

INESSM ORAN
DR BOUZID REDOUANE
MEDECINE INTERNE

SEMIOLOGIE DE L'APPAREIL GENITAL

PLAN :

I° OBJECTIFS

II° SEMIOLOGIE DE L'APPAREIL GENITAL FEMININ :

- 1) **RAPPEL ANATOMIQUE**
- 2) **RAPPEL PHYSIOLOGIQUE**
- 3) **INTERROGATOIRE**
- 4) **SIGNES FONCTIONNELS**
- 5) **L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE**

III° SEMIOLOGIE DE L'APPAREIL GENITAL MASCULIN :

- 1) **RAPPEL ANATOMIQUE**
- 2) **RAPPEL PHYSIOLOGIQUE**
- 3) **EXAMEN PHYSIQUE :**
 - A° **SIGNES FONCTIONNELS**
 - B° **INSPECTION ET PALAPTION**
 - C° **TOUCHER RECTAL**
- 4) **ANOMALIES**

IV° CAS CLINIQUES

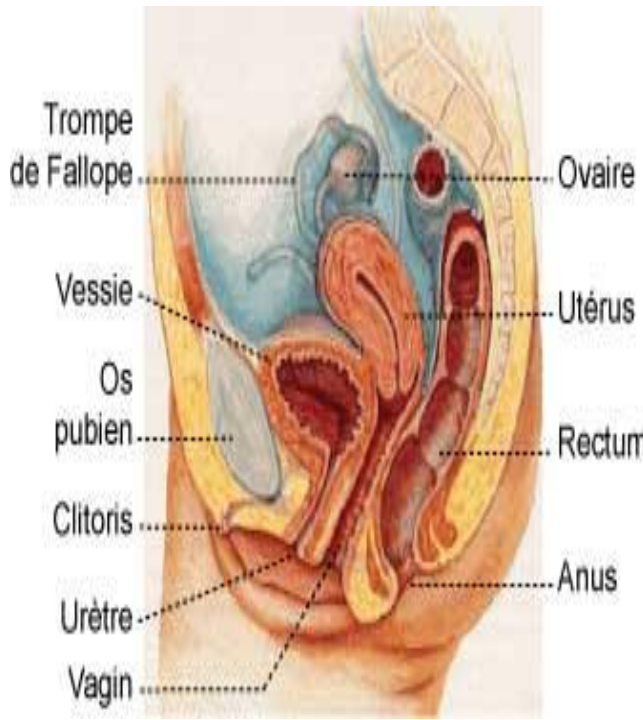
V° REFERENCES

I° OBJECTIFS :

- Recueillir par l'interrogatoire l'essentiel des signes fonctionnels.
- Faire un examen physique soigneux.
- Etablir une probabilité diagnostic et orienter l'exploration.

II° SEMIOLOGIE DE L'APPAREIL GENITAL FEMININ :

1) RAPPEL ANATOMIQUE :



L'appareil génital féminin est constitué de :

- Partie externe : formée des grandes lèvres, des petites lèvres qui forment en avant le clitoris, séparées par le vestibule dont la portion postérieure forme l'ouverture du vagin.

Le périnée est constitué des tissus qui séparent l'ouverture du vagin de l'anus.

Le méat urétral débouche entre le clitoris et le vagin qui forme un tube creux dirigé en postérieur et vers le haut.

-L'utérus : fait saillie dans le vagin à travers le col. Il est formé de l'isthme et du corps d'où partent de chaque côté les trompes de FALLOPE, à extrémité frangée se repliant sur l'ovaire.

Les ovaires en forme d'amande de 1.5 à 3.5 cm.

2) RAPPEL PHYSIOLOGIQUE :

- PUBERTE : développement mammaire débute vers l'âge de 10 à 11 ans, Menstruation vers 12-13 ans.

- CYCLE MENSTRUEL :

dure 28 à 30 jours, se termine par les menstruation de 4 à 6 jours.

