

Examen gynécologique de l'enfant: quand, comment, pourquoi?

Sonja Fontana, Renate Hürlimann, Zurich

Traduction : Rudolf Schlaepfer, La Chaux-de-Fonds

Résumé

L'examen des organes génitaux est une partie intégrante du status du nouveau-né féminin et devrait se faire une fois aussi lors des examens préventifs ou lorsqu'une question spécifique se pose. Il consiste typiquement en une inspection par traction et séparation, un examen au moyen d'instruments étant rarement nécessaire.

La connaissance des particularités anatomiques et endocriniennes des différents stades de développement de la fille est une condition indispensable de l'examen gynécologique en pédiatrie. Ce n'est qu'ainsi qu'on pourra interpréter correctement les constatations relevées et faire la différence entre variante de la norme et pathologie. Une formation spécifique incluant la connaissance de l'anatomie féminine et des pathologies les plus fréquentes éviteront des diagnostics, des traitements et des inquiétudes parentales inutiles.

Introduction

La plupart des médecins assistants se sentent insuffisamment préparés, même peu de temps avant la fin de leur formation postgraduée, à effectuer et interpréter correctement l'examen gynécologique d'enfants et adolescentes, bien que cela fasse partie de leur curriculum de formation. Cet article vise à améliorer les compétences pratiques en gynécologie de l'enfant des pédiatres. Dans la première partie nous décrivons le déroulement de cet examen, dans la deuxième partie suivront les constatations les plus fréquentes aux différents âges et leur approche à l'aide d'exemples pratiques.

I. Technique d'examen

Généralités

L'organe génital féminin et les pathologies relatives sont empreints, aussi à notre époque «sexualisée», de gêne; pour réussir, l'examen gynécologique suppose donc de la part du

médecin un haut degré de compréhension pour les circonstances¹⁾. Le médecin doit faire preuve vis à vis de la patiente et de ses parents de savoir faire et d'empathie adaptée à l'âge, il doit avoir le temps, le calme et la patience nécessaires²⁾.

Déroulement

L'exploration gynécologique sera toujours précédée d'une anamnèse et d'un examen pédiatrique général, incluant les stades de Tanner. Une approche empathique permet presque toujours de créer une relation de confiance et d'effectuer ensuite les examens nécessaires. L'entretien préalable est par ailleurs une excellente occasion de prévention, en soulevant p.ex. des questions concernant

- le développement pubertaire
- l'hygiène
- les situations de risque (p.ex. atteintes à l'intégrité sexuelle)
- et pour la détection précoce de variantes de la norme et de pathologies.

Il est absolument nécessaire de connaître les termes corrects et de pouvoir expliquer les différentes structures anatomiques dans la région génitale (fig. 1).

On expliquera toujours au préalable l'examen gynécologique à la patiente et à la personne l'accompagnant: il ne s'agit pas d'un examen au moyen d'instruments comme pour la femme adulte. Rien que cette remarque permet déjà de réduire les craintes. Il est important de préciser que l'hymen ne sera pas blessé par l'examen. Une photographie ou un

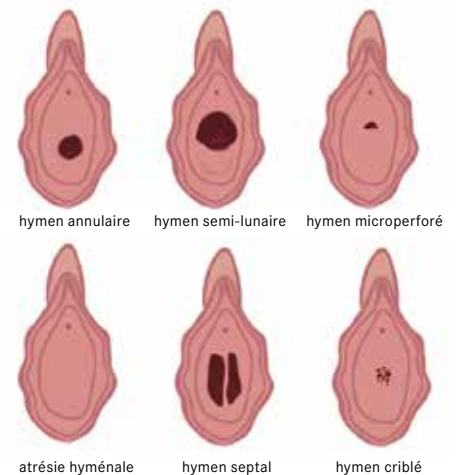


Figure 2: Variantes anatomiques de l'hymen. Source: Fontana S.

dessin peut s'avérer utile, de nombreuses personnes pensant encore que l'hymen couvre ou obstrue complètement l'introït «vierge» (fig. 2).

