**Gynécologie**

**Modification lors de la puberté**

La puberté marque le début de la fonction sexuelle. Il est traduit par des modifications physiologique et morphologique aux environs de 12 ans.

🚺Chez la fille, modification physiologique :

 Apparition des règles (qui est le témoin de la sécrétion d’œstrogène qui est l’hormone sécréter par l’ovaire). Sous l’influence de l’hypophyse, il y a libération d’un ovule, c’est la première ovulation. C’est la répétition de ces cycles de l’adolescence à la ménopause qui permet à chaque fois une possibilité de grossesse. L’apparition des 1ères règles est la mise en route de ces cycles menstruels.

 L’utérus se développe, la muqueuse de l’utérus (endomètre) est prête à recevoir un ovule fécondé.

 Modification au niveau du vagin, la muqueuse s’épaissit et sécrète des mucosités épaisse et blanchâtre qui entretienne, à l’intérieur du vagin un PH acide. Ce PH acide constitue un obstacle aux spermatozoïdes en période non ovulatoire et constitue aussi un obstacle aux germes qui viendraient provoquer une infection, c’est un mode de défense.

 Au niveau morphologique :

 Transformation physique au niveau des seins et on voit apparaitre des poils au niveau des aisselles et du pubis.

 On voit une modification de la taille et du poids avec un développement du capital adipeux au niveau des hanches, des cuisses et des fesses.

🚹 Chez le garçon, au moment de la puberté, sous l’influence de la testostérone (créé par l’hypophyse) il y a des grosses poussées de croissance, des modifications de la voix, un développement de la pilosité au niveau de la barbe, des aisselles et du pubis. Sous l’action des hormones apparaissent les 1ère éjaculations.

La péri ménopause arrive aux environs de 50 ans.

Les signes annonciateurs : ⏵Irrégularité des cycles avec des ovulations qui ne se font plus tout les mois (allongement des cycles).

 ⏵Bouffé de chaleur qui sont des manifestations hormonales.

 ⏵Modification de la qualité de la glaire cervicale par un défaut de sécrétion d’œstrogène.

 ⏵Modification de la plasticité des seins.

 ⏵Troubles de l’humeur.

 ⏵Troubles du sommeil.

 ⏵Masse musculaire qui fond.

 ⏵Augmentation de l’appétit.

Ces effets se stabilisent avec la ménopause.

 Après, risque d’ostéoporose, effondrement du planché périnéen qui va se traduire par des troubles urinaires.

Pendant la ménopause : troubles vasculaires et vieillissement de la peau

Conseils : Essayer de garder une activité physique pour garder un capital musculaire et osseux. Rééducation après l’accouchement pour prévenir les troubles urinaires.

Les troubles des règles et du cycle

Le cycle s’étend du 1er jour des règles au 1er jour des règles suivantes. La 1ère phase dure 14 jours, c’est la phase folliculaire. La 2ème phase est la phase sécrétoire qui dure 12 à 14 jours.

Le sang des règles est incoagulable.

Les troubles des règles vont concerner le rythme, l’abondance, le caractère douloureux ou pas et les événements intermenstruels.

I) les anomalies du rythme menstruel

A) les cycles courts

- le raccourcissement de la phase pré ovulatoire. La phase folliculaire va être plus courte dons l’ovulation se produit plus rapidement mais la 2ème phase reste normal.

- le raccourcissement de la phase sécrétoire. Elle est du a une insuffisance du corps jaune qui meurt plus vite (on le trouve surtout à la puberté et à la préménopause).

B) les cycles longs

On considère qu’il y a allongement du cycle à partir de 32 jours.

- allongement régulier du cycle : les cycles sont modérément long. On les trouve toujours chez la même femme. On peut les considéré comme un allongement de la phase folliculaire.

- allongement irrégulier du cycle : les cycles sont irréguliers dans leur durée. Là, le trouble est lié à la maturation du follicule donc on a des ovulations non constante (dysovulation).

- les spanioménorrhées : c’est une étape intermédiaire entre les cycles longs irréguliers et l’aménorrhée. Ce sont des cycles long et irrégulier de plus en plus long et irrégulier qui vont aboutir à une aménorrhée. Il est souvent accompagné d’obésité et d’hirsutisme (présence chez la femme d’une pilosité où il n’y en a pas habituellement.