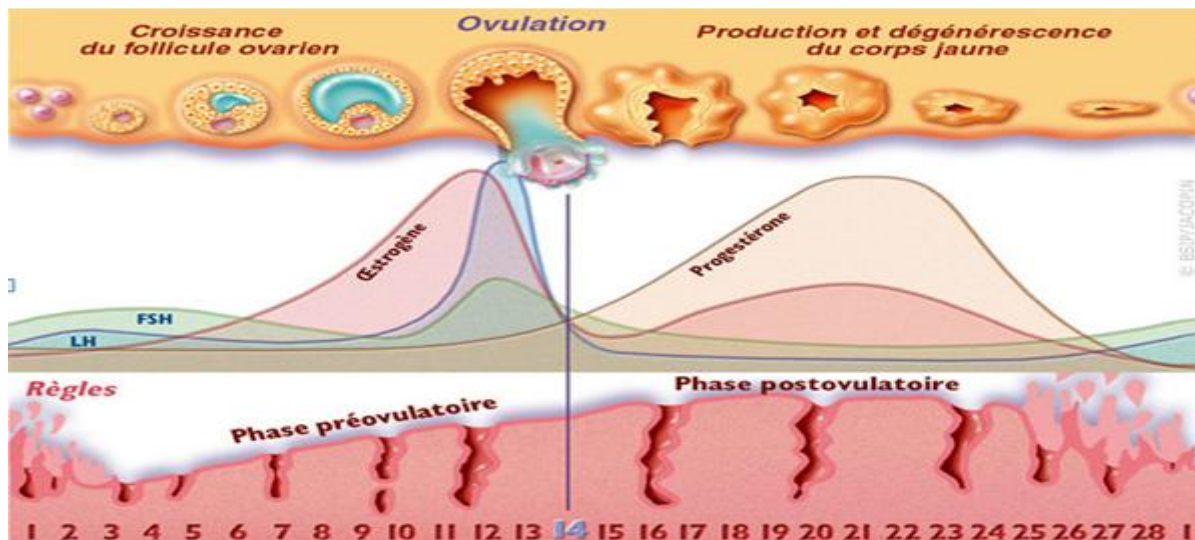
* Phase prè-ovulatoire : du 5^e au 14^e jour, de prolifération sous l'effet des œstrogènes.

* Ovulation : entre le 14^e et le 16^e jour.

* Phase post-ovulatoire : du 17^e au 28^e jour, sous la dépendance de la progestérone.

La menstruation est due à l'élimination de la muqueuse de l'endomètre et s'accompagne d'hémorragie. La période ovulatoire est caractérisée par une ascension thermique matinale au delà de 37 degré.

La sécrétion hormonale ovarienne en œstrogènes et en progestérone est sous la dépendance de stimulines antéhypophysaires FSH/LH.



3) INTERROGATOIRE :

- Antécédents physiologiques :

- Ménarchie : ou date des premières règles.
- Cycle menstruel : préciser la périodicité, la durée, l'abondance.
- Date des dernières règles (en cas de grossesse).
- Nombre de grossesses (enfants vivants, décèdes, avortement, prématuré, mort né ...).
- Mode de contraception (oestroprogestatifs, DIU, ligature des trompes
- Ménopause (disparition définitive des règles entre 45 et 55ans).

-Antécédents pathologiques : césarienne, hystérectomie, kyste ovarien, infection génitale, tuberculose, néoplasie (cancer du sein ou du col...).

4) SIGNES FONCTIONNELS :

a) Douleurs :

- Douleur pelvienne de siège hypogastrique, fosse iliaque, voir lombaire associée.
- Dyspareunie ou douleur du petit bassin lors des rapports sexuels , fonctionnelle ou révélant une cause organique.

b) Pertes vaginales ou leucorrhées :

- Blanchâtre : avec prurit et rougeur vulvaire et vaginale à l'examen d'origine mycosique (candida albicans).
- Blanc jaunâtre : odorante avec piquetè rouge cervical et vaginal due au trichomonas vaginal.
- Purulente jaunâtre ou verdâtre : d'origine bactérienne.
- Transparentes : physiologiques survenant avant l'ovulation.

c) Hémorragies génitales :

1-Hémorragie non extériorisée : urgence, liée à la rupture d'une grossesse extra-utérine, donnant un hème-peritoine avec risque d'état de choc.

L'examen retrouve la notion de pertes noirâtres, sensibilité hypogastrique, avec douleur du cul de sac du douglas.

2-Hémorragies extériorisées : pertes sanglantes.

- Ménorragies : règles trop abondantes ou trop prolongées (fibrome).
- Métrorragies : hémorragie en dehors des règles spontanées ou provoquées (cancer génital).

- Ménométrorragies : associent des règles abondantes et/ou prolongées et des hémorragies en dehors du cycle menstruel.

