



<https://sexoblogue.fr/cours-de-sexologie/prise-en-charge/examen-clinique-et-paraclinique-de-la-femme-en-sexologie>

EXAMEN CLINIQUE ET PARACLINIQUE DE LA FEMME EN SEXOLOGIE

Cours du samedi 10 novembre 2012 à 11:00 par Dr Denis NEYRAND

SOMMAIRE

PRÉAMBULE

I - INTERROGATOIRE

A - Âge, période de vie génitale

B - Antécédents et traitements

C - Motif de consultation et circonstances d'apparition du symptôme

II - EXAMEN CLINIQUE

1 - Rassurer

2 - Rechercher

3 - Inspecter

4 - Examen physique

Examen général

Examen au spéculum

Toucher vaginal

III - EXAMENS PARACLINIQUES

CONCLUSION

PRÉAMBULE

Toute thérapeutique est basée sur la connaissance des mécanismes responsables de la pathologie.

La prépondérance des facteurs psychiatriques (80-90%) dans les troubles sexuels féminins ne doit pas faire passer à côté des 10-20% de facteurs organiques qui sont assez facile à détecter et à soigner si on fait un bilan organique, et même si il y a une part psychologique c'est dommage de passer à côté d'une endométriose ou d'un autre problème organique qu'on aurait relégué au plan psychiatrique.

Il faut donc un bilan organique pour toute demande de bilan sexuel. Ce bilan n'est pas forcément proposé lors de la première consultation (qui sera plutôt une consultation orientée pour le couple) mais plutôt à la deuxième consultation lorsque l'on revoit la patiente seule.

I - INTERROGATOIRE

Il doit être patient, méthodique et systématique

A - Âge, période de vie génitale

On va rencontrer différents problèmes en fonction des différentes périodes de la vie génitale :

- A la puberté on aura plutôt les problèmes :
 - De **dysmorphophobie** qui peuvent être de différents types : taille des seins, taille des petites lèvres qui peuvent amener à demander des **nymphoplastie** (= chirurgie des petites lèvres)
 - De **règles douloureuses**
 - De **retard pubertaire** par rapport aux copines
 - De **phobies diverses** : crainte du premier rapport, crainte de grossesse, crainte de MST...
- La grossesse est associée à une période **d'incompréhension** sur le point de vue sexuel entre les protagonistes qui va durer environ un an, avec une augmentation du désir chez la femme pendant la grossesse alors que, sera diminué chez l'homme et ensuite après l'accouchement un désir augmenté chez l'homme et en général diminué chez la femme
- La ménopause est essentiellement associée à des problèmes de **lubrification** (CF cours dédié)

B - Antécédents et traitements

- Les antécédents médicaux : troubles **hépatiques**, troubles **endocriniens** (hypothyroïdie, Maladie d'Addison, syndrome de Cushing, diabète), **AVC**, pathologies du **système nerveux périphérique** (sclérose en plaques, sclérose latérale amyotrophique) et les **dépresseions** graves
- Les antécédents chirurgicaux qui ont plutôt un effet sur l'**image du corps** (cancer du sein, ORL ou cutané) et parfois sur la sexualité dans la **chirurgie gynécologique** (la TOT dans l'incontinence urinaire aura un effet positif sur le désir et la lubrification, la chirurgie du prolapsus aura un effet néfaste), les **chirurgies génitales** et la **nymphoplastie** (chirurgie des petites lèvres)
- Les antécédents obstétricaux (nombre de grossesses, nombre d'accouchement et leur déroulement)
- Les antécédents sexuels : douleurs lors des premiers rapports sur des hymens résistants etc...
- Les traitements en cours : traitement **hormonal substitutif** ou **contraception** (les pilules œstro-progestatives entraîneraient une diminution de 20% de la libido et les DIU à la progestérone comme le Mirena® serait sensé l'augmenter, mais on ne peut pas évaluer ça scientifiquement car les études contre placebo sont difficiles à réaliser de manière éthique), **antidépresseurs** et **antipsychotiques** qui peuvent diminuer la libido mais dont le rapport bénéfice-effet pour le bien-être général va quand même

être en faveur du traitement.