C) les aménorrhées

Aménorrhée : absence de règle chez une femme en âge d’être régler en dehors d’une grossesse.

1) aménorrhée primaire

Elle se définit comme l’absence de survenue de la 1ère menstruation 2 ans après l’apparition des caractères sexuels ou chez la femme de 18 ans. il faut préciser à l’interrogatoire les antécédents personnel et familiaux, les chirurgie, certaines maladies graves et le profil psy.

A l’examen on fait un examen général (on observe la taille, le poids, la pilosité et les caractères sexuels secondaires). On peut faire une radio de la main pour évaluer l’âge osseux. On peut aussi faire un scanner.

Les causes : - les caractères sexuels sont présent et normaux (par exemple : malformation utéro-vaginal, imperforation de l’hymen, cloison vaginal), aplasie (pas de vagin), testicule féminisant, tuberculose.

 - les caractères sexuels sont présents mais virilisé : hyperplasie congénital et surrénale. Tumeur sécrétant de l’androgène.

 - absence de caractères sexuels secondaires : simple retard pubertaire, imperberisme ovarien, hypoplasie ovarien, syndrome de Turner.

 2) aménorrhée secondaire

Absence de règles depuis plus de 3 mois chez une femme antérieurement bien réglée. Préciser le mode d’installation de l’aménorrhée, interroger sur une prise de traitement, rechercher les antécédents obstétrique, le mode de vie, gain ou perte de poids, choc psycho-affectif, interroger sur la prise de contraception.

Causes : - origine utérine : synéchie, les parois de l’endomètre sont collés, sténose cicatricielle du col.

 - origine ovarienne : ménopause précoce, dystrophie ovarienne, agénésie ovarienne, chimiothérapie, radiothérapie.

 - origine hypophysaire : tumeur, syndrome de Sheekan (destruction de l’hypophyse).

 - origine hypothalamique

 - causes générales : dénutrition, cancer, tuberculose, cirrhose du foie.

 - origine endocrinienne : hypothyroïdie, maladie de cushing (déficience des glandes endocrines).

 II) les hémorragies

 A) les ménorragies

Règle abondante mai régulière et normales (environ 80 ml)

Interrogatoire : durée des règles, importance du flux, signe d’accompagnement, antécédent personnel et gynécologique, obstétricaux, contraception.

Examen générale : tension, gynéco (speculum, frottis, toucher), échographie, hystérographie.

Causes : -organique : fibrome utérin, adénomyose, endométriose, stérilet.

 - iatrogène : traitement médical.

 - générale : troubles de la coagulation.

 - fonctionnelle : hyperœstrogènie, hyperendométrie.

 B) les métrorragies

Causes : - cervicale (cancer du col) polype du col.

 - cause endo-utérine : fibrome, cancer de l’endomètre, adénomyose (endométriose intra-utérine), stérilet.

 - causes annexielles : tumeur de l’ovaire et endométriose externe.

Les métrorragies fonctionnelles : souvent en extrémité de la vie sexuelle

Causes : trouble de l’ovulation, métrorragie péri-ovulatoire (2/3 jours) avec petite douleur.

 Pilule oestroprogestative, progestérone, traitement anticoagulant, anomalie de l’hémostase, cirrhose de foie, thrombopénie.

PATHOLOGIES DE LA DELIVRANCE

1. Définition

 Accidents survenant chez la mère entre la sortie de l’enfant et la 24ème heure.

1. Rappels sur la délivrance normale

 Après la sortie du bébé :

* 1ère phase : rétractation de l’utérus
* 2ème phase : réapparition des contractions utérines et décollement placentaire
* 3ème phase : migration du placenta dans le vagin
* 4ème phase : phénomènes vasculaires + spasmes musculaires obturant les vaisseaux utérins
* 5ème phase : phénomènes de coagulation et consommation des facteurs de coagulation pour assurer l’hémostase
1. Complications de la délivrance
2. Hémorragies de la délivrance

 Ce sont les plus graves car mise en jeu du pronostic vital de la mère. La délivrance est hémorragique à partir de 500 ml de sang perdu.