L'objectif de l'examen est d'éviter tout traumatisme. Pour une enfant peureuse l'examen ne sera parfois possible que lors d'une consultation ultérieure. Les examens sous narcose ne sont que rarement nécessaires, le plus souvent lors de lésions traumatiques (chute à califourchon, écartement), lors de suspicion de corps étranger ou de tumeur, de saignements d'origine inconnue. À la clinique pédiatrique de Zurich nous utilisons la sédation-analgésie par gaz hilarant, ce qui permet d'éviter la plupart des narcoses.

Inspection

L'inspection est la première étape de l'examen gynécologique. La petite fille est couchée sur le dos en position de la grenouille, la fille plus âgée sur le fauteuil gynécologique avec repose-jambes. Les nourrissons et petites filles peuvent aussi aisément être examinées dans les bras de la personne l'accompagnant (fig. 3).



Figure 1: Organe génital féminin – esquisse avec termes. Source: Hürlimann R.



Figure 3: Examen gynécologique de la fillette, dans les bras de la personne l'accompagnant. Source: Fontana S.

Nous conseillons d'examiner l'adolescente sans la présence de la personne l'accompagnant car cela donne l'occasion de parler avec la patiente seule (sexualité, contraception, infections sexuellement transmissibles). Par la suite, lors de l'examen gynécologique et notamment si l'examineur est de sexe masculin, nous recommandons, pour des raisons médicales, la présence d'une deuxième personne professionnelle (assistante médicale).

Une bonne source de lumière est indispensable. Le colposcope ou une loupe facilitent l'interprétation clinique.

La position genoux-coudes peut s'avérer utile car elle permet une bonne visualisation du vagin distal (p.ex. lors de suspicion de corps étranger). Dans cette position l'hymen se déplie sous l'effet de la gravité et les contours se laissent mieux inspecter.

Remarque: nous proposons toujours à l'enfant un miroir avec lequel il peut suivre l'examen. Cela aide la patiente à se sentir un élément actif de l'examen, ne la distrait pas seulement mais contribue aussi à comprendre les explications.

Traction et séparation

Les méthodes par séparation (écartement latéral à la hauteur de la jonction entre grandes lèvres et périnée) et surtout de traction (en tenant les deux grandes lèvres entre pouce et index et en tirant légèrement en direction de l'examineur et du périnée) permettent une inspection optimale du vestibule avec clitoris, méat urétral, hymen, partie antérieure du vagin, fosse naviculaire et commissure postérieure (fig. 1 et 4). L'inspection se concentrera sur la présence de poils pubiens, l'aspect de la peau au niveau de la vulve, la taille et la forme du clitoris et du prépuce, le smegma interlabial, les signes d'œstrogénisation du vagin et de l'hymen, la configuration de l'hymen, ainsi que le périnée et la région anale et périanale.

Remarque: faire tousser la patiente si les bords de l'hymen sont collés; par l'augmentation de la pression intra-abdominale l'introït s'ouvre et le vagin devient mieux visible.



Figure 4: Méthode par traction: prudemment en direction de l'examineur et vers le périnée. Source: Hürlimann R.

Prélèvement de sécrétions vaginales

Lors de pertes vaginales on procèdera en général à une analyse microbiologique (préparation native et culture). Chez l'enfant le prélèvement se fait en position dorsale. Nous utilisons avec succès un cathéter pour aspiration à double chambre pour nouveau-nés (fig. 5). On l'introduit prudemment dans le vagin, en distrayant l'enfant, sans toucher l'hymen ou d'autres structures de la vulve. Le prélèvement par frottis au moyen d'un coton-tige humidifié avec du NaCl n'est permis qu'après l'œstrogénisation, étant sinon douloureux. Les frottis de la vulve sont affectés d'un haut degré de contamination et utiles seulement lors de questions spécifiques (herpès génital, ulcère de Lipschütz).

Vaginoscopie

La vaginoscopie (examen du vagin proximal et du col utérin) est indiquée en présence de pertes vaginales persistantes d'origine indéterminée, comme on les rencontre en présence de corps étrangers, de saignements vaginaux ou de suspicion de tumeur. La vaginoscopie est possible chez l'enfant réveillée qui coopère bien, éventuellement elle sera effectuée sous sédation au protoxyde d'azote.

