

Cours Aides-soignants de santé publique



Gynécologie Obstétrique

Module Gynéco-obstétrique

Période : 4^{ème} Semestre

Volume Horaire : 15 heures

Coefficient : 01

N^{bre} d'évaluation : 01

Objectif Pédagogique :

Au terme de cet enseignement, l'apprenant doit être capable de participer à la prise en charge d'une patiente atteinte d'une affection gynéco- obstétricale.

SOINS EN GYNECO-OBSTETRIQUE

I/SEMILOGIE :

- Aménorrhée : est l'absence des règles ou menstruation.
- Dysménorrhée : dysménorrhée est le terme utilisé pour parler de règles douloureuses. Littéralement, il signifie « *écoulement des règles difficile* ».
- Métrorragie : Ecoulement sanguin des voies génitales féminines, survenant en dehors des règles ; elle est définie aussi comme tout saignement anormal d'origine utérine (métror- = utérus ; -rragie = saignement) .

Leucorrhées : est un écoulement non sanglant provenant de l'appareil génital féminin . Il existe :

- des leucorrhées physiologiques, c'est-à-dire naturelles, qui sont le témoin de la desquamation vaginale et de la sécrétion de glaires par le col de l'utérus.
- des leucorrhées pathologiques qui seront le témoin d'une infection.

II/GENERALITES SUR LES AFFECTIONS GYNECO-OBSTETRIQUES :

- ❖ Hémorragie au cours de la grossesse.
- ❖ Grossesse extra utérine.
- ❖ Toxémie gravidique.

I/ Les anomalies de la grossesse

Les hémorragies

Les métrorragie se sont des pertes du sang et toute perte du sang même minime est un signe anormale chez la femme enceinte et doit amener à consulter sans tardé .

ETIOLOGIE:

La cause des métrorragies est variable suivant le moment de la grossesse au quelle survienne les pertes sanglantes

➤ A/PENDANT LES PREMIER MOIS DE LA GROSSESSE :

- Avortement :c'est la cause la plus fréquante de métrorragie, il peut sagir d'avortement spontané q'un avortement provoqué,l'hémorragie peut être le signe :d'une simple menace, d'un avortement encours ou d'une rétention placeintaire .
- Grossesse extra utérine :elle donne des métrorragies avec du sang noiratre peux abondant accompagner de douleur.
- L'endométrite :inflammation de l'endomètre au cours de la grossesse ,elle donne des métrorragies séro-sanglante comme du sang melé d'eau.

➤ B/PENDANT TROISIEME TRIMESTRE :

- Placenta prévia :c'est la cause la plus fréquante pendant les deux dernier mois :il provoque des métrorragies du sang rouge spontané ,nocturne ,indolore ,répéter parfois très abondante.
- Hémorragie retro-placeintaire :Ils'accompagne d'une métrorragie du sang rouge foncé avec douleur brutal,un etat de choc et une contracture utérine.
- Rupture utérine :elle est très rare mais peut s'observer chez les grandes multipares ou en cas d'un utérus cicatriciel.

TRAITEMENT : Il est etiologique.

LA GROSSESSE EXTRA-UTERINE

I/DEFINITION :

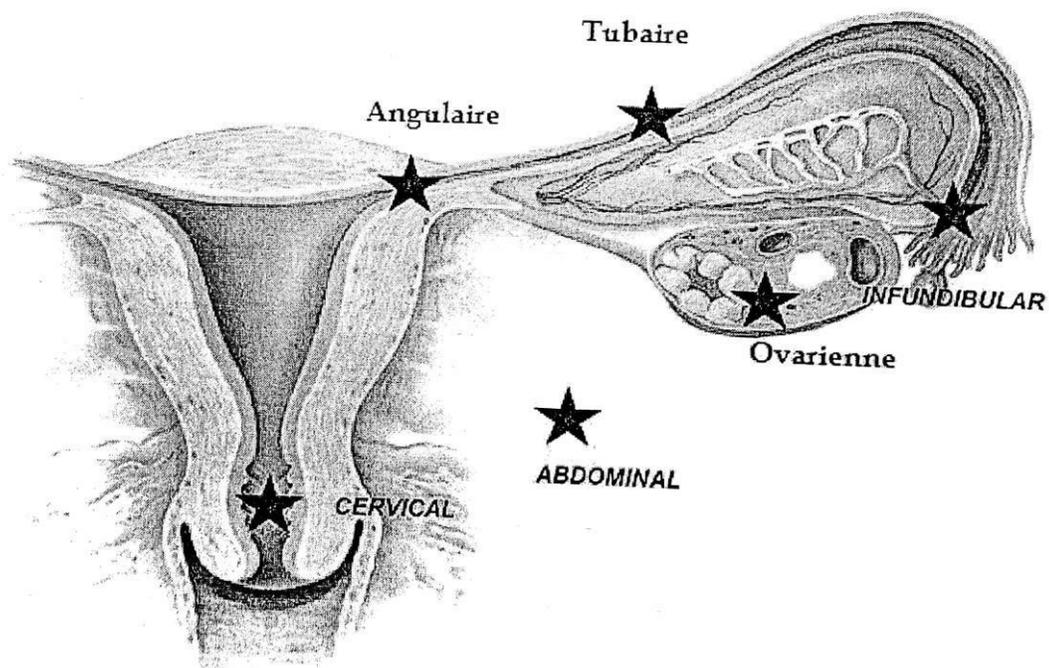
La grossesse extra-utérine (GEU) est une grossesse qui se développe en dehors de la cavité utérine. Le plus souvent, l'oeuf, trop gros, n'a pas pu parcourir la trompe.

Les types de grossesse extra-utérine

- Grossesse tubaire : quand le fœtus se développe dans la trompe de Fallope
- Grossesse ovarienne : quand le fœtus se développe dans l'ovaire
- Grossesse péritonéale : quand le fœtus se développe dans la cavité péritonéale, on parle aussi de grossesse abdominale.

Une GEU est souvent détectée dès la 2ème semaine, au plus tard à la 8ème, par échographie ou coéloscopie.

Types de grossesses extra-uterine



Les causes :

Les GEU peuvent être dues à plusieurs raisons :

- Présence d'une DIU, dispositif intra-utérin peut être la cause d'une déviation ou d'une inflammation. En effet il peut empêcher une grossesse utérine mais il est possible qu'il laisse passer une grossesse extra-utérine.
- une fécondation in vitro
- le tabac est responsable de grossesse extra-utérine dans 35% des cas.
- une infection antérieure des trompes.
- une pilule contraceptive micro-progestative
- une pathologie spécifique des trompes comme la salpingite
- un âge avancé de la femme, par exemple une femme de 20 ans n'a que 0,4% de chance de faire une grossesse extra-utérine, contre 2% pour une femme entre 30 et 40 ans.
- antécédent de grossesse extra-utérine
- une infection génitale
- des maladies sexuellement transmissibles
- une intervention chirurgicale des trompes
- une intervention nécessitant l'ouverture de la cavité abdominale.

Les symptômes :

- des saignements anormaux en dehors des règles.
- vertiges
- Douleur continue, localisé dans la région hypo-gastrique s'irradie vers la région lombaire.
- La G.E.U évolue vers une hémorragie cataclysmique puis se caractérise par une douleur violente en coup de poignard puis les signes d'hémorragie interne apparaissent .

Le diagnostic sera effectué dès l'examen gynécologique ou d'une échographie et d'une prise de sang pour évaluer le taux d'hormone

chorionique gonadotrophique ou beta HCG, l'hormone spécifique de la grossesse.