* Causes :
* Décollement partiel du placenta
* Rétention partielle du placenta
* Anomalie d’insertion placentaire (placenta prævia)
* Inertie utérine (utérus mou)
* Troubles de l’hémostase (ex. : HRT)
1. Rétention placentaire totale

 Absence d’expulsion du placenta dans un délai de 30mn après la naissance.

* Causes :
* Distension vésicale importante
* Hypertonie utérine
* Placenta accreta
1. Rétention placentaire partielle

 Absence d’expulsion d’une partie des annexes après l’accouchement. Cette rétention peut être due à un cotylédon (= unité fonctionnelle du placenta.)

1. Rupture utérine

 Solution de continuité du myomètre (plaie de l’utérus lui-même).
 Fréquence : 1/1500 accouchements
 2 types de ruptures :

* Spontanée : le plus souvent sur utérus cicatriciel (césariennes). Peut arriver pdt l’accouchement, mais rare
* Iatrogène : provoquée par des manœuvres obstétricales. Exceptionnel
1. Inversion utérine

 Retournement de l’utérus (à la manière d’un gant.)

1. Conduite à tenir face à ces complications

 La surveillance clinique permet de quantifier les pertes sanguines. Il faut surveiller le pouls, la tension et l’état de conscience.

1. Moyens de contrôle de la vacuité et de l’intégrité utérines
* Délivrance artificielle : extraction manuelle du placenta
* Révision utérine : vérification manuelle de l’utérus (afin de s’assurer qu’il ne reste rien dans l’utérus et qu’il n’y a pas de déchirure). On le fait après une délivrance s’il manque un morceau du placenta.
* Réparation des lésions génitales : du vagin, du col de l’utérus, de l’utérus
1. Persistance de l’hémorragie

 Si persistance de l’hémorragie après toutes ces vérifications, on va traiter l’inertie utérine par syntocinons ou prostaglandines (provoquent les contractions).
 Si troubles de la coagulation, traitement en fonction de la biologie.
 Moyen ultime : embolisation des artères utérines > on bouche le territoire hémorragique.

1. Traitement préventif
* Eviter les manœuvres intempestives comme la traction sur le cordon ou l’utilisation non contrôlée des ocytociques
* On doit respecter la physiologie du placenta
* Délivrance dirigée par injection IV de 5UI de syntocinons au moment du dégagement des épaules du bébé (toute la physiologie s’accélère)

Pathologie de la délivrance

 I) définition

Accident chez la mère entre la sortie de l’enfant et la première 24 h.

II) Rappel de la délivrance normal

1ère phase de rétraction utérine, réapparition des contractions utérine avec décollement du placenta, migration du placenta dans le vagin, contraction des vaisseaux sanguins avec spasme musculaire.

 III) les complications de la délivrance

\* hémorragies de la délivrance :

La délivrance est hémorragique à partir de 500 ml.

Les causes : - décollement partiel du placenta ou rétention partielle du placenta, anomalies d’insertion placentaire.

 - utérus mou.

 - trouble de l’hémostase.

\* rétention placentaire totale :

Les causes : - distension vésicale importante.

 - hypertonie utérine.

 - placenta accreta (placenta qui s’est fixé sur le muscle utérin).

\* rétraction placentaire partielle :

Absence d’expulsion d’une pointe des annexes après la délivrance. (cotylédon : unité fonctionnel du placenta).

\*  rupture utérine.

\* inversion utérine (retournement de l’utérus)

 IV) la conduite à tenir

C’est la surveillance clinique qui permet de quantifier les pertes sanguines. Surveillance de l’état générale (pouls, tension), les pertes. Si l’on diagnostic une anomalie, on met en route le traitement de la cause et la réanimation.

 1) les moyens de contrôle de la vacuité et de l’intégrité utérine

La délivrance artificielle, on va décoller le placenta manuellement et s’il y a des doutes on fait une révision utérine manuelle.

 2) réparation des liaisons génitales

 3) en cas de persistance de l’hémorragie, on va traiter l’inertie utérine par syntocinon (prostiglandine). Si trouble de la coagulation, on passe le facteur coagulant manquant.

S’il y a toujours hémorragie on fait une embollisation de l’artère responsable de l’hémorragie.