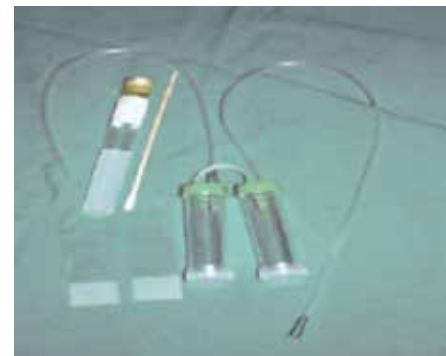


Figure 5: Diagnostic de pertes blanches. Source: Hürlimann R.

II. Constatations fréquentes

Nouveau-né / nourrisson

Contrairement à l'organe génital masculin, après la naissance on ne prête pas ou peu d'attention à l'organe génital féminin. Sous l'influence des hormones maternelles les organes génitaux sont œstrogénisés, l'hymen étant bulbeux et les petites et grandes lèvres proéminentes. Pendant les 10 premiers jours 1-2% des fillettes peuvent même présenter un saignement physiologique par privation. Les deux premiers examens préventifs (après la naissance et à l'âge de 1 ou 2 mois) offrent une excellente possibilité pour expliquer aux parents l'anatomie féminine et les mesures d'hygiène. Une attention particulière sera portée à l'hymen, rendu particulièrement bien



Figure 6: Fluor néonatal et mise en évidence du vestibule vaginal par traction. Source: Hürlimann R.

sonde gastrique la plus fine) permet pourtant de mettre en évidence l'introït.

Cas cliniques

«Ma fille n'a pas de vagin»

La consultation eut lieu le jour même, après un appel téléphonique de la maman remontée au cabinet: «Ma fille n'a pas de vagin!». Elle l'aurait remarqué en baignant sa fille de deux ans et tout de suite recherché sur internet, est-ce qu'il faudra lui transplanter un utérus?

Lors de l'examen gynécologique on constate rapidement ce que la mère entend: les bords de la vulve sont collés depuis la commissure postérieure presque complètement jusqu'au prépuce du clitoris (*fig. 8*).

La fillette a des langes, il n'y a pas eu d'infections urinaires à ce jour. Après avoir expliqué que ces adhérences sont fréquemment constatées par hasard et ne nécessitent aucun traitement aussi longtemps que la fille a des langes, une maman visiblement soulagée quitte le cabinet.



Figure 8: Synéchie des bords vulvaires. Source: Hürlimann R.

Les adhérences labiales sont fréquentes pendant la phase de latence, surtout à l'âge de 2 à 4 ans. À l'origine de l'adhérence se trouve une irritation des bords de la vulve, on voit une fine ligne translucide. Cette synéchie pendant la petite enfance est généralement asymptomatique. Bien que fréquemment mentionné dans la littérature, il n'y a pas d'infections ou rétentions urinaires. Des symptômes apparaissent lorsque la fillette se rend aux toilettes: quelques gouttes d'urine mouillent régulièrement les culottes après la miction.

Le traitement consiste à appliquer sur la synéchie, en écartant très prudemment, à l'aide d'un coton-tige l'équivalent d'une tête d'épingle d'une crème contenant des œstrogènes. En appliquant quotidiennement et

correctement, l'adhérence se détache dans les 4-6 semaines. Nous conseillons de poursuivre l'application de la crème à base d'œstrogènes pendant encore 2 semaines sur les bords de la vulve, et ensuite d'une simple crème grasse afin de prévenir que les adhérences se reforment. La séparation mécanique des adhérences est obsolète: elle est souvent traumatisante et occasionne un recollement cicatriciel.

Chute depuis un banc

La patiente âgée de 6 ans arrive aux urgences: en grimpant sur un banc public elle a glissé et est tombée les jambes écartées sur le dossier. Elle saigne dans la région génitale, la fillette a mal et elle a peur.

Après lui avoir donné un analgésique, on peut examiner la fillette en position de la grenouille. On constate une blessure dans la région de la fosse naviculaire, profonde, qui saigne et nécessite des points de suture. Une deuxième petite blessure se trouve sur la partie intérieure de la petite lèvre droite. Le méat urétral et l'hymen ne sont pas blessés. Après l'analgésie la fille peut uriner. La blessure est suturée narcose avec du matériel résorbable. Après prescription d'analgésiques et de bains de siège nettoyants et regraissants la fillette rentre à domicile; lors du contrôle 3 semaines plus tard la blessure a guéri pratiquement sans laisser de traces (*fig. 9*).