Traitement d'une GEU :

Il faut hospitaliser la malade en urgence. Le traitement peut être médical ou chirurgical après 6 semaines de grossesse.

Le traitement chirurgical : peut-être effectué par

- **laparotomie** si la Celio-chirurgie est contre-indiquée dans le cas d'instabilité hémodynamique liée à un hémopéritoine brutal et abondant.
- **cœlioscopie radicale = salpingéctomie**, la trompe est retirée et extraite si elle est très abîmée ou si la probabilité de récurrence de GEU est importante.
- **cœlioscopie conservatrice = salpingotomie**, la trompe est ouverte et la GEU aspirée.

Le traitement chirurgical reste le seul traitement d'une GEU évoluée ou compliquée.

L'évaluation du pronostic ultérieur est réalisée par l'exploration de l'annexe controlatérale.

Un traitement médical : par injection du Méthotrexate®.

La toxémie gravidique - La pré-éclampsie

1/Définition

La pré-éclampsie (également appelée la toxémie gravidique) est une maladie qui se développe plus favorablement sur un terrain hypertensif (tension au-dessus de 14/9) et elle est également caractérisé par la présence élevée de protéines dans les urines. Elle se déclare au milieu du second trimestre de la grossesse, généralement à partir de la 20^e semaine d'aménorrhée.

2/CAUSE :

Les causes de la maladie sont très complexes. La cause majeure qui a été mise en évidence ces dernières années, est un dysfonctionnement de la vascularisation du placenta.

3/Symptômes

- La maladie ne s'exprime, en général, qu'à partir du 5^e mois de grossesse .
- Le premier signe important est une tension supérieure à 14/9,
- Présence de protéines dans les urines,
- Des céphalée (maux de tête) violentes,
- Œdèmes,
- Une augmentation rapide de la prise de poids,
- Des troubles visuels.

4/Facteurs de risque

- La toxémie gravidique est plus fréquente chez les primipares
- Elle est plus fréquente chez les femmes de moins de 18 ans ou de plus de 40ans.
- Si la femme souffre d'hypertension chronique, d'une pathologie rénale, diabète.
- Si la femme souffre d'un syndrome des ovaires poly kystiques
- Les risques sont accrus en cas de grossesse multiple
- S'il y a un antécédent personnel ou familial de pré-éclampsie

5/les risques pour le bébé :

La toxémie gravidique étant une pathologie du placenta, les échanges (de nutriments, d'oxygène) entre la maman et le fœtus ne se font plus correctement. La croissance et la vitalité du bébé sont donc menacés, avec pour conséquence une **souffrance fœtale** et un **retard de croissance in utero** (RCIU). Le risque de mort fœtale in utero est rare.

6/Les risques pour la maman :

Les deux grandes complications sont :

- ***l'hématome rétro placentaire.***
- ***l'éclampsie*** : est l'équivalent d'une crise d'**épilepsie** : un œdème cérébral déclenche une crise de convulsions, qui peut entraîner le décès de la maman et de son bébé.

7/la prise en charge :

La prise en charge varie selon la gravité de la toxémie gravidique et le terme de la grossesse. *on met la maman au repos en l surveillant étroitement :*

- *notamment au niveau des urines.*
- *la tension et des bilans sanguins.*
- *Le bébé est lui aussi suivi de près avec des monitorings réguliers pour vérifier le rythme fœtal.*
- *des **échographies** pour suivre sa croissance.*
- *des doppler pour vérifier sa bonne vascularisation. »,*

Les médicaments antihypertenseurs permettent de faire baisser la tension, mais ils ne soignent pas la toxémie. Ils s'attaquent seulement aux symptômes et permettent d'éviter certaines **complications**.

l'accouchement peut donc être déclenché avant terme.

III/LES INTERVENTIONS OBSTETRICALS

La ventouse :

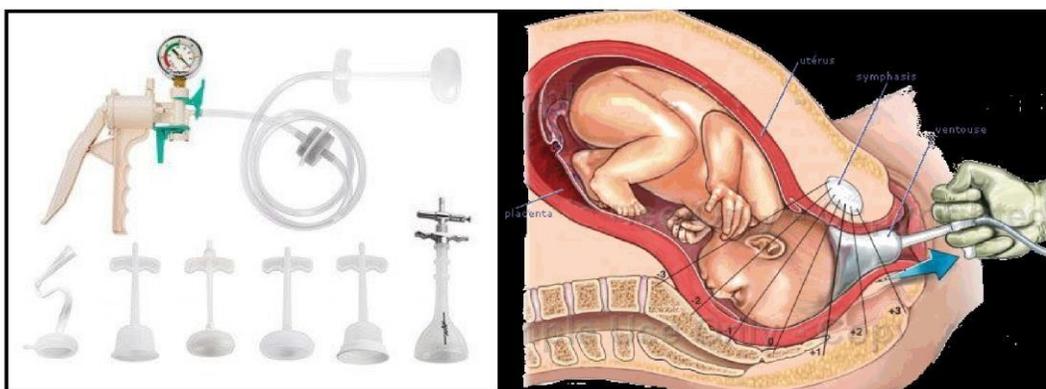
La ventouse obstétricale appelée aussi *vacuum extractor* est un instrument qui ressemble à une petite coupe de 5 cm environ, prolongée par un petit tuyau lui même relié à une pompe.

- La ventouse est utilisée comme les forceps, pour aider le bébé à sortir lors de l'accouchement.
- Les naissances assistées par extractions instrumentales sont très bien maîtrisées et ne présentent aucun danger ni pour l'enfant et la mère.

INDICATION :

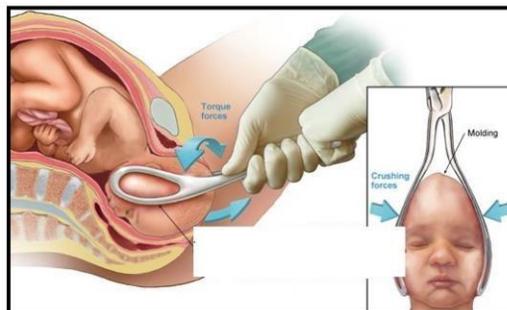
C'est toujours l'obstétricien qui va décider et procéder à l'extraction instrumentale à l'aide d'une ventouse. Il va décider d'y recourir dans des circonstances particulières :

- Lorsque les efforts de poussée de la future maman sont inefficaces et que la tête du bébé ne progresse pas dans le bassin maternel.
- Lorsque le rythme cardiaque ralentit et indique une souffrance fœtale pouvant être due à la compression du cordon ombilical.
- De même si la santé de la mère (hypertension) ne lui permet pas de fournir des efforts d'expulsion trop durables sans prendre de risque pour sa santé, l'obstétricien peut décider d'utiliser une ventouse.



Forceps obstétrical

الملقط الولادي



1/Définition :

- Des instruments métalliques, ressemblant à deux grosses cuillères, posées de part et d'autre de la tête du fœtus, permettant ainsi une traction qui facilite l'expulsion de sa tête lors de l'accouchement.

2/APPLICATION :

- L'application de forceps se fait à :
 - dilatation complète du col utérin, avec poche des eaux rompue, vessie vide.
- le fœtus en présentation céphalique du sommet, engagée, et atteignant la partie basse de la filière génitale avec l'axe antéropostérieur de la tête fœtale en position verticale puis une disproportion fœto-pelvienne déjà exclue. L'application de forceps nécessite le plus souvent la pratique d'une épisiotomie.

