 2) 1-2 3) 3-4 4) 5 ou plus

Enfants décédés 1) aucun 2) 1-2 3) 3-4 5) 5 ou plus

Antécédents gynécologiques :

Ménarche : 1) 9-11ans 2) 12-16 3) 17-19 4) Inconnue

Dysménorrhée :1) oui 2) non

Cycle : 1) régulier 2) irrégulier 3) ménopause

Durée des règles (jours) : 1) 1-2 2) 3-6 3) > 6

Contraception :

1) oui

1-a) contraception orale 1-b) implant

1-c) DIU

1-d) contraception injectable

1-e) préservatif

1-f) spermicide

1-g) autre : à préciser

2) non

Ménopause : 1) oui 2) non

EXAMEN PHYSIQUE

Etat général : 1) bon 2) altéré

Etat des conjonctives : 1) colorées 2) pâles

Seins : 1) normal 2) nodulaire 3) inflammatoire

4) ulcération 5) sécrétion

Abdomen : 1) souple 2) défense

3) sensible 4) organomégalie

5) masse

Excision : 1) oui Type 2) non

- Vulve : 1) Normale 2) inflammatoire 3) atrophiée 4) souillée
5) ulcérée 6) condylome
- Vagin : 1) normal 2) vaginite 3) atrophié
- Leucorrhée 1) physiologique 2) pathologique
- Col : 1) normal 2) cervicite 3) lésion bourgeonnante
4) ulcéronécrotique

Utérus :

- a) taille : 1) *normale* 2) *augmenté de volume*
- b) mobilité : 1) *normale* 2) *fixe*
- c) position : 1) *normale* 2) *dévié*
- d) sensibilité 1) *non sensible* 2) *sensible*
- e) contour 1) régulier 2) irrégulier

Cul de sac : 1) libre 2) Comblé 3) sensible 4) empâtement

Conclusion : 1) examen gynécologique et mammaire normal
2) examen pathologique

4) EXAMENS PARA CLINIQUES DEMANDES: *

- 1) échographie pelvienne 2) PV + antibiogramme
- 3) E.C.B.U. + antibiogramme 4) hystérosalpingographie
- 5) Cœlioscopie 6) mammographie
- 7) IVA/IVL 8) spermogramme
- 9) B.P.O. 10) B HCG plasmatique
- 11) test urinaire de grossesse 12) hystérocopie
- 13) colposcopie 14) test post-coïtal
- 15) sérologie BW 16) CRP

- | | |
|--|------------------------|
| 17) NFS | 18) hystérosonographie |
| 19) α foetoprotéine | 20) Ca 125 |
| 21) Ca 15-3 | 22) biopsie du col |
| 23) bilan hormonal (FSH-LH, oestradiol, androgène, prolactine) | |
| 24) échographie mammaire | 25) aucun |
| 26) autres : à préciser | |

5) DIAGNOSTIC RETENU : *.....

- | | | |
|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| 1) vulvo-vaginite | 2) vaginite | 3) cervicite |
| 4) endométrite | 5) salpingite | 6) fibrome utérin |
| 7) kyste de l'ovaire | 8) lésion précancéreuse du col | |
| 9) cystite | 10) grossesse | |
| 11) tumeur bénigne du sein | | |
| 12) infertilité | 12-a) <i>primaire</i> | 12-b) <i>secondaire</i> |
| 13) syndrome pré-ménopausique | | |
| 14) fistule vésico-vaginale | | |
| 15) prolapsus : | 15-a) <i>utérin</i> | 15-b) <i>colpocèle</i> |
| | 15-c) <i>cystocèle</i> | 15-d) <i>rectocèle</i> |
| 16) endométriose | 17) cancer du sein | 18) cancer de l'ovaire |
| 19) cancer de l'utérus | 20) G.E.U | 21) synéchie utérine |
| 22) polype endocavitaire | 23) choriocarcinome | 24) aucun |
| 25) autres : à préciser | | |

6) TRAITEMENT

a) Médical : *

- | | |
|---------------------|------------------------------|
| 1) antibiotique | 2) antifongique |
| 3) antalgique | 4) anti-inflammatoire |
| 5) antispasmodique | 6) Progestatif |
| 7) œstroprogestatif | 8) inducteur d'ovulation |
| 8) aucun | 9) autres : à préciser |

b) Chirurgical : *

- | | | |
|-------------------------------|--------------------|------------------|
| 1) myomectomie | 2) kystectomie | 3) hystérectomie |
| 4) salpingectomie | 5) plastie tubaire | 6) néostomie |
| 7) cure de prolapsus | 8) mastectomie | 9) aucun |
| 10) autres : à préciser | | |

c) Référée

- | | |
|--------|------------------------------------|
| 1) oui | 1-a) troisième Niveau de référence |
| | 2-b) autre spécialiste |
| 2) non | |

d) Perdue de vue

- | | |
|--------|--------|
| 1) oui | 2) non |
|--------|--------|

FICHE SIGNALETIQUE

Nom : SEUMO

Prénom : Cédric

Titre: La consultation gynécologique au centre de santé de référence de la commune II

Année universitaire : 2014-2015.