Lors de chutes à califourchon (straddle injury) l'enfant tombe en général sur une barre en grimpant ou en faisant du vélo ou par glissement sur un bord tranchant (meuble, bord de piscine, rampe, tour de grimpe). Cela cause typiquement des contusions ou blessures des organes génitaux externes (grandes et petites lèvres) et du périnée. Les structures internes comme le vestibule vaginal, l'hymen et l'urètre sont protégés par les grandes lèvres et plus rarement touchés. Lors de lésions génitales



Figure 9: Straddle injury. Source: Fontana S.

qui saignent, la consultation médicale se fait presque toujours immédiatement, l'anamnèse est cohérente (l'enfant peut souvent renseigner elle-même) et l'accident a été observé, ce qui n'est pas le cas lors d'un abus sexuel.

Saignements «vaginaux» et suspicion d'atteinte à l'intégrité sexuelle

Une fillette de 7 ans nous est adressée avec une hémorragie vaginale importante. Cette fillette de couleur vit dans une institution. Le responsable a remarqué les saignements alors qu'elle rentrait de la place de jeu (elle aurait fait longtemps de la balançoire et aussi du toboggan). Toute l'équipe est remontée, on soupçonne un abus sexuel.

La fillette ne se plaint pas de douleurs et est en bon état général, les culottes sont ensanglantées. À l'inspection on constate une protrusion circulaire hémorragique du méat urétral. La traction permet de bien visualiser l'introït vaginal, les contours de l'hymen sont intacts, sans lésion aiguë. On pose le diagnostic de prolapsus urétral.

Le prolapsus urétral apparaît typiquement chez les filles de couleur. La fréquence est de 1:3000, le pic se situe entre 5 et 8 ans. Les fillettes se présentent avec des culottes ensanglantées, généralement sans dysurie.

L'étiologie n'est pas claire; on évoque une mobilité urétrale accrue par une mauvaise connexion entre les couches musculaires de l'urètre et l'augmentation de la pression intra-abdominale.

Le traitement consiste en bains de siège astringents ou éventuellement une crème à base d'œstrogènes. La résection chirurgicale n'est que rarement nécessaire.

D'autres étiologies possibles de saignements sont des polypes ou kystes urétraux ou des



Figure 10: Prolapsus urétral. Source: Hürlimann R.

kystes para-urétraux. Ils sont néanmoins très rares, ils n'ont pas l'aspect circulaire et oedématisé.

Abus sexuel

La prévalence de l'abus sexuel avec contact physique est de 20%!⁽⁴⁾

Dans plus de 90-95% de contacts péniens ou digitaux dans la région génitale les constatations cliniques sont sans particularité: les blessures guérissent vite et les atouchements ne laissent pas de traces visibles.

Pour des raisons médico-légales (préservation des preuves: sperme et ADN de l'auteur) lors d'un événement récent la consultation chez un médecin expérimenté en médecine légale devrait avoir lieu **le plus rapidement possible (<72 h)**. Ces médecins collaborent avec des équipes de protection de l'enfant pluridisciplinaires, examinent et documentent au moyen d'un colposcope selon les recommandations internationales et se servent de la classification d'Adams⁽⁵⁾ pour interpréter leurs constatations.

Sang dans les culottes

Une maman se présente avec sa fille de trois ans, elle a découvert du sang dans sa culotte. En l'examinant le pédiatre constate des suffusions hémorragiques suspectes dans la région anogénitale. Suspectant une situation d'abus dans le cadre familial, il adresse la fillette à la consultation gynécologique. La petite fille se laisse examiner sans difficultés dans les bras de sa maman. La traction et la séparation mettent en évidence une dépigmentation en forme de sablier de la vulve et périnéale. La peau a un aspect parcheminé, elle est mince et fragile, aspect encore mieux visible avec le colposcope qu'à l'œil nu. Il y a de multiples traces de grattage et des suffusions hémorragiques. La gynécologue pédiatre pose le diagnostic d'un coup d'œil: il s'agit du lichen scléreux génital.