3/LES RISQUES :

- Le risque qu'encourt le fœtus lors de son extraction par forceps réside dans le traumatisme crânien.
- Le risque chez la parturiente est aussi les lésions traumatiques du
 - Vagin.
 - du col utérin et parfois.
 - les organes avoisinants : le corps de l'utérus, la vessie, l'urètre, rectum, le périnée...
on peut constater statistiquement, que presque dans toutes les maternités du Monde, le pourcentage de naissance par césarienne est en augmentation et l'accouchement par forceps est parallèlement est en baisse.

LES DIFFERENTS POSITION DU FOETUS

Généralités

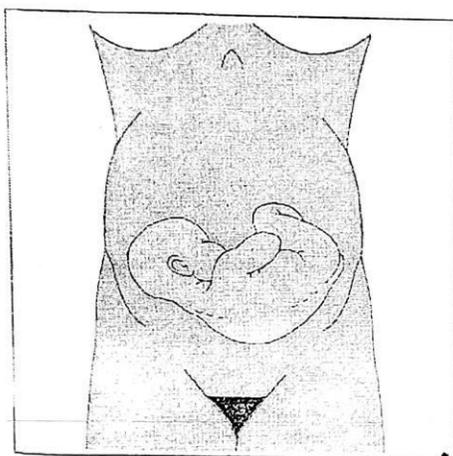


Figure 1 : position transversale (dorso-antérieure)

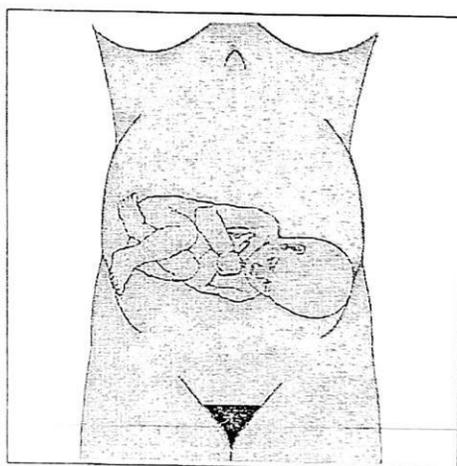
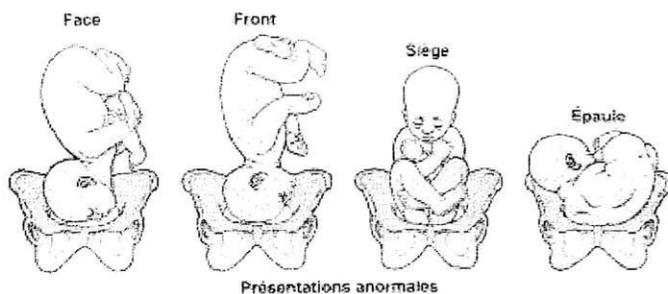
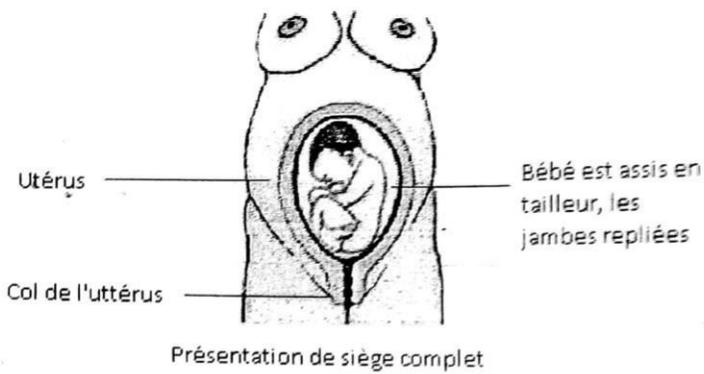


Figure 2 : position transversale (dorso-postérieure)



Présentations anormales



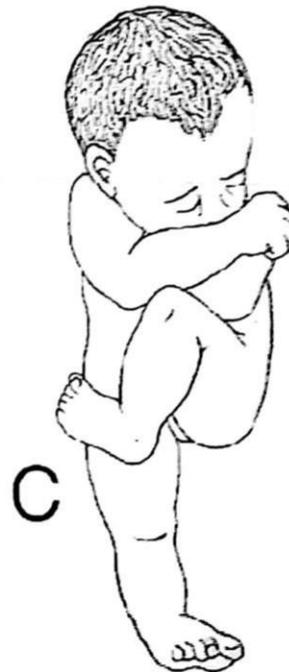
A
 Décompleté
50-70%

Hanches en flexion
 Genoux en extension



B
 Complet
5-10%

Hanches en flexion
 Genoux en flexion



C
 Mode des pieds ou incomplet
10-30%

Au moins une hanche en extensior
 Présence d'au moins un pied

CESARIENNE

La césarienne est une intervention chirurgicale pratiquée lorsque l'accouchement par voie basse n'est pas possible ou qu'il risque de mettre en danger la santé de l'enfant et/ou de la future maman. Elle peut être soit programmée à l'avance durant la grossesse soit décidée en urgence durant l'accouchement.

1/La césarienne programmée

Certains éléments médicaux risquent de mettre en danger la santé de la mère et de l'enfant et rendent impossible un accouchement par voie basse. Ils peuvent amener l'obstétricien à programmer un accouchement par césarienne dans certaines situations :

- un retard de croissance intra-utérin (RCIU)
- la macrosomie
- les grossesses multiples : quand il y a plusieurs bébés
- la présentation du bébé : certaines présentations en siège, de face ou par l'épaule peuvent conduire à planifier une césarienne
- le placenta prævia : un placenta bas inséré peut bloquer le passage et risque de déclencher une hémorragie ainsi qu'une souffrance fœtale.
- le kyste ovarien ou le fibrome utérin
- l'utérus cicatriciel : des antécédents de césariennes ou d'interventions chirurgicales gynécologiques peuvent fragiliser le muscle utérin .
- les **maladies maternelles** : hypertension, diabète, maladies cardiaques
De même l'accouchement par césarienne s'impose en présence de virus comme l'herpès génital ou encore le VIH chez la mère, pour éviter la contamination de l'enfant

2/Césarienne en urgence

La césarienne en urgence peut être indiquée soit au cours de la grossesse, soit au cours du travail.

2.1. Extrêmes Urgence

Les urgences absolues ont un caractère vital soit pour l'enfant , soit pour la mère.

Dans ce cas la césarienne doit se faire dans les plus brefs délais.

Urgence fœtale : il s'agit essentiellement de l'hypoxie fœtale dont les étiologies sont :

- Pathologie funiculaire (procidence du cordon, ...)
- Hypo perfusion fœto-placentaire,
- Hypertonie utérine,

- Hypoxie maternelle,
- Pathologies associées : RCIU, pathologie placentaire, post-terme,...
- Echec de forceps pour anomalie du rythme cardiaque fœtal sévère (ARCF)
- Echec de grande extraction sur J2

Urgence maternelle : il s'agit d'hémorragies ou de complications particulièrement graves d'une pathologie maternelle de la grossesse ou associées à la grossesse

- Décollement placentaire,
- Crise éclamptique, HRP,
- Hémorragie utérine (DPPNI, placenta prævia, ...),
- Suspicion de rupture utérine...

2.2. Urgence

Les urgences relatives laissent un délai de plus de 10 minutes pour permettre soit l'extension nous retrouverons :

- Echec d'une épreuve du travail
- Dystocie dynamique : arrêt de la dilatation rebelle à toute thérapeutique
- Souffrance fœtale compensée entre les contractions utérines.
- Présentation dystocique en cours de travail

3/CONDUITE PRATIQUE LORS DE LA CESARIENNE

3.1. Préparation

- Anesthésie locorégionale ou générale
- Sondage vésical
- Patiente en décubitus dorsal sur une table opératoire légèrement inclinée de 15° sur la gauche pour prévenir le syndrome de compression de la veine cave inférieure par l'utérus
- Toilette stérile de la paroi abdominale avec pose de champs stériles.

