

---

# PALPATION ET TESTS DE MOBILITÉ DE L'UTÉRUS EN TECHNIQUES INTERNES

---

Module 2 – Cours 14 et 15

## 14 - PALPATION UTÉRINE PAR TOUCHER VAGINAL



### TEST DU COL DE L'UTÉRUS ET DU PLANCHER PELVIEN

#### 1. But de la manœuvre

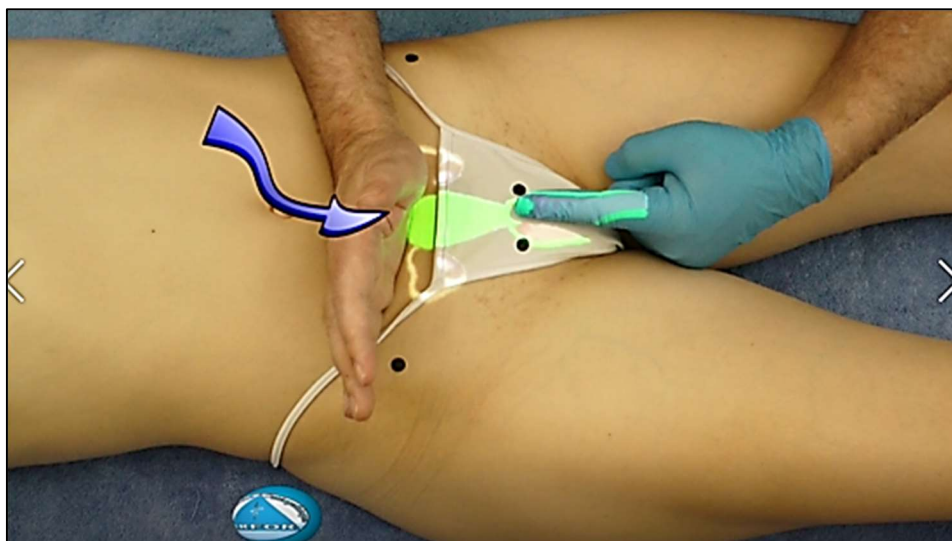
Cette technique a pour but de déterminer la restriction de mobilité de l'utérus.

#### 2. Position de la patiente

Décubitus dorsal position d'examen gynécologique. Le praticien est à hauteur du bassin. Paramètres de palpation : les mêmes que pour le toucher vaginal.

#### 3. Temps de la manœuvre

Le praticien glisse un doigt sur un côté du col, en direction de la main abdominale, à l'aide de sa main abdominale, il exerce une pression douce, en direction du doigt intravaginal. Finalement, le praticien fait entrer en contact les doigts de la main abdominale avec le doigt intravaginal. Le praticien peut alors apprécier la texture de la paroi abdominale.



**PALPATION GLOBALE PAR TOUCHER VAGINAL**

Le praticien fait ensuite glisser le doigt intravaginal en arrière du col. La main abdominale se déplace vers le centre de l'abdomen, en direction du fundus, en maintenant une pression constante. Le praticien peut alors apprécier la mobilité de l'ensemble par rapport à l'isthme qui sert de pivot.

De même que pour tous les tests de mobilité, la liberté de mouvement devra se faire dans toutes les directions. En cas de limitation d'un mouvement, la lésion sera à rechercher dans la direction du mouvement le plus libre. De même, le doigt intravaginal pourra venir se placer en avant du col pour effectuer le test selon une autre direction. Le plus souvent, les tests indiqueront une restriction de mobilité d'un même côté.