Selon leur abondance les hémorragies génitales peuvent être de petite, de moyenne abondance ou de grande abondance , mais répétées elles entraînent souvent une anémie ferriprive (carence en fer)

d) troubles de la menstruation :

- Pollakiménorrhée : règles trop rapprochées par raccourcissement de la durée du cycle.
- Spanioménorrhée : règles trop espacées par allongement de la durée du cycle.
- Oligoménorrhée : règles trop courtes.
- Oligo-spanioménorrhée : règles trop courtes et trop espacées

- Aménorrhée : absence de règles pendant la période génitale active.

* Aménorrhée primaire : par absence de ménarchie.

* Aménorrhée secondaire : après une de menstruation normale, évoque en 1^{er} une grossessesynéchie utérine après curetage, tuberculose, pathologie générale , psychique..

-Dysménorrhée ou menstruations douloureuses : la douleur précède ou est contemporaine du cycle.

5) L'EXAMEN GYNECOLOGIQUE :

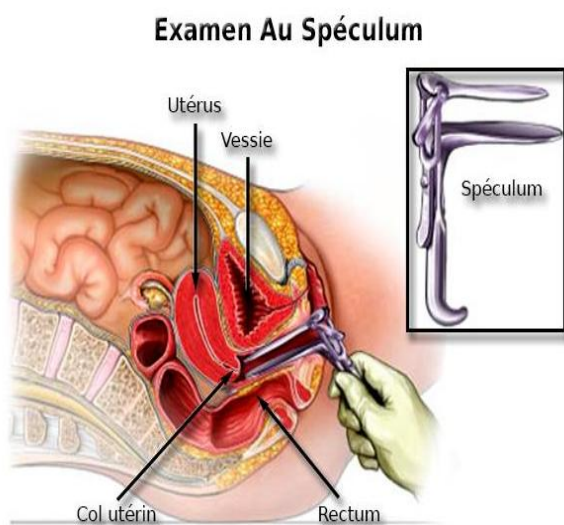
L'examen se fait sur table gynécologique, en décubitus dorsal , cuisses semi fléchies en abduction , avec jambes fléchies .la malade doit vider préalablement sa vessie et son rectum.

a) Inspection : apprécie les caractères sexuels secondaires (seins , pilosité axillaire , pilosité pubienne) et les organes génitaux externes (grandes lèvres charnues , petites lèvres pigmentées et humides).recherche d'une cicatrice périnéale (déchirure , épisiotomie)

b) Palpation : recherche une zone douloureuse de la région sus pubienne ou de la fosse iliaque , ainsi qu'une masse abdomino-périnéale.

c) Percussion : utile dans les tumeurs abdomino-périnéales , différencie un kyste ovarien d'un épanchement d'ascite abdominale.

d) L'examen au spéculum : doit précéder le toucher vaginal , permet apprécie l'aspect du col de l'utérus.



* **Situation du col** : centrale ou dévie latéralement., prolapsus...colpocèle (vessie , rectum)

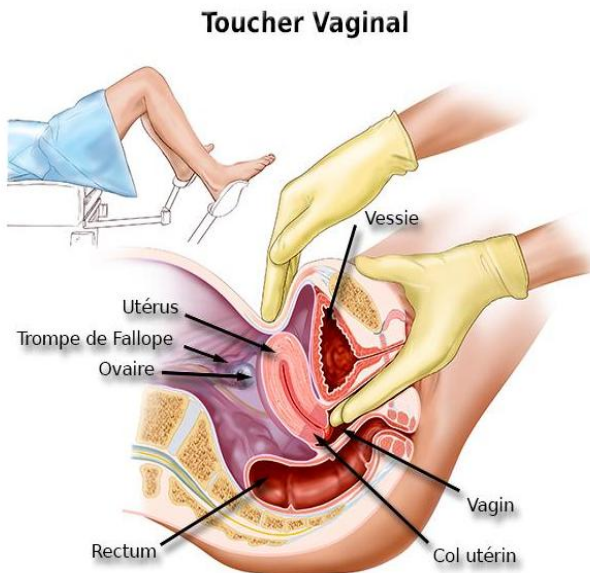
***Forme du col** : conique chez la nullipare , cylindrique chez la multipare , atrophique chez la ménopausée.

***Orifice externe** : recherche d'une déchirure , ulcération , tumeur (cancer du col) , exo cervicite (infection) .

L'examen au speculum permet aussi de réaliser :

- Frottis vaginaux : étaler sur une lame des cellules desquamées du col et du vagin et à les examiner au microscope
- Colposcopie : examen à la loupe binoculaire après application du lugol (test de SCHILLER), le col est de coloration brun acajou, les zones suspectes sont roses, blanchâtres ou jaunâtres.
- Biopsie du col en cas de lésion suspecte.

d) Toucher vaginal : avec doigtier stérile à 02 doigts(index et le majeur) plus lubrifiant.