 V) traitement préventif

Il faut éviter les manœuvres intempestives (traction par le cordon…), l’utilisation non-contrôlé des ocytocines. Respecter la physiologie du placenta, délivrance dirigé par 5 unités de syntocynon (pour décoller le placenta) au moment du passage des épaules.

Les démarches de la grossesse

I) grossesse et assurance maladie

1) la déclaration de grossesse

Il faut avertir la CPAM de la grossesse, après le 1er examens prénatal qui confirme la grossesse. Le personnel de santé donne l’attestation. C’est un triptyque qui va avertir la sécurité sociale et la CAF pour la prise en charge. La sécurité sociale renvoie ensuite le guide de surveillance médical mère et nourrisson (calendrier des examens).

2) la prise en charge des soins

Du premier au 5ème mois de grossesse, les frais sont remboursés au tarif habituel de la sécurité sociale (par exemple les échographie sont remboursés à 70 %). Seul les examens prénataux obligatoires sont remboursés à 100 %.

A partir du 6ème mois de grossesse et jusqu’à 12 jours après l’accouchement, tous les frais, même ceux n’ayant aucun rapport avec la grossesse, sont remboursés à 100 %.

 3) le congé maternité

La durée va dépendre du nombre d’enfants déjà à charge et du nombre d’enfants attendus.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre d’enfant attendu | Nombre d’enfant à charge | Congé prénatal | Congé postnatal |
| 1 | 0 ou 1 | 6 semaines | 10 semaines |
| 1 | 2 ou 3  | 8 semaines | 18 semaines |
| 2 | Ne compte pas | 12 semaines | 22 semaines |
| 3 ou + | Ne compte pas | 24 semaines | 22 semaines |

S’il y a pathologie, il y a 15 jours en plus avant ou après.

 4) le congé paternité

Tous les pères assuré au régime général y ont droit s’il justifie le lien de filiation et si un acte de naissance a été établi.

Le congé s’ajoute aux 3 jours de congé pour la naissance de l’enfant. Il est de 11 jours pour un enfant et de 18 pour des grossesses multiples. Ils sont non fractionnable et doivent être pris dans les 4 mois qui suivent la naissance. L’employeur doit être prévenu un mois avant par lettre recommandé.

Si le bébé est hospitalisé après l’accouchement le père peut décaler ses congés.

Si la mère décède, le père prend ses congés auxquels s’ajoute les congés maternité. Si l’enfant décède, s’il y a eu acte de naissance, le père peut prendre ses congés, sinon non.

 II) les droits de la femme enceinte

La femme enceinte peut prévenir son employeur quand elle le veut. Elle doit le faire par lettre recommandée avec accusé de réception avec la date de l’accouchement sur certificat médical.

Les absences autorisé : la loi autorise des absences pour les examens médicaux obligatoire prévu pour la grossesse. Le changement ou l’aménagement du poste peut être demandé par certificat médical.

Licenciement et démission : du moment où la grossesse se manifeste, la femme démissionner sans préavis et sans indemnité de fin de contrat. Ce droit se maintient jusqu’à la fin du congé de maternité. La femme a une priorité de réembauche pendant un an. L’employeur est obligé de reprendre la femme après le congé parental. La loi interdit un licenciement pour cause de grossesse, mais il est autorisé pour faute grave ou raison économique. La femme peut bénéficier d’une heure par jour pour allaiter. Cette heure peut être fractionnée en deux demi-heures.

 III) CAF et grossesse

La PAJE (prestation d’accueil du jeune enfant) : elle comprend une prime de naissance (si la femme a déclaré sa grossesse avant 14 SA). Elle comprend aussi une allocation de base sous réserve d’aller aux visites médicales obligatoire de l’enfant qui sont à ses 8 jours, 9 mois, 1 an. L’allocation peut être perçu pendant 3 ans.

Il y a aussi le complément de libre choix du mode de garde et le complément de libre choix d’activité.

Diabète et grossesse

On connait deux groupes de diabète connu avant le début de la grossesse : - type 1 : diabète insulinodépendant

 - type 2 : diabète non insulinodépendant (diabète gras).

Il existe aussi le diabète gestationnel. C’est un diabète qui est découvert pendant la grossesse.