3.2. Voie d'abord : Technique de base

- Incision transversale de la peau au-dessus de pubis
- Ouverture de la paroi abdominale et de l'utérus .

3.3. Soins postopératoire :

Outre la surveillance habituelle du post-partum , la patiente ayant accouché par césarienne nécessite une surveillance particulière.

4.3. Surveillance immédiate :

Comme toute opérée, la surveillance est majeure dans les premières heures.

Il s'agit de :

- Surveillance du globe utérin et des pertes sanguines
- Surveillance des constantes : pouls, TA, T°
- Surveillance de la couleur et du volume des urines
- Surveillance de la conscience et/ou de la sensibilité selon le type d'anesthésie
- Surveillance de la réanimation et prise en charge de la douleur selon le protocole du médecin anesthésiste

5.3. Surveillance clinique des premiers jours :

Dans les jours suivants, les premiers points de surveillance seront complétés par :

- Surveillance de la reprise du transit : gaz.
- Surveillance utérine : Lochies, involution et douleurs
- Surveillance du fonctionnement urinaire :
 - Reprise des mictions
 - Signes fonctionnels urinaires (brûlures mictionnelles, pollakiurie, dysurie)
- Soins d'hygiène et de confort : soins vulvaires, pansement, cicatrice, hémorroïdes....
- Poursuivre la surveillance des constantes : température, pouls, TA, conjonctives
- Prévention du risque thromboembolique :
 - Surveillance clinique des membres inférieurs : œdème, douleur...
 - Lever précoce
 - Bas de contention
 - Héparine de bas poids moléculaire (la prescription médicale est faite en fonction du poids de la patiente et de ses risques individuels)
- Réalimentation selon le protocole postopératoire

4/COMPLICATIONS POST CESARIENNE

4.1. Complications dans les suites immédiates :

- Infection urinaire : L'infection urinaire est la complication la plus fréquente chez les patientes césariées.
- Endométrite : L'endométrite ou infection de l'endomètre débute souvent 3 à 5 jours après l'accouchement, la césarienne.
Les signes d'appel sont :
 - Fièvre modérée à 38 °C,
 - Douleurs pelviennes peu intenses,
 - Lochies abondantes et malodorantes.

➤ Phlébite pelvienne

Le traitement repose sur une prescription d'héparine à doses curatives et d'antibiotiques.

4.2. Complications à long terme

La femme porteuse d'un utérus cicatriciel aura désormais un pronostic obstétrical réservé si elle a une nouvelle grossesse avec un risque majoré de

- Rupture utérine
- Placenta prævia
- Placenta accreta...

III/AFFECTION GYNECOLOGIQUE :

▪ **vulvite**

1/DEFINITION :

C'est l'inflammation de la vulve.

- On la rencontre chez la femme à tous les âges de la vie et même chez la petite fille.
- Elle est principalement secondaire à une irritation.

2/CAUSES :

- L'inflammation touche la vulve et la face externe des petites lèvres.
- Les causes sont :
 - d'ordre externe (allergie à certains produits.
 - d'ordres hygiéniques, irritations répétées.La surinfection se produit presque toujours en l'absence de tout traitement.
- L'inflammation touche moins fréquemment la face interne des petites lèvres. La principale cause de cette inflammation est infectieuse. Les germes responsables sont en majorité des germes banaux.

On consulte :

- Une vulve rouge et douloureuse,
- associée à des démangeaisons.
- éventuellement à des pertes vaginales
- parfois à des rapports sexuels douloureux.

3/ DIAGNOSTIC :

- Le diagnostic se fait sur simple examen visuel.
- Chez la femme adulte **l'examen gynécologique** complet est toujours effectué et il faut effectuer un prélèvement vaginal.
- Chez la petite fille, une vulve rouge est souvent due à une macération des urines par défaut d'essuyage après la miction.

4/LE TRAITEMENT :

- Le traitement est fonction de la cause.
- Une hygiène rigoureuse est demandée avec une toilette locale matin et soir avec un savon liquide doux en rinçant bien et sans doucher l'intérieur du vagin.
- Il est nécessaire de bien sécher la vulve et d'utiliser du linge de toilette personnel.
- Une antibiothérapie locale (crème contre les démangeaisons, anti-inflammatoires ou anti-infectieuses selon le cas) parfois associée à des ovules vaginaux est nécessaire.
- Chez la petite fille, il faut sécher la vulve après avoir uriné et faire la toilette avec le savon liquide. Un traitement avec une crème aux estrogènes pendant quelques jours.
- Chez la femme, le plus souvent à partir de la ménopause, si la vulvite ne cède pas après le prélèvement et le traitement adéquat, il faut envisager une lésion de la muqueuse, du type lichen vulvaire .

VAGINITES

DEFINITION :

La vaginite est un problème fréquent qui consiste en une inflammation de la muqueuse du vagin. Elle peut être associée également à une infection de la vulve (vulvite).

Les facteurs favorisant la vaginite

La vaginite est favorisée par :

- le port de pantalons trop serrés.
- les sous-vêtements en tissu synthétique.
- l'excès d'hygiène (toilettes trop fréquentes et/ou avec des produits irritants, douches vaginales, utilisation de produits intra vaginaux) qui peut abîmer les muqueuses et entraîner un déséquilibre de la flore vaginal.
- la présence d'un corps étranger dans le vagin (ex. : tampon périodique oublié) .
- les rapports sexuels, à la fois cause d'irritation et de transmission de certaines infections ;
- les traitements antibiotiques détruisant parfois des germes bénéfiques de la flore vaginale et contribuant au développement des champignons (*Candida Albicans*) responsable de **mycose vaginale** ;
- certaines maladies qui favorisent les infections (ex. : diabète, déficit immunitaire...) ;
- certains médicaments qui diminuent l'immunité (ex. : cortisone).

Chez la fillette, la **vulvo-vaginite infectieuse** est courante. Elle est favorisée par la fragilité des muqueuses et par la morphologie de la vulve (petites lèvres très peu développées) qui facilite l'accès au vagin des germes provenant de l'anus.

Par ailleurs, dans cette tranche d'âge, la vaginite peut avoir des causes particulières :

- une toilette incomplète ou avec des savons irritants ;
- les infections urinaires;
- l'oxyurose;

Causes de la vaginite:

Il existe plusieurs sortes de vaginites, chacune avec ses causes spécifiques :

- **La vaginite infectieuse**
Causée par des bactéries ou des levures, parfois transmise lors de relations sexuelles non protégées avec un partenaire infecté.
- **La vaginite non infectieuse**
Provoquée par des produits chimiques, des irritants divers et/ou une allergie (spermicide, savon, parfum, latex des condoms, etc.)
- **La vaginite atrophique**
Survient parfois à la ménopause, à cause de changements hormonaux qui amincissent la paroi vaginale.
- **La vaginose bactérienne**
Causée par un déséquilibre entre les bactéries naturelles présentes dans le vagin. Elle peut survenir en cas de port de stérilet, de douches vaginales, de tabagisme, ou de partenaires sexuels multiples, mais ce n'est pas une MST.
- **La candidose vaginale**
Causée par une multiplication excessive de levures vaginales normales présentes dans l'organisme. Elle survient en cas de prise de certains médicaments, de diabète, de dérèglements hormonaux (grossesse, contraceptifs oraux), en raison d'un faible système immunitaire, de fatigue, de stress.