- Prise de toxiques :

- Le **cannabis** chez les hommes fait dormir et diminue l'érection et chez les femmes c'est flou
- L'héroïne entraîne une dépendance importante donc un déplacement de l'objet du désir (ils sont tellement obsédés par leur drogue que la question du sexe est très loin derrière)
- La **cocaïne** a tendance à exciter
- Le **tabac** est délétère sur le long terme à cause des problèmes vasculaires
- **L'alcool** à faible dose a probablement un effet positif car il va desinhiber mais à forte dose et/ou à long terme c'est très délétère sur la sexualité (durant l'interrogatoire on cherche plutôt à demander « *quand vous avez un peu bu c'est comment au niveau de la sexualité ?* »)

C - Motif de consultation et circonstances d'apparition du symptôme

Soit l'examen clinique est systématique, soit il est motivé par une plainte fonctionnelle.

Les différentes plaintes fonctionnelles sont :

- Les douleurs : urologiques plutôt que gynécologiques, superficielles (infection) ou profondes, pelviennes ainsi que leur durée, intensité et le facteur déclenchant (changement de position par exemple)
- Les brûlures seront évocatrices d'infection (herpès, mycoplasme)
- Le prurit (= ça gratte) sera évocateur de mycose ou d'allergie et dans ce cas il convient d'examiner la vulve
- Les leucorrhées (= pertes blanches) seront à différencier entre les pertes blanches normales du 2ème cycle et les pertes anormales avec aspect verdâtre, spumeux ou nauséabonde (odeur de poisson pourri évocatrice de gardnerella)
- Les saignements seront soit des ménometrorragies quasi-permanentes qui viennent de l'utérus (fibrome), soit isolés per-coïtal pouvant révéler un cancer du col

On cherchera si le problème est **primaire** ou **secondaire** et si il est provoqué par un **facteur déclenchant**, si il est **temporaire** (partenaire dépendant ? taille du sexe ? adultère avec culpabilité ?) ou **permanent, itératif** (infection) ou **cyclique**, dépendant ou non du **cycle menstruel** etc...

On cherchera également si le symptôme **empêche le rapport ou non**.

II - EXAMEN CLINIQUE

1 - Rassurer

- Sur la **normalité** (en général elles viennent pour ça)
- **Montrer** avec une glace et **nommer** chaque élément (pour lui montrer qu'elle est

comme les autres), **expliquer** l'anatomie interne (patientes qui sentent leur col...)

- Expliquer chacun de nos gestes (pourquoi on fait un toucher rectal pour rechercher un prolapsus etc...)

2 - Rechercher

- Des affections entraînant une **dyspareunie**,
- Des signes de **MST**,
- Des affections entraînant un **vaginisme secondaire**,
- Des anomalies spécifiques responsables de **difficultés orgasmiques**

3 - Inspecter

- Inspection générale : morphotype (poids, taille, IMC), pilosité, cicatrices, caractères sexuels secondaires
- Inspection du périnée : cicatrices **d'épisiotomie** ou **déchirures**, développement des grandes et petites **lèvres**, couleur et trophicité des **muqueuses** (blancheur pour le lichen, rougeur pour l'irritation), **éruption cutanée** (bulles dans l'herpès et les maladies bulleuses, chancre dans la syphilis...), **tuméfaction** vulvaire, **kystes** de la glande de Bartholin et Bartholinite (rarement cause de dysfonction sexuelle), **hypertrophies clitoridiennes** (dans les tumeurs endocriniennes comme le cancer de l'ovaire), les **ambiguïtés sexuelles** (rarement de découverte fortuite mais pourquoi pas une ambiguïté sexuelle cachée)

4 - Examen physique

Examen général

- Prise de la **tension artérielle**
- Palpation **abdominale** (recherche d'une masse ovarienne, d'une hepatomegalie, taille de l'utérus...) et **thyroïdienne** (dysthyroidie, goitre)
- Examen **urologique** de base (faire tousser la vessie pleine), **neurologique** et **vasculaire** (palpation des pouls périphériques)

Examen au spéculum

Se fait avant le toucher vaginal, pour pouvoir faire un frottis ou un prélèvement

- Recherche d'une **malformation** vaginale ou cervicale, une cloison, un utérus bicorne
- **Hymen** ou cicatrice hyménale qui peut être scléreux ou résistant. Il y a des demandes récurrentes d'hymenoplastie chez les femmes musulmanes qui ont une telle souffrance qu'on a du mal à les refuser (remboursé sécurité sociale)
- **Endométriose** de la cloison vaginale qui peut entraîner des dyspareunies. L'endométriose est définie par la présence d'endomètre (qui est la muqueuse de l'utérus, glandulaire, qui va grossir pendant le cycle jusqu'à desquamer et saigner pendant les règles) ailleurs que dans l'utérus. C'est une source très importante de

douleurs qui va représenter 80% des causes organiques et créer en plus en général un trouble psychologique.