***Etat du col :** situation , consistance normalement souple , ferme et élastique .

*** Cul de sacs vaginaux :** latéraux et postérieur, apprécier la souplesse et la vacuité.

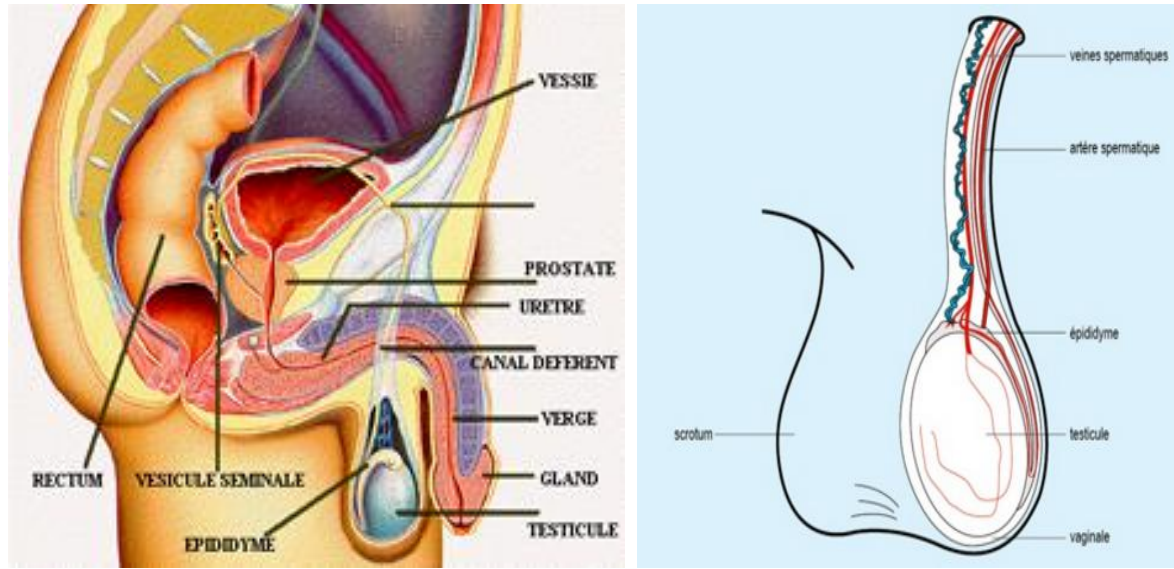
***Combiné à la palpation abdominale :**
Apprécie la taille de l'utérus, consistance et sensibilité, ainsi que l'exploration des annexes (ovaires).

Combiné au toucher rectal, le toucher vaginal apprécie état de la cloison recto vaginale. L'aspect du doigtier est normalement propre. Il peut être souillé de sang ou de leucorrhées. Chez la jeune fille, le toucher rectal remplace le toucher vaginal.

III° SEMIOLOGIE DE L'APPAREIL GENITAL MASCULIN :

1) RAPPEL ANATOMIQUE :

Chez l'homme les voies urinaires et génitales sont étroitement liées. L'appareil génital est constitué de :



- Testicules : au nombre de 02, ovoïde à grand axe vertical , entourés par l'albuginé et la vaginale. Ils possèdent 02 fonctions ; endocrine avec synthèse de la testostérone et exocrine avec formation des spermatozoïdes.
- Epididyme : coiffe le testicule et se continue par le canal défèrent.
- Le cordon : contient les vaisseaux et le canal défèrent qui se prolonge à travers la prostate en canaux éjaculateurs.
- Vésicule séminale : se situe derrière la prostate sous forme d'annexes aux ampoules déférentielles.
- Prostate : en forme de châtaigne entourant l'urètre initial . Elle permet la synthèse d'un liquide alcalin servant de tampon pour l'acidité vaginale permettant la survie des spermatozoïdes.
- La verge : corps érectile très vascularisé (02 corps caverneux et un corps spongieux) , entourés par un épais fascia et peau fine mobile , se repliant au niveau du gland pour former le prépuce.

2) RAPPEL PHYSIOLOGIQUE :

Les 1^{ers} signes de la puberté apparaissent vers l'âge de 13 ans avec le développement de la verge, le scrotum et la pilosité pubienne.