Ville de soutenance: Bamako

Pays d'origine : CAMEROUN

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la FMOS et FAPH

Secteur d'intérêt : Gynécologie.

RESUME

Nous avons réalisés une étude descriptive rétrospective dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako, allant du 1^{er} janvier au 31 juin 2014 soit une période de 6 mois. Elle a eu pour objectif général d'analyser la consultation gynécologique dans le service de gynécologie obstétrique. Nous avons dénombré 335 patientes venues pour des pathologies gynécologiques soit 43,4%, et 24 patientes venues pour des pathologies mammaires soit 3,1% sur un total de 771 admissions à l'unité gynécologique. Nos patientes avaient un âge compris entre 4 et 80 ans pour une moyenne de 32,44 ans. Les adultes jeunes 20-35 ans, période d'activités génitales intenses, étaient majoritaires avec 55,5%. L'ethnie « bambara » était majoritaire avec 46,2%. Les patientes avaient un bas niveau socio-économique : 34,3% non scolarisées et 45,7% de femmes au foyer. Les principaux motifs de consultation étaient : les algies pelviennes (22,5%), le désir d'enfant (17,5%) et les troubles du cycle (12,3%). La majorité des patientes ignorait le caractère de leur cycle menstruel : ménarche inconnue dans 62,7%, date des dernières règles méconnue dans 60% des cas. Le statut gynécologique était sans particularité dans 68,5% des examens physiques. L'échographie a été l'examen complémentaire le plus demandé avec 33%. Les principaux diagnostics retenus étaient : les infections génito-urinaires (31,4%) et le fibrome utérin (5,1%). Le traitement médical a été le moyen le plus utilisé pour la prise en charge avec une fréquence de 71%. L'association « antibiotique +

antifongique » a été le traitement médical le plus utilisé dans notre série avec 21,1%. La myomectomie fut le geste opératoire le effectué avec 3,9%. 3% de nos patientes ont été référées vers un service de gynécologie obstétrique de 3^{ème} niveau de référence. Les difficultés de diagnostic et prise en charge dépendent du bas niveau socio-économique et du non respect des rendez vous pour le suivi. Il faut noter que la prise en charge de l'infertilité est un processus long, difficile et très coûteux. Elle demande beaucoup, de patience, et des moyens financiers suffisants. Tout ceci nous a amenés à faire des recommandations aux différents niveaux.

Mots clés : consultation, gynécologique, mammaire.

FICHE SIGNALETIQUE**Nom :** SEUMO**Prénom :** Cédric**Année universitaire :** 2014-2015.**Ville de soutenance:** Bamako**Pays d'origine :** CAMEROUN**Titre:**La consultation gynécologique au centre de santé de référence de la commune II**Lieu de dépôt :** Bibliothèque de la FMOS et FAPH**Secteur d'intérêt :** Gynécologie.**RESUME**

Nous avons réalisés une étude descriptive rétrospective dans le service de gynécologie obstétrique du centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako, allant du 1^{er} janvier au 31 juin 2014 soit une période de 6 mois. Elle a eu pour objectif général d'analyser la consultation gynécologique dans le service de gynécologie obstétrique. Nous avons dénombré 335 patientes venues pour des pathologies gynécologiques soit 43,4%, et 24 patientes venues pour des pathologies mammaires soit 3,1% sur un total de 771 admissions à l'unité gynécologique. Nos patientes avaient un âge compris entre 4 et 80 ans pour une moyenne de 32,44 ans. Les adultes jeunes 20-35 ans, période d'activités génitales intenses, étaient majoritaires avec 55,5%. L'ethnie « bambara » était majoritaire avec 46,2%. Les patientes avaient un bas niveau socio-économique : 34,3% non scolarisées et 45,7% de femmes au foyer. Les principaux motifs de consultation étaient : les algies pelviennes (22,5%), le désir d'enfant (17,5%) et les troubles du cycle (12,3%). La majorité des patientes ignorait le caractère de leur cycle menstruel : ménarche inconnue dans 62,7%, date des dernières règles méconnue dans 60% des cas. Le statut gynécologique était sans particularité dans 68,5% des examens physiques. L'échographie a été l'examen complémentaire le plus demandé avec 33%. Les principaux diagnostics retenus étaient : les infections génito-urinaires (31,4%) et le fibrome utérin (5,1%). Le traitement médical a été le moyen le plus utilisé pour la prise en charge avec une fréquence de 71%. L'association « antibiotique + antifongique » a été le traitement médical le plus utilisé dans notre série avec 21,1%. La myomectomie fut le geste opératoire le effectué avec 3,9%. 3% de nos patientes ont été référées vers un service de gynécologie obstétrique de 3^{ème} niveau de référence. Les difficultés de diagnostic et prise en charge dépendent du bas niveau socio-économique et du non respect des rendez vous pour le suivi. Il faut noter que la prise en charge de l'infertilité est un processus long, difficile et très coûteux. Elle demande beaucoup, de patience, et des moyens financiers suffisants. Tout ceci nous a amenés à faire des recommandations aux différents niveaux.

Mots clés : consultation, gynécologique, mammaire.

SERMENT D'HYPOCRATE

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

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

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

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

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

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

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

Je le jure !