4/SYMTOMES :

Les manifestations les plus courantes de la vaginite infectieuse sont :

- des démangeaisons
- des rougeurs
- des sensations de brûlure lors de la miction,
- des pertes vaginales abondantes et parfois odorantes,
- une irritation des organes génitaux externes,
- des douleurs ressenties au cours des rapports sexuels.

A noter : certaines femmes ne présentent aucun symptôme de vaginite et sont diagnostiquées au cours d'une consultation gynécologique de routine.

5/Diagnostic :

Pour poser un diagnostic de vaginite, le médecin procédera à un examen physique et gynécologique, dont frottis vaginal pour analyser les bactéries présentes dans les écoulements vaginaux.

6/PREVENTION :

Il faut **éviter tout ce qui peut être irritant pour le vagin** ou qui peut favoriser la croissance des champignons et la transmission des bactéries :

- les serviettes hygiéniques parfumées
- les vêtements serrés;
- les douches vaginales;
- les huiles, savons forts, parfums;
- les sous-vêtements en tissus synthétiques.

Même si la plupart des vaginites ne sont pas des infections transmissibles sexuellement, il est toujours recommandé de se protéger lors des relations sexuelles.

7/TRAITEMENT :

Afin d'affiner le diagnostic, le gynécologue procède à un prélèvement vaginal qui est analysé en laboratoire afin de déterminer la nature du germe incriminé. En fonction de ce résultat, la stratégie thérapeutique la plus efficace est choisie. Pour la plupart des vaginites infectieuses :

- ❖ des médicaments anti-infectieux sont préconisés. Ils peuvent être administrés par voie orale sous la forme d'antibiotiques, d'antifongiques, d'antiviraux ou d'antiparasitaires.
- ❖ Un traitement local peut également être privilégié, souvent par l'application d'ovules ou de crèmes.
- ❖ La vaginite non infectieuse chez la femme ménopausée est généralement soignée grâce à une prescription d'œstrogènes.

Salpingite

1/DEFINITION :

Une salpingite est l'**infection d'une ou des deux trompes**. Un germe de maladies sexuellement transmissibles est toujours responsable de la primo-infection (gonocoques et Chlamydia), l'infection par d'autres bactéries pathogènes ne se produisant que secondairement par voie vaginale, sanguine, lymphatique ou péritonéale.

2/Les causes et facteurs de risque des salpingites :

Plusieurs causes sont possibles :

- Transmission sexuelle (infection sexuellement transmissible IST) ;
- Intervention ou examen endo-utérin : IVG, hystéroscopie, hystérogaphie, pose d'un stérilet, curetage utérin ;
- Infection d'un organe proche de l'appareil génital : appendicite, sigmoïdite.

Les facteurs de risques sont nombreux :

- Femme jeune entre 20 et 25 ans ;
- Multiplicité des partenaires sexuels ;
- Port d'un stérilet ;
- Antécédent d'IST ;
- Urétrite ;
- Geste endo-utérin.

3/Diagnostic de la salpingite

La **salpingite passe parfois inaperçue, et n'est alors découverte qu'à l'occasion d'un bilan de stérilité**. La difficulté du diagnostic clinique de salpingite expose au risque de traitement trop tardif ou insuffisant avec ses corollaires : la stérilité ou la grossesse extra-utérine.

L'examen clinique n'est pas spécifique. Il n'y a ni contracture ni défense abdominales. Le toucher vaginal montre en général :

- du cul-de-sac douloureux.
- Le col est parfois rouge avec une glaire purulente,
- l'utérus gros et douloureux. L'ensemble peut évoquer une appendicite pelvienne.

Si le diagnostic n'est pas fait, l'infection peut diffuser vers la pelvipéritonite avec défense abdominale puis contracture, altération de l'état général et troubles digestifs.

4/Les symptômes de la salpingite :

Le plus souvent la salpingite est asymptomatique. Mais les femmes peuvent avoir :

- Des douleurs dans le bas ventre (irradient parfois jusqu'aux cuisses et aux organes génitaux externes) ;
- De la fièvre ;
- Des leucorrhées abondantes, jaunâtres et purulentes ;
- Des brûlures lors de la miction ;
- Un besoin fréquent d'uriner ;
- Des métrorragies (saignements en dehors des règles) ;
- Des ballonnements abdominaux ;
- Des nausées ;
- Une constipation.

5/Salpingite : examens et analyses complémentaires

L'échographie donne des images souvent très évocatrices.

Parfois, seule la coélioscopie affirme le diagnostic, précise l'intensité des lésions et permet les prélèvements bactériologiques.

Les autres examens complémentaires montrent :

- Une hyperleucytose avec élévation de la vitesse de sédimentation et de la C réactive protéine (CRP) ;
- Les prélèvements vaginaux et cervicaux recherchent des gonocoques
- Le sérodiagnostic de chlamydia est pratiqué.

6/Traitement des salpingites :

Le traitement repose sur :

- des **antibiotiques administrés pendant 10 jours à 3 semaines** en fonction des résultats de l'antibiogramme.
- Des anti-inflammatoires sont souvent associés.
- En cas d'infection par *Chlamydia trachomatis*, le traitement doit être prolongé 6 semaines.
- **Le traitement du partenaire est nécessaire.**

La salpingite peut évoluer vers une salpingite aiguë. Traitée, elle guérit en 48 à 72 heures. **Les récurrences sont possibles** en cas de traitement mal suivi ou de nouvelles contaminations.

7/Complications des salpingites :

- Abscess de l'ovaire ou du cul-de-sac de Douglas ;
- Pelvipéritonite ;
- Phlébite pelvienne des veines iliaques ;
- Stérilité ;
- Risque de grossesse extra-utérine ;
- Dystrophie ovarienne ou "syndrome des ovaires poly kystiques".

8/Surveillance après traitement des salpingites :

La surveillance régulière est souhaitable. Elle consiste à :

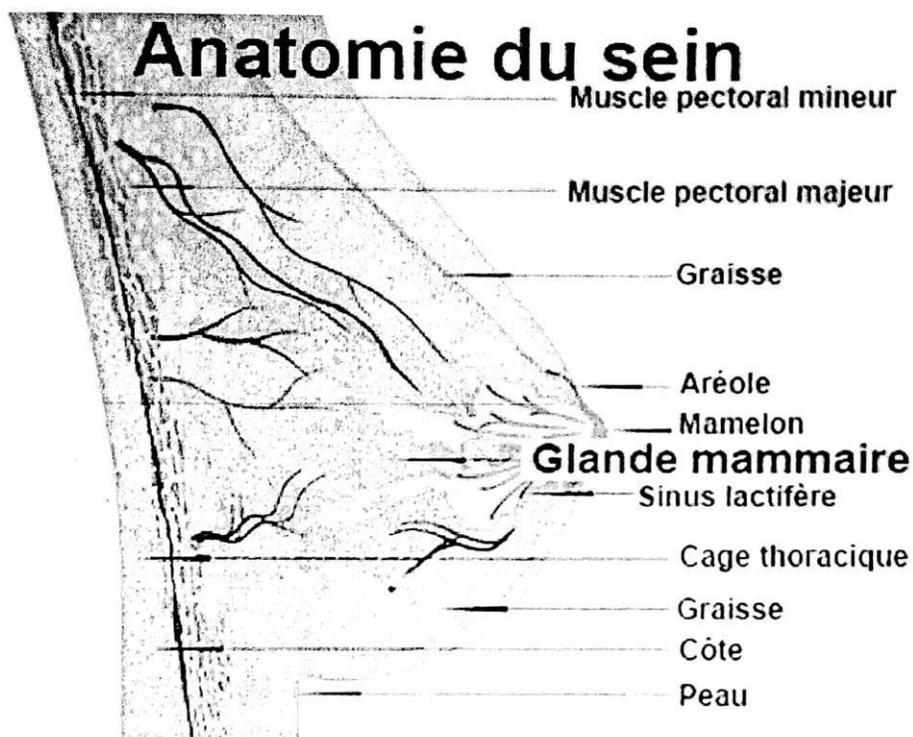
- Prise de température jusqu'à disparition de la fièvre ;
- Palpation de l'abdomen et toucher vaginal en cas de douleurs persistantes ;
- Analyses sanguines 1 fois/semaine jusqu'à normalisation ;
- Prélèvement bactériologiques de contrôle.