La spermatogenèse complète se fait vers 16 à 17 ans, au même titre que la pilosité axillaire, la face et le reste du corps.

3) EXAMEN PHYSIQUE :

A° SIGNES FONCTIONNELS :

1- DOULEURS :

- Douleurs inguinales : Elles peuvent être d'origine prostatique (prostatite) ou épидидymaire.

- Douleur de la verge : liée à :

- Une infection urinaire : la douleur est une sensation de brûlure lors de la miction
- Une urétrite ou infection de l'urètre surtout au cours de la maladie sexuellement transmissible.
- Un calcul de l'urètre
- Un priapisme : c'est une érection prolongée, douloureuse, non accompagnée de désir sexuel. C'est une urgence chirurgicale

- Douleurs des bourses : Il peut s'agir de sensation de gêne, de pesanteur installé insidieusement ou de douleurs intenses survenues de façon aiguë et brutale.

- Torsion aiguë du testicule : elle nécessite une intervention chirurgicale en urgence.
- Orchiépididymite aiguë ou infection du testicule et de l'épididyme.
- Cancer du testicule.
- Kyste du cordon spermatique ou de l'épididyme.
- Traumatisme des bourses.
- Une varicocèle.
- Irradiation de la colique néphrétique.

-Douleurs périnéales : Elles sont situées en arrière des bourses, et sont en rapport avec :

- La prostatite aiguë
- La prostatite chronique
- Le cancer de la prostate
- Une pathologie urétrale

Elles peuvent être rythmées par la miction et l'éjaculation.

2- DYSFONCTION ERECTILE: C'est l'incapacité d'avoir ou de maintenir une érection suffisante pour avoir des rapports sexuels satisfaisants.

* Étiologies :

- Origine psychogène caractérisée par la conservation des érections nocturnes et matinales.
- Causes vasculaires : l'athérome est la cause la plus fréquente.
- Causes médicamenteuses.
- Causes hormonales : Hypo androgénie, Hyperprolactinémie.
- Causes neurologiques : accident vasculaire cérébral, traumatisme médullaire, neuropathie diabétique,
- traumatisme pelvien, chirurgie pelvienne étendue, irradiation pelvienne.
- Causes tissulaires : fibrose des corps caverneux secondaire à un priapisme prolongé ou un traumatisme de la verge.

3- TROUBLES DE L'EJACULATION :

* Anéjaculation : C'est l'absence d'éjaculation, suite à :

- Défaut de production du sperme par déficit en hormones males.
- Echec de propulsion : secondaire à une neuropathie, traumatisme médullaire, sténose des canaux éjaculateurs ou de l'urètre

* Éjaculation rétrograde : C'est le reflux de sperme dans la vessie.

Elle est en rapport avec une insuffisance du sphincter lisse qui se voit après une adénomectomie prostatique ou résection endoscopique de prostate.

* Hémospermie : C'est la présence de sang dans le sperme. Elle est secondaire à :

- Inflammation des vésicules séminales.
- Tumeur des vésicules séminales

- Inflammation de l'urètre
- Cancer de prostate

4- INFERTILITE MASCULINE : C'est l'incapacité pour un couple d'obtenir une grossesse après 12 mois de rapports sexuels non protégés

B° EXAMEN PHYSIQUE :

1-Inspection et palpation :

- La pilosité pubienne : de forme losangique
- L'existence d'une circoncision.
- Etat du méat (position, recherche d'un écoulement, inflammation).
- Etat du prépuce (non rétracte sur le gland donne le phimosis)
- Induration du corps spongieux ou caverneux.
- Ulcération du prépuce ou du gland (penser au chancre syphilitique)
- Lésion tumorale.

- Sous la peau scrotale : la peau glisse normalement sur le contenu scrotal.

* la vaginale : sert d'enveloppe du testicule.

* 02 testicules : sensibles à la pression, position, taille, consistance

* Epididyme : au bord postéro-supérieur du testicule.

* Segment inférieur du canal déférent.

* cordon spermatique (recherche d'un kyste, hernie inguinale, varice ou varicocèle).