**14 - PALPATION UTÉRINE PAR TOUCHER VAGINAL**



*DÉROULEMENT DE L'EXAMEN*

**1. Position de la patiente**

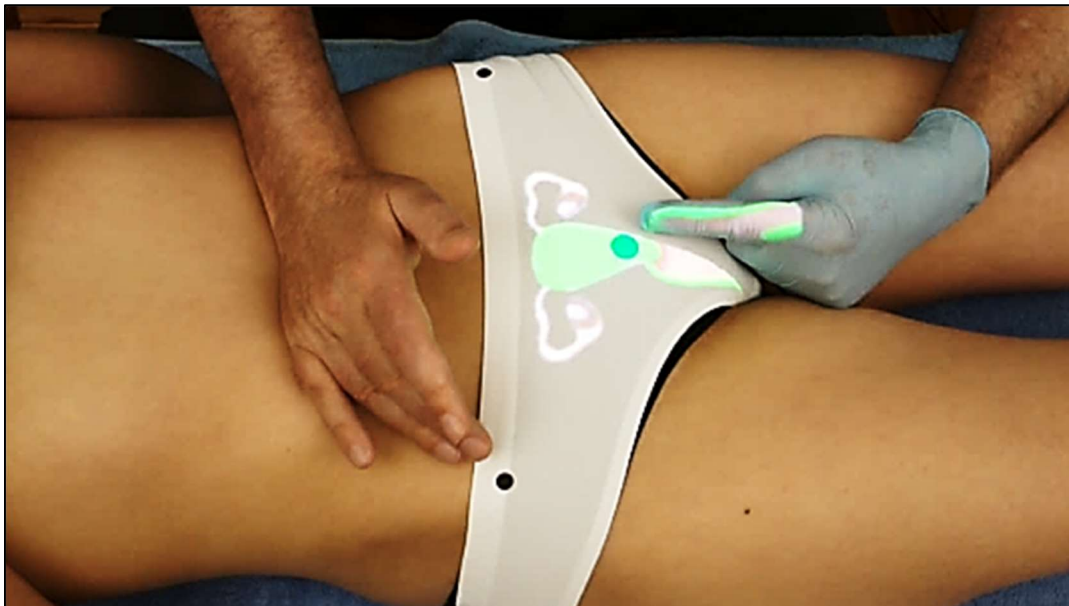
Sujet en décubitus, si possible, en fausse position gynécologique genoux fléchis, pieds écartés sur la table, ou encore côte à côte se touchant par la plante.

**2. Position du praticien**

Après avoir enfilé un gant (bien examiner sa solidité), le praticien se place debout, à la droite ou à la gauche de la patiente, selon la main utilisée, face à elle, pose son genou (droit s'il utilise sa main droite) sur le bord de la table, entre le talon et la fesse de la patiente, de façon à être confortable en tenant compte de la durée possible de l'examen.

**3. Paramètres de palpation**

Le praticien écarte délicatement les grandes et les petites lèvres et fait pénétrer, non moins délicatement, son index (qui est le plus long à l'intérieur du vagin), en direction de la table, le praticien pourra utiliser, en plus de son index, son majeur, mais seulement lorsque les tissus seront relâchés, prend contact avec le fundus, à l'aide de son autre main externe en sus-pubien. L'usage d'un lubrifiant neutre ou d'un gel d'échographie facilite la tâche.

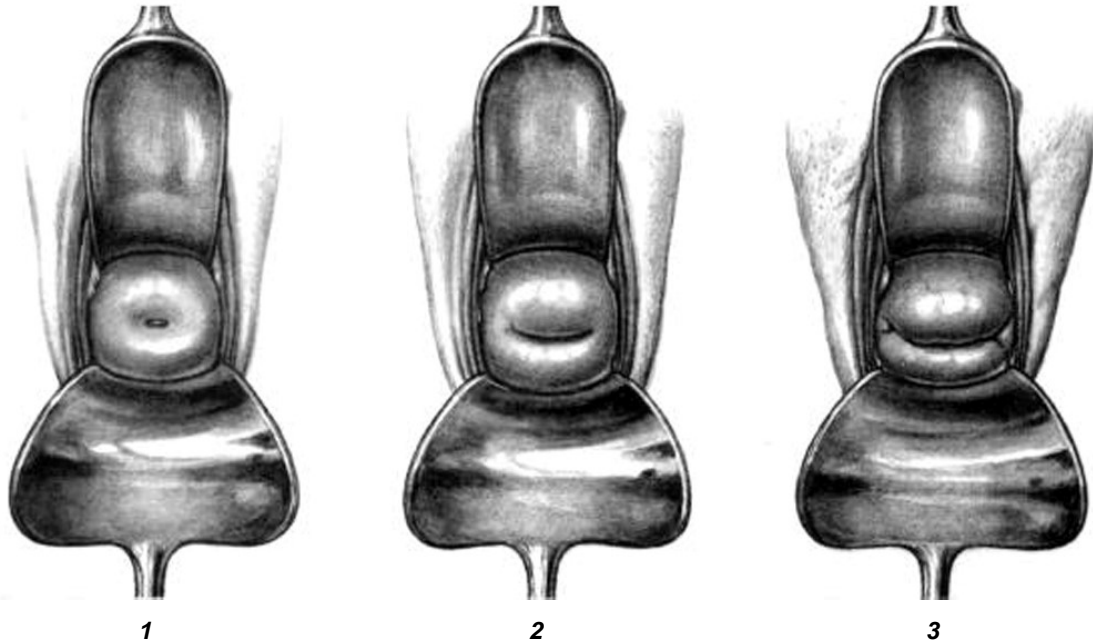


**DÉROULEMENT DE L'EXAMEN PAR TOUCHER VAGINAL**

#### 4. Déroulement du test

*Par sa main vaginale, le praticien devra apprécier :*

- Les parois du vagin qui doivent être souples, indolores, légèrement résistantes, sans zones d'induration ni variation de texture.
- Le col qu'il atteindra plus facilement au bout d'une minute : sensation d'une protubérance cylindrique, avec, à son sommet, une dépression de la forme d'un orifice rond ou ovale (nullipare ou multipare)