Une coelioscopie peut être pratiquée 3 mois après la fin du traitement en cas de désir de grossesse ou de douleurs persistantes.

9/Prévention des salpingites :

- Utilisation de préservatifs lors des rapports sexuels.
- Toilette intime régulière au savon doux.
- Bien sécher la vulve après la toilette.
- Eviter le port de vêtements trop serrés.

Abcès du sein



1/DEFINITION :

L'abcès mammaire se définit par la formation d'une cavité de pus dans la glande mammaire. On le diagnostique plus fréquemment chez les femmes qui allaitent et il peut aussi toucher les hommes.

L'abcès du sein résulte le plus souvent d'une infection cutanée à staphylocoque doré (une bactérie), mais peut aussi être causé par une anomalie anatomique (inversion du mamelon, obstruction des canaux galactophores, qui conduisent le lait jusqu'au mamelon) ou des facteurs plus généraux (diabète, obésité, rhumatisme, tabagisme).

2/Les symptômes :

L'abcès du sein se caractérise par un sein :

- Rouge
- Dur
- Gonflé

- chaud et douloureux.
 - Une fièvre élevée peut également apparaître.
- L'abcès mammaire est une affection sérieuse qui nécessite, en complément de soins locaux, un traitement médical, voire chirurgical. Il est nécessaire de consulter sans tarder le gynécologue ou le médecin traitant.

3/Diagnostic :

L'**échographie** est l'examen de choix pour confirmer le diagnostic. Le médecin peut réaliser des prélèvements, et en tout cas surveillera l'évolution des lésions.

4/TRAITEMENT :

Le traitement associe

- des antibiotiques par voie orale
- une ponction-aspiration (aiguille) et une irrigation avec une solution spécifique (isotonique).
- Si le drainage échoue, il faut recourir à une intervention chirurgicale.
- En cas d'alimentation au sein, l'arrêt de l'allaitement n'est pas systématique, pour autant que l'autre sein soit « opérationnel ».
- Pour prévenir l'apparition de l'abcès, il est nécessaire de bien positionner le bébé et de faire très attention à l'hygiène des mamelons et des tétons.

Le cancer du sein

Un **cancer** signifie la présence de cellules anormales qui se multiplient de façon incontrôlée. Dans le cas du **cancer du sein**, les cellules peuvent rester dans le sein ou se répandre dans le corps par les vaisseaux sanguins ou lymphatiques. La plupart du temps, la progression d'un cancer du sein prend plusieurs mois et même quelques années.

Le **cancer du sein** est le cancer le plus diagnostiqué chez les femmes à travers le monde, autant avant qu'après la ménopause¹. Une **femme** sur 9 sera atteinte d'un cancer du sein au cours de sa vie et 1 femme sur 27 en mourra.

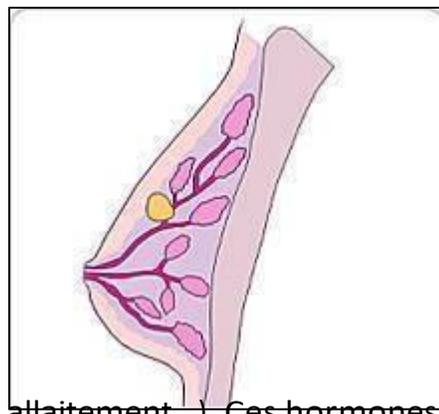
Le plus souvent, le cancer du sein survient après 50 ans. Le **taux de survie** 5 ans après le diagnostic varie de 80 % à 90 %, selon l'âge et le type de cancer.

Le nombre de personnes atteintes a progressé légèrement mais régulièrement, au cours des 3 dernières décennies. Par contre, le **taux de mortalité** a continuellement diminué au cours de la même période, grâce aux progrès réalisés en matière de **dépistage**, de diagnostic et de traitement.

Mentionnons que les **hommes** peuvent aussi en être touchés; ils représentent 1 % de l'ensemble des cas.

Le sein

Le **sein** se compose de graisse, de glandes et de canaux (voir le schéma ci-contre). Les glandes, agencées en lobules, produisent le **lait** et les canaux (canaux de lactation ou galactophores) servent à transporter le lait jusqu'au **mamelon**. Les tissus mammaires sont influencés par des hormones produites par les femmes en quantité variable tout au long de leur vie (puberté, grossesse, allaitement...). Ces hormones sont l'oestrogène et la progestérone.



Types de cancer du sein

Les divers types de cancers du sein évoluent de façon différente :

Cancer non invasif

- **Carcinome canalaire *in situ***. C'est le type le plus fréquent de cancer du sein non invasif chez la femme. Comme son nom l'indique, il se forme à l'intérieur des **canaux de lactation du sein**. On diagnostique beaucoup plus fréquemment ce type de cancer depuis l'utilisation plus répandue de la **mammographie**. Le traitement de ce cancer mène à la guérison dans presque tous les cas. Normalement, il ne se dissémine pas. Dans des cas exceptionnels, sans traitement, il poursuit sa **croissance** et peut alors devenir « infiltrant » donc se propager à l'extérieur des canaux de lactation.

Cancers invasifs ou infiltrants

Ces formes de cancer envahissent les **tissus** autour des canaux de lactation, mais demeurent à l'intérieur du sein. Par contre, si la tumeur n'est pas traitée, elle peut se disséminer à d'autres parties du corps (par exemple, les os, les poumons ou le foie) en générant des métastases.

- **Carcinome canalaire**. Il se forme dans les canaux de lactation. Les cellules cancéreuses traversent la paroi des canaux;
- **Carcinome lobulaire**. Les cellules cancéreuses apparaissent dans les lobules regroupés dans les lobes. Puis, elles traversent la paroi des lobules et se disséminent dans les tissus environnants;
- **Carcinome inflammatoire**. Un cancer rare qui se caractérise principalement par un sein qui peut devenir **rouge, enflé et chaud**. La peau du sein peut aussi prendre l'aspect d'une peau d'orange. Ce type de cancer progresse plus rapidement et est plus difficile à traiter;
- **Autres carcinomes** (médullaires, colloïdes ou mucineux, tubulaires, papillaires). Ces types de cancer du sein sont plus rares. Les principales différences entre ces types de cancer reposent sur le type de cellules touchées;
- **Maladie de Paget**. Un cancer rare qui se manifeste par une petite **plaie** au mamelon qui ne guérit pas.

Causes

On connaît plusieurs facteurs de risque du **cancer du sein**. Cependant, dans la plupart des cas, il est impossible d'expliquer les raisons de son apparition chez une personne en particulier.

Des **mutations sur des gènes**, transmises d'une génération à l'autre ou bien acquises au cours de la vie (l'exposition à des radiations ou à certains produits chimiques toxiques, par exemple, peut modifier les gènes), peuvent causer un cancer du sein. Les gènes BRCA1 et BRCA2, par exemple, sont des gènes de

susceptibilité aux **cancers du sein et de l'ovaire**. Les femmes qui portent des mutations de ces gènes ont un très haut risque de cancer.

