

15 - TEST DE MOBILITÉ DU COL DE L'UTÉRUS ★★★★★

RECHERCHE DE LA POSITION DU COL DE L'UTÉRUS PAR VOIE INTERNE

1. Indications

Il s'agit de mobiliser le col de l'utérus pour confirmer sa position lésionnelle.

2. Premier temps

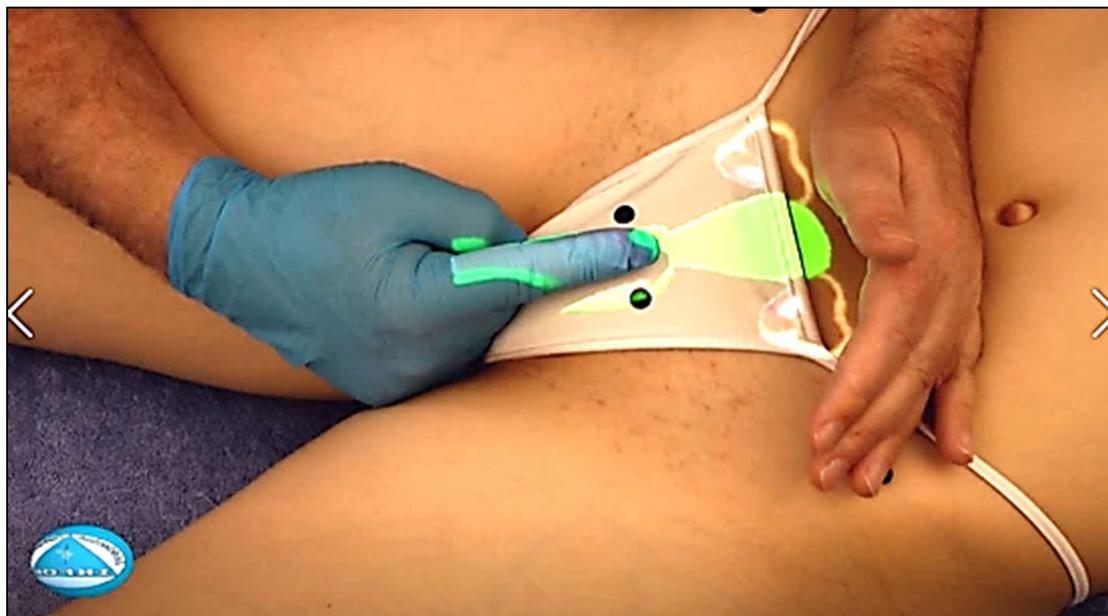
La patiente est en position gynécologique, le praticien est à sa droite et pénètre le vagin avec son index droit qui va se positionner tout d'abord sur l'extrémité du col pour le situer.

3. Deuxième temps

Ensuite le praticien déplace le col de l'utérus par la face latérale du doigt vers la gauche, vers la droite, vers le haut et vers le bas.

4. Troisième temps

La main externe du praticien assiste les mouvements et détermine le placement du corps par rapport au doigt interne. Si l'utérus est fixé le praticien peut saisir le col avec deux doigts afin de mieux le mobiliser.



TEST DE MOBILITÉ SPÉCIFIQUE DU COL

15 - TEST DE POSITION DE L'UTÉRUS ★★★★★

RECHERCHE EN DOUBLE CONTACT PAR VOIE INTERNE

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

Ne jamais oublier que la plupart des femmes connaissent la position de leur utérus. Une malposition innée ne se corrige pas, c'est le manque de mobilité de l'organe qui est pathogène.

3. Paramètres de palpation

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. La main céphalique de l'ostéopathe cherchera toujours à guider l'utérus vers la main caudale.

4. La position de l'utérus, la clinique

Si le col est en arrière et en bas et que le doigt interne bute sur la face antérieure du col, et que la main externe ne peut palper le fundus, *l'utérus sera rétroversé avec rétroflexion associée*.

En cas de rétroversion, la main abdominale a beaucoup de difficultés à trouver le fond utérin. En stade de 2° et 3° degré, il est impalpable. Lors du toucher vaginal, les doigts butent sur la face postérieure du col qui est antériorisé.

Si le col est en avant et en haut et que le doigt interne bute sur la face postérieure du col et que le fundus n'est toujours pas palpable, *l'utérus sera rétroversé*. Le cul de sac antérieur est fermé, le col peut appuyer sur la région trigonale et créer jusqu'à une incontinence. La rétroversion est due à une traction anormale des ligaments pubo-vésico-utérins et à un relâchement des utéro-sacrés.

Si le col est en arrière et en bas et que le doigt interne bute sur la face antérieure du col et que le fundus est proéminent et très palpable, *l'utérus sera antéversé*. Le fond utérin est facilement accessible aux doigts supra-pubiens. Le cul de sac vaginal antérieur est ouvert, le col est difficile d'accès, le cul de sac postérieur est fermé. Dans les *hyper-antéversions*, le col utérin peut appuyer sur la vessie et augmenter la pression intravésicale. Cette situation est due à une tension des ligaments utéro-sacrés et des ligaments ronds.

Si le col est incliné sur un côté, le praticien devra faire la différence entre une latéroversion et une latéroflexion, par la main externe.

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 pour tester la latéroversion. La main céphalique sent la position inclinée de l'utérus d'un côté, l'utérus est difficile à mobiliser et douloureux. Le ligament large et rond sont tendus, c'est la fixation haute. La rétraction du paramètre tracte le col et ferme le cul de sac latéral.

Les antéflexions et rétroflexions utérines sont plus difficiles à appréhender. Pour simplifier, si la position et l'orientation du col sont normales, le fond utérin facilement palpable dans le cul de sac antérieur, l'utérus présente une forme de U inversé qui signe l'antéflexion et donc un hyper appuis sur la vessie. A l'inverse, un corps ou un fond utérin non palpable, signe une rétroflexion.

La perte de mobilité utérine, et en cas de fixité, celle-ci est due à une tension ou une adhérence.

Si la texture tissulaire du pourtour vaginal du col est rigide, la tension sera soit ancienne, soit primaire.

Si cette texture cède rapidement à la mise en tension des tissus, la tension sera secondaire.

Une adhérence ne cédera pas facilement, nous devons alors déterminer son origine.

Une tension ou une adhérence récente seront sensibles.



TEST DE LATÉROVERSION