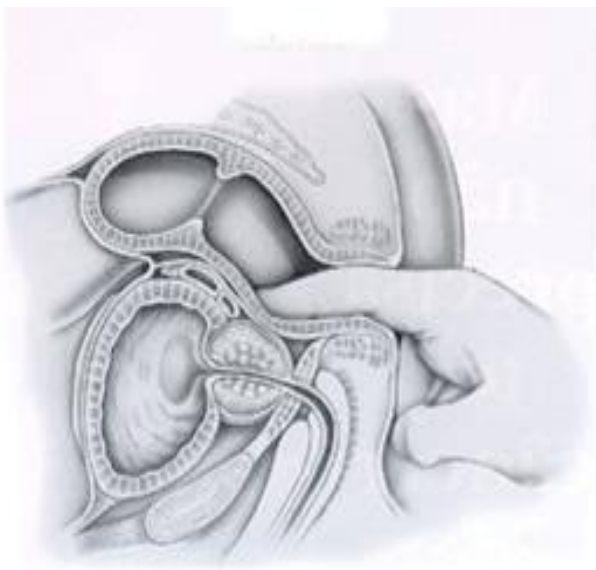
- Palpation des orifices herniaires au canal inguinal.

2- Examen neurologique du périnée : à la recherche :

- Trouble de la sensibilité péri-anale (territoire de la queue de cheval)
- Trouble du tonus musculaire (muscles releveurs de l'anus, reflex bulbo caverneux par contraction du sphincter strié)
- Trouble de la marche, voir un syndrome pyramidal, ou extrapyramidal.

C °TOUCHER RECTAL :

Le toucher rectal TR se fait en douceur, vessie et rectum évacués, avec doigtier lubrifié, malade sur le dos, cuisses et jambes écartées en position gynécologique.



On demande au patient de pousser pour éviter la contracture réflexe et douloureuse de l'anus.

L'autre main prime la région hypogastrique à la rencontre du doigt rectal.

On apprécie le contenu de l'ampoule rectale ainsi que état de la prostate (de consistance élastique en châtaigne avec sillon médian vertical)

L'examen de la prostate peut se faire aussi en position genu-pectoral.

4) ANOMALIES :

- **Ectopie testiculaire** : ou cryptorchidie, anomalie de migration du testicule uni ou bilatérale. A l'examen la bourse est vide. le testicule peut être de localisation lombaire, iliaque ou inguinale.

- **hydrocèle** : épanchement séreux de la vaginale. C'est une tuméfaction rénitente, non réductible et non impulsive à la différence d'une hernie inguinale.

- **Gros testicule** : tuméfaction intra scrotale pouvant évoquer ;

1) Cancer du testicule.

2) Orchy-épididymite : tuméfaction rouge, chaude et douloureuse avec fièvre et signes d'infection urinaire.

3) Urgences : tuméfaction douloureuse en cas de la torsion du cordon spermatique , et l'hernie inguinale étranglée.

- **Etat de la prostate** : toute protrusion dans la lumière rectale signifie une hypertrophie prostatique.

1) **Adénome** : avec notion de pollakiurie et rétention urinaire aiguë ou chronique.

Au TR, prostate augmentée de volume, arrondie en balle de tennis, ferme, élastique, régulière sans sillon médian.

2) **Cancer de la prostate** : avec notion de pollakiurie, dysurie, voir hématurie

Au TR, soit prostate avec un ou plusieurs nodules de dureté pierreuse, soit une prostate augmentée de volume avec conservation du sillon médian, mais uniformément indurée de consistance pierreuse.

5) EXPLORATION :

- Echographie pelvienne (avec vessie pleine) : état de la vessie et prostate.

- Echographie scrotale : état des testicules et annexes.

- Bilan sanguin : FSH, LH, testostérone, voir PSA (antigène prostatique) spécifique du Cancer de la prostate.

- Spermogramme

- ECBU : examen cyto-bactériologique des urines.

IV° CAS CLINIQUES :

-**1^{er} cas : femme** de 40 ans se plaint depuis plusieurs mois de règles trop abondantes.

Sémiologie : ménorragies en rapport avec une pathologie utérine (fibrome utérin).

-**2^e cas** : femme de 50 ans présente un prurit vulvaire avec pertes de couleur blanchâtres, sur notion de syndrome polyuro-polidipsique.

Sémiologie : leucorrhées d'origine mycosique (candida albicans) sur terrain prédisposé (diabète sucré méconnu).

-**3^e cas** : homme de 27 ans présentant de façon aiguë une tuméfaction chaude et douloureuse unilatérale intra scrotale sur notion de brûlures mictionnelles.

Sémiologie : orchy-épididymite sur infection du bas appareil urinaire.

V° REFERENCES :

- précis de sémiologie.
- Abrégé de sémiologie médicale MASSON.