 I) diabète gestationnel

3 à 5% des femmes enceintes ont un diabète gestationnel. Il se distingue du diabète préalable qui va être associés à la grossesse.

Les diabètes connus ont plus de complications que ceux qui sont découvert pendant la grossesse.

 II) définition du diabète gestationnel

Intolérance au glucose débutant ou diagnostiqué pendant la grossesse.

 III) conséquences

Chez la mère : augmentation de la fréquence de H.T.A (hyper tension artériel), augmentation des césariennes et à long terme, 10 à 60% de ces femmes deviennent diabétiques dans les 20 ans à venir.

Chez le fœtus : macrosomie (gros bébé à partir de 3.8 kg), dystocie des épaules, mortalité in-utero en l’absence d’équilibre en glycémie. Risque néo-natal d’hypoglycémie car l’enfant est hyper-insulinisé. Les enfants ont un risque d’avoir un diabète de type II et des risques d’obésité.

 IV) Facteurs de risques

Antécédent familiaux et personnel, macrosomie fœtal, obésité, excès de liquide amniotique.

 V) le dépistage

Il est soit systématique, soit par rapport aux facteurs de risques (selon les établissements de santé). Il est fait entre la 24 et la 28ème SA (semaine d’aménorrhées). C’est le test de O’ Sullivan : test de glycémie à jeun, puis on donne 50 grammes de glucose et enfin on refait un test de glycémie une heure après. Si le résultat est supérieur à 1.30 g/L il est positif.

En cas de O’ Sullivan positif, le test de diagnostic va reposer sur l’HPGO, qui consiste à faire une glycémie à jeun, puis à donner 100 grammes de glucose et à refaire des glycémie toutes les heures pendant 3 heures.

T O (à jeun) : 0.95 g/L

Si 2 résultat ou plus au dessus de ces normales, la femme est considérée comme diabétique.

T 1 (après 1 heure) : 1.8 g/L

T 2 (après 2 heures) : 1.55 g/L

T 3 (après 3 heures) : 1.40 g/L

Le test OMS peut remplacer ces deux tests, le principe est le même sauf que l’on donne 75g de glucose et on fait la deuxième glycémie après deux heures. La glycémie doit être inferieur à 1.40g/L.

* conduite à tenir : prise en charge diabétologique, auto surveillance diabétologique journalière par la patiente (glycémie à jeun et deux heures après chaque repas)
* objectifs : garder une glycémie de moins de 0.95 g/L à jeun et inferieur à 1.20 g/L après les repas. Conseil diététique (fractionner les repas en 6 dans la journée, 3 repas, 3 collations), pour les obèses, régime entre 1600 et 2000 calories. Si impossibilités de régulation, on met les patientes sous insuline.
* Prise en charge obstétricale : si le diabète est bien équilibré, il n’y aura aucun problème à l’accouchement. Par contre, s’il y a mauvais contrôle glycémique, risque de complications (hypotrophie…) donc surveillance avec Doppler et enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF).
* L’accouchement : si le diabète est bien équilibré, pas de problème. Si le diabète n’est pas équilibré, il y a surveillance rapproché en hospitalisation. Le mode d’accouchement est selon l’hypertrophie du fœtus. S’il est trop gros, césarienne. S’il est trop gros, on déclenche l’accouchement. Si la voie basse est accepté, on peut faire une péridurale. On fait une épreuve dynamique utérine pour tenter un accouchement normal sinon, césarienne.
* Prise en charge post natal : il y a risque d’hypoglycémie donc alimentation précoce. On va surveiller leur glycémie pendant 1 ou 2 jours (1.4 g/L en normal). On va aussi continuer un régime adapté pour la mère, poursuite de l’auto surveillance et on va lui proposé une contraception microprogestative, et on va lui conseiller, en prévention, de garder une activité physique et une perte de poids si patiente obèse. 3 à 6 mois après l’accouchement, un HGPO est conseillé puis ensuite tout les ans.

**La grossesse**

Le développement embryonnaire et fœtal

I) Le développement embryonnaire

60 premiers jours de la vie intra-utérine. Il y a des divisions successives par mitose. Elles vont formés deux types de cellule, les périphériques qui se développe et donne les annexes (placenta, cordon…) et les centrales qui donneront l’embryon.