- **Vaginite** ou **cervicite** (écoulement du col ou du vagin), écoulements anormaux (lait caillé = mycose, vert = gardnerella)
- **Atrophie** vaginale, **tumeur** (cancer du col)
- Parfois impossibilité d'examiner : Soit à cause d'un **vaginisme** (dans ce cas là il ne faut pas insister), soit pour une autre raison organique (fécalome ou hymen fibreux et sinon pas d'autre raison anatomique)

Toucher vaginal

Il se fait à deux doigts (parfois un seul doigt au début chez la vaginique) et dans certains cas combiné au toucher rectal (= toucher en ciseau) par exemple dans le prolapsus afin de rechercher :

- Une masse **utérine**, une tumeur **ovarienne**, une **endométriose** ou une **vestibulite**
- Une **malformation** vaginale ou utérine
- Une **douleur** à la palpation profonde ou à la mobilisation de l'utérus
- Un **prolapsus** (= « descente d'organe ») : les plus dyspareuniant sont les descentes d'utérus qui va faire comme un piston entraînant en avant la vessie (cystocèle) et en arrière le rectum (rectocèle) avec 3 stades en fonction de si c'est encore dedans ou si ça sort complètement
- Une **rétroversion** qui concerne 30% des femmes. Dans les années 70 la rétroversion utérine était la cause de tout (infertilité, règles douloureuses, troubles du désir ou anorgasmie) mais en fait cette particularité anatomique ne fait quasiment rien (de très rares dyspareunies terminales qui en général sont très secondaires, se déclenchant 1h après le rapport)
- Un **syndrome de Masters et Allen** : c'est une déchirure des ligaments larges qui rend l'utérus mobile et retroversé, en général chez la femme jeune, avec des douleurs pelviennes et des dyspareunies profondes qui surviennent surtout après des rapports prolongés avec recherche d'une position confortable (en général elles évitent la position de la levrette et les pénétrations profondes). Il est souvent lié à un accouchement traumatique avec une expression appuyée, ou à un traumatisme (beaucoup plus rare). Le diagnostic se fait par une coéloscopie qui permet de voir les ligaments déchirés et thérapeutique dans le même temps.
- Des **lésions** entraînant des troubles orgastiques :
 - Adhérences clitoridiennes
 - Accolement du clitoris à son capuchon (entraîne une inflammation du clitoris qui empêche la femme d'avoir du plaisir) : plutôt chez les femmes jeunes
 - Cicatrice de mutilation

III - EXAMENS PARACLINIQUES

- Biologie : Numération formule sanguine, CRP
- Beta HCG

- Bilan hormonal : progestérone, oestradiol, androgènes et TSH
- Prélèvements vaginaux à la recherche d'une infection (**Papillomavirus** HPV avec sérologie au niveau du col, **Herpès** HSV au niveau des bulles, recherche de **chlamydia** et **mycoplasme** (dans un milieu de culture particulier), **gardnerella** et **gonocoque**
- Échographie endovaginale : kystes ovariens, endométriose etc...

À discuter :

- IRM (si doute sur un cancer ou une endométriose)
- Coéloscopie (qui est déjà un acte thérapeutique)
- Bilan uro-dynamique (si signes ou gêne urinaire)

CONCLUSION

Les réaction sexuelles de la femme sont moins vulnérables que celles des hommes à la maladie, la fatigue, la déprime, l'abus de médicaments ou de toxiques.

Il y a un rôle des modifications hormonales avec une variation du désir en fonction du cycle, de la grossesse...

Il y a un retentissement des affections douloureuses physiques ou psychiques avec une acceptation différente de la douleur lors des rapports en fonction de son état d'esprit, son couple etc...

La découverte et le traitement d'une pathologie somatique chez une patiente qui consulte pour un problème sérologique va rarement régler complètement le problème car il y a souvent une part psychologique surajoutée.

Un trouble passager (par exemple une vaginite) peut se transformer en une dysfonction chronique.

Une difficulté sexuelle entraînera une perte d'estime de soi qui deviendra constituante de la dysfonction sexuelle.

Donc la thérapie sexuelle sera souvent nécessaire en plus du traitement médical ou chirurgical.