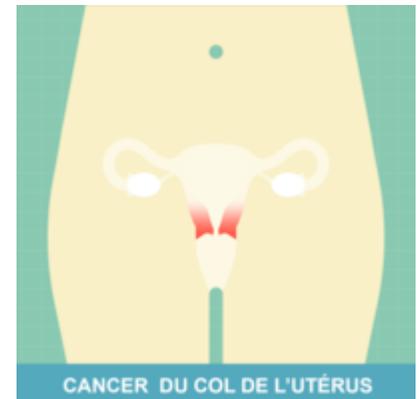
Évolution

Les chances de **guérison** dépendent du type de cancer et de son stade d'évolution au moment où on entreprend les traitements. Divers facteurs influencent la **rapidité** à laquelle une tumeur va croître. Pour en savoir plus sur les stades d'évolution du cancer, consultez notre fiche Cancer.

Le cancer du col de l'utérus :

LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS, QU'EST-CE QUE C'EST ?

Le col de l'utérus est la partie basse et étroite de l'utérus. Un cancer du col de l'utérus est une maladie qui se développe sur la muqueuse du col de l'utérus, autrement dit sur le tissu qui le recouvre. Plus précisément, elle prend naissance dans la première couche de la muqueuse qui porte le nom d'épithélium.



Le cancer du col de l'utérus est la 12^e cause de cancer chez la femme. On estime à 2800 le nombre de nouveaux cas en France en 2011.

QUELLE EST SON ORIGINE ?

La cause principale du cancer du col de l'utérus est une infection persistante par un virus qui se transmet par voie sexuelle le papillomavirus humain ou HPV (human papillomavirus).

Lorsque ce virus s'installe durablement au niveau du col de l'utérus, il peut provoquer des modifications de l'épithélium, on parle de lésions précancéreuses. Dans de rares cas, il arrive que ces lésions évoluent vers un cancer. Cette évolution est lente puisqu'un cancer apparaît généralement 10 à 15 ans après l'infection persistante par le virus.

COMMENT EST-IL DÉTECTÉ ET DIAGNOSTIQUÉ ?

Un cancer du col de l'utérus est suspecté si une anomalie est décelée lors d'un examen de dépistage (test cervico-utérin) ou si des symptômes sont apparus.

Pour établir le diagnostic, des prélèvements (biopsies ou conisation) sont réalisés au niveau des lésions. C'est l'examen anatomopathologique de ces prélèvements qui confirme le diagnostic de cancer du col de l'utérus. L'étendue de la maladie est ensuite déterminée grâce à des examens d'imagerie et en particulier par une IRM du pelvis.

L'ensemble des examens du diagnostic permet de caractériser précisément chaque cancer et de définir notamment le type de cellules impliquées (type histologique), la profondeur de la tumeur dans la muqueuse, son extension éventuelle aux organes voisins ou aux ganglions lymphatiques proches et son extension éventuelle à des organes éloignés (métastases).

COMMENT EST FAIT LE CHOIX DU TRAITEMENT ?

Le choix des traitements est adapté à votre situation, c'est-à-dire aux caractéristiques propres au cancer dont vous êtes atteinte. Plusieurs médecins de spécialités différentes se réunissent pour discuter des meilleurs traitements possibles dans votre situation (réunion de concertation pluridisciplinaire). Ils se basent pour cela sur des recommandations de bonne pratique. Ils peuvent également vous proposer de participer à un essai clinique.

QUELS SONT LES TRAITEMENTS POSSIBLES ?

Le traitement du cancer du col de l'utérus fait appel, selon l'étendue de la maladie, à la chirurgie, la radiothérapie externe, la curiethérapie et la chimiothérapie, utilisées seules ou associées.

La chirurgie est principalement utilisée pour traiter les tumeurs limitées au col de l'utérus, de moins de 4 centimètres. Elle consiste le plus souvent à retirer l'utérus, certains tissus et organes voisins et les ganglions lymphatiques.

La radiochimiothérapie concomitante qui associe une radiothérapie externe, une curiethérapie et une chimiothérapie est le traitement de référence des tumeurs de plus de 4 centimètres et des tumeurs qui se sont propagées au-delà du col de l'utérus, dans le pelvis.

Dans le cas des tumeurs qui ont atteint des organes éloignés (métastases), le traitement repose sur une chimiothérapie et/ou une radiothérapie (le plus souvent externe).

PENDANT ET APRÈS LE TRAITEMENT, COMMENT ÊTES-VOUS PRISE EN CHARGE ?

Votre prise en charge est globale. Elle comprend le traitement du cancer, celui des effets secondaires liés aux traitements, ainsi que tous les soins et soutiens complémentaires dont vous pourriez avoir besoin pendant et après les traitements tels qu'un soutien psychologique pour vous et vos proches ou un accompagnement social.

L'équipe spécialisée qui vous prend en charge est constituée de professionnels de différentes spécialités : gynécologue, chirurgien, pathologiste, oncologue radiothérapeute, oncologue médical, radiologue, psychologue, spécialiste de la douleur, infirmier, aide-soignant, kinésithérapeute, diététicien, assistant social... Ces professionnels travaillent en collaboration au sein de l'établissement de santé dans lequel vous recevez vos traitements et en lien avec votre médecin traitant.

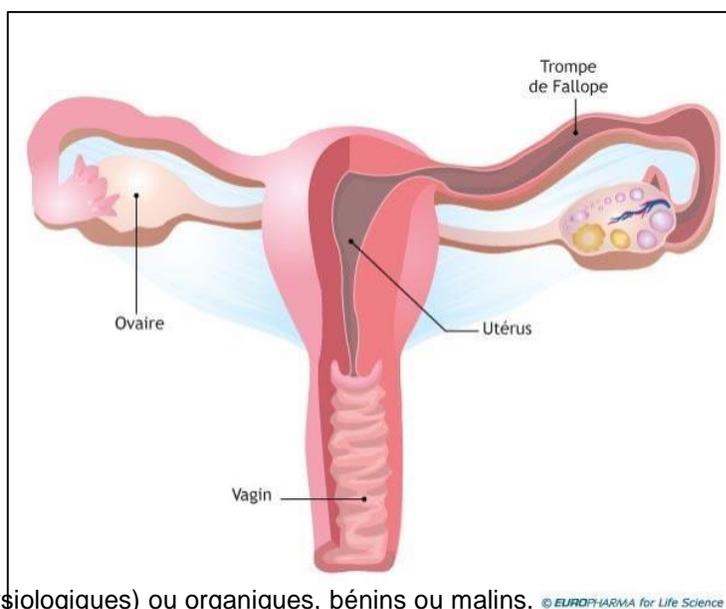
À l'issue des traitements, des consultations médicales sont programmées régulièrement et selon un rythme adapté à votre situation. Ce suivi a notamment pour but de déceler de façon précoce une éventuelle récurrence mais aussi de détecter et traiter les effets secondaires et de favoriser le retour à une qualité de vie la meilleure possible.

- Kyste ovarien :

Un **kyste ovarien** correspond à une tuméfaction renfermant du liquide et se développant sur les ovaires (organes situés à l'extrémité des trompes de Fallope, elles-mêmes reliées à l'utérus). 5 à 7% des femmes ont au moins développé dans leur vie, un **kyste ovarien**. Mais les jeunes filles de 10 à 16 ans peuvent être aussi confrontés à ce genre d'anomalie de l'ovaire.