C’est pendant le premier mois que ces cellules vont se divisé.

 a) la segmentation de l’œuf

La cellule diminue de taille au fur et à mesure des divisions. Le premier amas de cellule s’appelle la morula.

Le deuxième est le blastocyste.

 b) la migration tubaire

En même temps qu’il se fragmente, l’œuf parcoure la trompe grâce aux cils tubaire et au contraction des fibres lisses.

Au sixième jour, l’œuf s’implante dans la paroi utérine (ce sont les cellules trophoblastiques qui se mette entre les cellules de la muqueuse utérine).

 c) l’embryogénèse

26ème jour, l’embryon mesure 4 mm. Les cellules sont différenciées et les premières qui se mettent en place sont celles des reins et des membres supérieurs.

C’est pendant le 2ème mois de grossesse que les organes se forment (organogénèse). Il y a aussi modelage de l’aspect extérieur (morphogénèse).

Fin du 2ème mois : 1er mouvement de l’embryon

A partir du 3ème mois : l’embryon grossit et on va parler de fœtus.

II) le fœtus

Maturation des structures.

4ème mois : l’activité cardiaque devient audible. Les reins fonctionnent et les premiers poils apparaissent (lanugo qui tombe après la naissance). Les mamans commencent à sentir leur bébé.

5ème mois : la circulation sanguine fini de se mettre en place et 1ère circonvolution cérébrale. 1er MAF (mouvement actif fœtaux)

6ème mois : limite de la viabilité. L’arbre bronchique est achevé.

7ème mois : Le corps se recouvre d’un enduis graisseux, le vernix caseosa. Les yeux s’ouvrent et il commence à entendre.

8ème mois : il prend 250 grammes par semaine et ils se placent tête en bas.

III) les annexes

Le placenta (500grammes à terme). Le liquide amniotique est composé d’eau, de transpiration, d’urine, le méconium, ce sont les déchets non assimilables que le fœtus garde dans son intestin.

Surveillance clinique et paraclinique

Le suivi de la grossesse et la surveillance clinique sont encadré par des lois. L’objectif de la surveillance : déceler des complications qui pourraient affecter le pronostic maternel et/ou fœtal.

I) signes et diagnostic de grossesse

- aménorrhée, examens gynéco : augmentation du volume utérin

- nausée, vomissement, troubles digestifs, troubles du sommeil, augmentation du volume des seins.

- moyen le plus sur d’affirmer une grossesse : dosage des beta HCG qui est positif à partir du 7ème jour de grossesse.

1consultation par mois à partir du 3ème mois.

La 1ère consultation : elle est faite soit par un médecin, soit par un gynécologue, soit par une sage femme. Elle est faite à environ 14 semaines d’aménorrhée. Elle permet de confirmer la grossesse. Elle permet aussi d’évaluer les facteurs de risque pour la grossesse en cours. L’interrogatoire est très important (question sur la situation familiale, situation sociale, antécédent familiaux et personnel, ses antécédents médicaux, allergies, antécédent gynéco. Ensuite il y a des examens cliniques : tension, pulsation, bandelette urinaire (infection urinaire), problème de poids, de circulation du sang, palpation des seins, du ventre, toucher vaginal.

A la fin de a consultation, déclaration de grossesse.

Les autres consultations : faire le point sur la santé maternelle et fœtale, prescription d’examens supplémentaire, dépistage d’éventuelles maladies.

Elle contient un examen général et gynécologique.

Visite du 4ème mois : 1er résultat d’examens. Examen de la trisomie 21. test de la toxoplasmose (parasite qui se trouve dans le porc, dans la terre, dans les litière de chat).

Entretien du 4ème mois : pratiqué par une sage femme.

5ème mois : écho morphologique, dépister les anomalies.

6ème mois : toutes les sérologies (céphilis, hépatite B, hépatite C, VIH). On dépiste aussi le diabète gestationnel.info sur la préparation à l’accouchement et rendez vous en consultation avec un anesthésiste.

7ème mois : préparation à l’accouchement et 3ème écho pour déterminer la position du fœtus, estimation du poids fœtal, contrôle de la bonne croissance du fœtus.

8ème mois : RAS

9ème mois : modalité d’accouchement, examens approfondie du bassin.