**REPRÉSENTATION DU COL PENDANT L'EXAMEN**

##### Si deux spéculums sont introduits dans le vagin

1. Aspect du col utérin d'une femme qui n'a pas accouché (Nullipare). L'orifice utérin est comme une fossette ronde, les lèvres de l'orifice utérin sont comme un anneau large et renflé, ferme comme le lobule du nez.
2. L'orifice utérin en forme de fente chez une nullipare ou après un accouchement. Sa consistance diminue. Est fixé, mobile, sensible ?
3. Après plusieurs accouchements (multipare), l'orifice utérin en forme de fente large avec des entailles cicatrisées sur les côtés, et les lèvres antérieure et postérieure de l'orifice utérin sont bien marquées. Consistance comparable à celle de la langue.

Le col peut augmenter de volume, œdématié avec de kystes de Naboth de nature muqueuse (bénins). La présence de tumeur peut se manifester par des irrégularités de surface, diriger vers un médecin. Le col se déforme au gré des parturitions, s'allonge et l'orifice s'élargit.

14 - TEST DU PLANCHER PELVIEN ★★★★★

DÉROULEMENT DE L'EXAMEN (SUITE ET FIN)

**1. Position de la patiente**

Sujet en décubitus confortable, si possible, en fausse position gynécologique genoux fléchis, pieds écartés sur la table, ou encore côte à côte se touchant par la plante.

**2. Préambule**

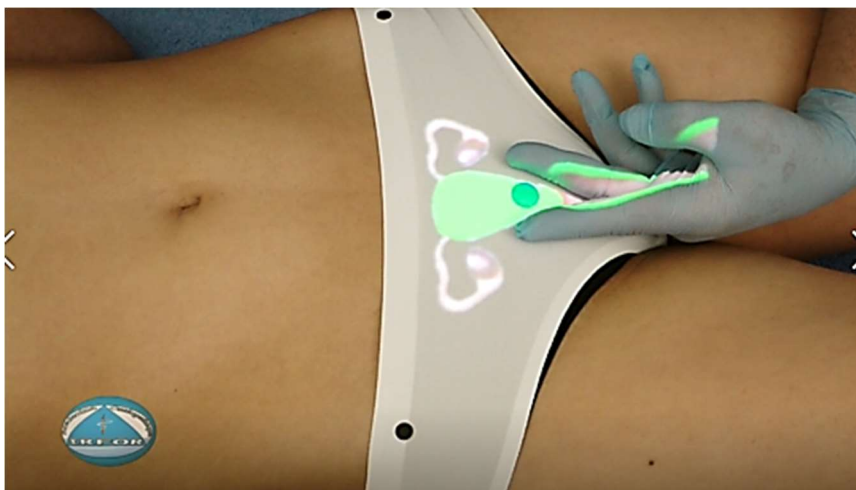
Le plancher pelvien est responsable du soutien des éléments uro-gynécologique. Sa défaillance peut avoir une influence sur l'utérus et être responsable d'un prolapsus.

**3. Premier temps**

Le praticien écarte délicatement les grandes et les petites lèvres et fait pénétrer, non moins délicatement, son index et le médium et place le col entre ses deux phalanges.

**4. Deuxième temps**

L'ostéopathe ressort ses doigts de la cavité vaginale de façon que les 3<sup>e</sup> phalanges soient au niveau du plan profond correspondant à la zone de l'élévateur de l'anus et la 2<sup>e</sup> phalange au niveau des muscles bulbo-spongieux



**5. Troisième temps**

L'ostéopathe évalue la tonicité musculaire par une poussée caudale et il demande à sa patiente une respiration profonde pour sentir les mouvements du diaphragme pelvien.

**6. Quatrième temps**

L'ostéopathe demande à sa patiente une contraction profonde du périnée (sans contraction des fessiers). La contraction du bulbo spongieux est ressenti sur la deuxième phalange, celle des élévateurs de l'anus sur la troisième