Les différents types de kystes

Les kystes ovariens peuvent être fonctionnels (ou physiologiques) ou organiques, bénins ou malins. © EUROPIARMA for Life Science



Les kystes fonctionnels de l'ovaire

Les **kystes** de nature fonctionnelle sont les plus fréquents, avec une prévalence de 20% chez les femmes en période d'activité génitale et 5% après la ménopause. Secondaires à un dysfonctionnement de l'ovaire (hyperfonctionnement des hormones régulant l'ovaire), ce type de grosseur est susceptible de disparaître spontanément en seulement quelques cycles (régression observée dans 90% des cas).

Deux types de **kystes fonctionnels** sont représentés, parmi lesquels :

1. Le *kyste folliculaire* (lié à des fluctuations du cycle menstruel) : ce type de grosseur résulte du développement anormal d'un follicule (petite poche ovarienne renfermant du liquide, dans lequel se forme et se développe un ovule). Ainsi, comme le follicule est anormal, l'ovule ne peut pas être libéré dans les trompes utérines, empêchant ainsi l'ovulation de se produire.
2. Le *kyste lutéal* : résulte d'une augmentation du volume du corps jaune (glande sécrétant des hormones, qui se forme temporairement dans l'ovaire après chaque ovulation). Dans les deux cas, ces kystes peuvent changer de volume, disparaissant avec les règles et réapparaissant au cycle suivant.

Les **kystes fonctionnels** surviennent essentiellement avant la ménopause et dans certains cas :

1. Suite à un traitement stimulant l'ovulation, en cas de stérilité (assistance médicale à la procréation).
2. Dans les premiers mois après la pose d'un stérilet contenant du lévonorgestrel, produit contraceptif (chez 12 à 30% des femmes) ;
3. Après un traitement par tamoxifène (parfois prescrit après un cancer du sein).

Les kystes organiques de l'ovaire

Ces kystes sont de cause inconnue et demeurent permanents. Contrairement aux kystes fonctionnels, leur morphologie (volume) ne change pas quel que soit le moment du cycle menstruel.

Plusieurs types de **kystes organiques ovariens** sont représentés, parmi lesquels :

1. Les *kystes séreux* (les plus fréquents) ;
2. Les *kystes mucoïdes ou mucineux* ;
3. Les *kystes dermoïdes* ;
4. Les *kystes endométriosiques*, liés à une endométriose.

- Symptômes

Dans 50% des cas, le **kyste ovarien** peut rester à l'état latent, sa présence étant décelée lors d'un examen clinique ou d'une échographie pour une autre raison.

Dans les autres cas, plusieurs signes, souvent douloureux, peuvent se manifester tels que :

1. Des douleurs pelviennes (dans la partie inférieure du bassin) modérées, d'un seul côté du corps, donnant l'impression d'une pesanteur ;
2. Des métrorragies (saignement génital survenant en dehors des règles) ;
3. Une pollakiurie (envies fréquentes d'uriner avec émission de petites quantités d'urine) ;
4. Des troubles digestifs par compression.

Diagnostic

Le diagnostic se décline en plusieurs étapes :

1. L'interrogatoire : le médecin traitant (ou gynécologue) interroge la patiente sur ses symptômes et sur ses éventuels traitements en cours. Il note aussi la date de ses dernières règles.
2. La palpation abdominale : dans la plupart des cas, aucune anomalie n'est décelée lors de ce type d'examen. Mais plus rarement, le kyste peut être détecté à travers la paroi abdominale.
3. L'examen gynécologique au spéculum : cet examen permet de vérifier l'état du col de l'utérus. Parfois, au cours de cet examen, le médecin peut décider de réaliser un frottis utérin (prélèvement de cellules sur le col de l'utérus) dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus.
4. Le toucher vaginal : cet examen permet de rechercher une éventuelle masse, qu'elle soit bénigne (**kyste ovarien**, fibrome) ou maligne (tumeur de l'ovaire).

Plusieurs examens complémentaires aident à confirmer le diagnostic tels que :

1. Une échographie couplée à un doppler : l'échographie va ainsi permettre de visualiser et de décrire le **kyste** (localisation, taille, contenu plus ou moins liquide, paroi fine ou épaisse, présence de cloisons internes, etc.) alors que le doppler va servir à analyser les vaisseaux sanguins et la circulation sanguine à l'intérieur du kyste.
2. Un bilan biologique sanguin : ce bilan va permettre de doser certains marqueurs tumoraux pour caractériser le **kyste** (bénin ou malin).
3. Un scanner et/ou un IRM : ces examens sont proposés uniquement dans des cas exceptionnels tels qu'une taille trop importante du **kyste** ou la suspicion d'une endométriose.

Traitement

La surveillance médicale

Lorsque la patiente présente un **kyste fonctionnel ovarien** sans complication grave, une simple surveillance médicale est mise en place. Il n'y a pas nécessité d'instaurer un traitement thérapeutique. Cette surveillance médicale consiste à réaliser une échographie afin de vérifier que le **kyste** disparaît bien au bout des 3 cycles menstruels.

D'autres situations nécessitent également cette surveillance telles que :

- Lors de la prise d'un mode de contraception (orale) qui n'a pas changé, pour s'assurer que le kyste disparaît ;
- Suite à l'apparition d'un kyste survenant après la pose d'un stérilet au lévonorgestrel ;
- En cas de traitement par tamoxifène (traitement anti-œstrogène éventuellement prescrit après un cancer du sein).

L'intervention chirurgicale

Lorsqu'il y a développement d'un **kyste organique** et que des complications surviennent, dans ce cas, une intervention chirurgicale (ponction ou ablation selon l'état de sévérité) est nécessaire. Voici quelques exemples de complications demandant une intervention chirurgicale en urgence :

- La torsion de l'ovaire : cette complication survient en cas kyste « lourd » et se manifeste par une importante douleur, accompagnée de nausées ou vomissements.
- L'hémorragie intra-kystique : cette complication (saignement) se retrouve essentiellement dans les kystes dits fonctionnels.
- La rupture du kyste de l'ovaire : elle fait suite à une torsion de l'ovaire ou une hémorragie intra-kystique.
- L'abcès ovarien : cette complication peut intervenir suite à la pratique d'une ponction ovarienne.

La ponction du kyste ovarien

Cette intervention chirurgicale consiste à extraire le liquide (présent à l'intérieur de la poche, définissant le kyste) à l'aide d'une fine aiguille, effectuée par voie endovaginale (en passant à travers le vagin) et échoguidée (guidée par l'échographie).

La ponction est réalisable en cas de **kyste** contenant uniquement du liquide, ou bien chez les personnes pour lesquelles une opération comporte des risques.

Après l'intervention, la substance ponctionnée est soumise à une analyse afin de savoir si des cellules cancéreuses sont présentes. Si c'est le cas, une intervention chirurgicale par cœlioscopie peut se révéler nécessaire.

L'ablation chirurgicale (ou kystectomie ovarienne)

Elle est indiquée :

- En cas urgence, c'est-à-dire lorsque le kyste aboutit à des complications (hémorragie intra-kystique, torsion de l'ovaire, etc.) ;
- En cas de **kyste organique** ;
- Pour un **kyste fonctionnel** qui ne disparaît pas après trois cycles menstruels et qui présente des anomalies (changement de volume, aspect) ;
- Après une ponction guidée ne réussissant pas à éradiquer complètement le kyste (récidive). L'intervention chirurgicale se déroule par cœlioscopie. Toutefois, une laparotomie (ouverture plus importante de la paroi abdominale) peut être nécessaire si, pendant l'opération, le diagnostic de kyste malin est posé ou si des difficultés opératoires se présentent