Le lichen scléreux est la cause la plus fréquente de saignements anogénitaux à l'âge pédiatrique. Il s'agit d'une atrophie cutanée auto-immune, avec suffusions hémorragiques, dépigmentation de la vulve et de la peau périnéale, occasionnant du prurit. Ces manifestations sont accentuées par l'absence d'œstrogènes pendant la phase de latence.

De petits traumatismes (vélo, cheval) occasionnent des hémorragies et des fissures. Le vestibule et l'hymen ne sont pas atteints! Souvent est associé un lichen péréal avec des fissures, défécation douloureuse et constipation. Le traitement consiste en application topique de stéroïdes et relipidation, en cas de récurrence ou chronicité aussi application de tacrolimus.



Figure 11: Lichen scléreux. Source: Hürliemann R.

DD des saignements génitaux pendant la phase de latence

- l'origine du sang n'est pas vaginale mais urétrale (p.ex. cystite hémorragique) ou anale (p.ex. constipation avec fissure anale, gastroentérite)
- blessure par écartement, chute à califourchon
- corps étranger
- infections (p.ex. streptocoque A)
- lichen scléreux de la vulve
- prolapsus urétral
- polypes et kystes
- tumeurs (rare!)
- atteinte à l'intégrité sexuelle
- syndrome de Münchhausen par procuration (rare!)

Tout saignement génital d'origine incon nue nécessite une consultation par un médecin expérimenté en gynécologie pédiatrique.

Adolescence

Les questions concernant la puberté (normale vs tardive/précoce), l'hyperplasie des petites lèvres, le muguet vaginal, le prurit lié à des problèmes d'hygiène, les troubles menstruels ou le souhait de contraception sont des raisons fréquentes de consultation à cet âge.

Lors de la première consultation un examen gynécologique n'est en général pas néces-

saire, même s'il s'agit d'une première prescription d'un anti-ovulatoire, à moins que l'adolescente ne sache pas comment introduire un tampon, ce qui requiert l'exclusion d'un hymen criblé ou microperforé (fig. 2). Le temps prévu servira surtout à l'anamnèse et aux conseils, notamment en l'encourageant à utiliser le préservatif, à une information sur les maladies sexuellement transmises et le vaccin HPV.

Les petites lèvres grandissent sous l'influence des œstrogènes. Suite à l'épilation des parties intimes elles deviennent aussi mieux visibles. D'après les idéaux de beauté actuels on souhaite des petites lèvres discrètes et les réductions chirurgicales augmentent chez nous aussi. Ces interventions comportent pourtant le risque de guérison imparfaite, avec formation de cicatrices associées à des troubles de la sensibilité et des fonctions sexuelles. Par un entretien empreint de confiance on aborde la grande variabilité de l'aspect des petites lèvres et l'acceptation du propre corps, et on déconseille dans un premier temps l'intervention chirurgicale.

Remarque: ne pas oublier les seins! Les adolescentes ont souvent des soucis et des questionnements à propos de leurs seins, il faut aborder ouvertement le sujet.

L'examen gynécologique et les problèmes fréquents de l'adolescente ne sont pas la priorité de cet article et sont bien décrits ailleurs^{(6), (7)}.

Références

- 1) Emans SJ, Laufer MR. Pediatric and Adolescent Gynecology. 6. Edition Philadelphia; Lippincott Williams Kluwer 2012
- 2) Oppelt PG, Dörr H. Kinder- und Jugendgynäkologie. 1. Auflage, Georg Thieme Verlag Stuttgart 2015
- 3) Costa M. Mythos Jungfräulichkeit. Pädiatrie 06/13
- 4) Optimusstudie: www.optimusstudy.org
- 5) Adams JA et al. Updated Guidelines for the Medical Assessment and Care of Children Who May Have Been Sexually Abused. J Pediatr Adolesc Gynecol 2016
- 6) Baltzer F. Praktische Adoleszentenmedizin. 1. Auflage, Verlag Hans Huber, Hogrefe AG Bern 2009
- 7) Hürliemann R. Adoleszentengynäkologie in der Praxis. Praxis 2013; 102(18): 1123-28

Correspondance

Dr. med. Sonja Fontana
Kinderspital Zürich
Steinwiesstrasse 75
8032 Zürich
sonja.fontana@kispi.uzh.ch

Les auteurs certifient qu'aucun soutien financier ou autre conflit d'intérêt n'est lié à cet article.