L’Interruption Volontaire de Grossesse

- jusqu'à 14 SA 🡪 aspiration

-jusqu’à 7 SA 🡪 RU comprimé

En France le délai légal est de 14 SA. Les femmes mineures peuvent demander une IVG en ayant l’autorisation d’un majeur. Toutes femmes enceintes s’estimant en difficulté peuvent demander une IVG et seuls les médecins peuvent pratiquer une IVG chirurgicale.

Les IVG médicamenteuses peuvent se faire en hôpital, chez le médecin ou à domicile. La prise en charge est faite par la sécurité sociale et une part par la mutuelle.

Pour demander une IVG 🡪 visite chez le médecin qui informe sur les différents types, les différents risques, les différents lieux et les effets secondaires. Il propose un RDV avec une assistante sociale pour les femmes majeures qui le veulent et un RDV obligatoire avec une conseillère conjugale pour les femmes mineures. Il y a une semaine de réflexion après ce RDV. Ensuite, elle revient pour une 2ème consultation et la femme doit confirmer sa demande par écrit.

L’aspiration consiste à aspirer l’œuf après avoir dilater le col.

Pour la méthode médicamenteuse, il faut deux prises de médicaments à des moments différents (48 heures d’intervalle).

La 1ère prise est faite avec 3 comprimés (mifégyne), qui stoppe la grossesse.

La 2ème est faite avec 2 comprimés (gymiso) qui dilate le col qui va ainsi expulser l’embryon (3 ; 4 heures plus tard).

On garde 4 ou 5 heures la patiente en surveillant les constantes.

Elle revienne 10 jours plus tard pour une échographie de contrôle.

Pour la méthode chirurgicale : on leur donne un seul comprimé de mifégyne. Elle revienne 48 heures après pour passer au bloc. Elles sont hospitalisé la journée.

 Rôle de l’infirmier :

L’infirmier à un rôle d’accueil, d’écoute, d’accompagnement, de réconfort, d’éducation, de surveillance.

Le vécu des femmes : sentiment de solitude, sensation de vide, un sentiment de honte, de culpabilité, de regret ou de soulagement. On leur propose systématiquement un soutien psychologique.

Les tarifs : - pour I.V.G médicamenteuse : 257 euros

 - pour I.V.G chirurgical : 238 euros.

La naissance

 I) la préparation à l’accouchement

Préparation à l’accouchement : 7 séances + 1 qui est l’entretien du 4ème mois.

C’est la patiente qui choisit le type de préparation. Il est fait par une sage-femme ou un médecin qui repartit les cours. Elle peut se faire en ville par des sages-femmes libérales.

 II) quand se rendre à la maternité

\*contraction de travail : elles sont différentes de celles de fin de grossesse). Elles sont douloureuses, s’intensifie et se régularise (aller à la maternité lorsque le contraction se font toutes les 5 minutes pendant 2 heures).

\* la rupture de la poche de eaux.

\* le jour du terme pour faire un monitoring puis un examen du col de l’utérus. Ensuite la femme revient toutes les 48 heures jusqu’à terme + 5 jours.

\* pertes de sang

\* diminution ou arrêt des MAF (mouvement actif fœtaux).

\* fièvre (forte et sans explication)

III) examens d’entrée

* examens générale : bandelette urinaire, poids, tension, température.
* Signe fonctionnel urinaire (S U F), S F Digestif, S U Toxémie (céphalées, acouphène, phosphène, vomissement, œdème des membres supérieur et/ou inférieur, tension élevé).
* Examens obstétricale : hauteur utérine, MAF, palpation abdominal pour savoir ou si situe la tête et le dos du fœtus.
* Toucher vaginal : appréciation le col et la position de la tête fœtal.

IV) le travail

* action de la contraction utérine : succession de contractions qui va permettre au col de s’ouvrir puis de faire sortir le bébé. Le dilatation complète et faite lorsque le col mesure 10 cm.
* Action du PC : présentation céphalique. La surveillance dutravail se fait par monitoring.

Infection génitale basse

 I) les lésions infectieuses de la vulve

 A) les condylomes

Le virus responsable est le papillomavirus. Les symptômes sont souvent discret, simple prurit (démangeaisons). La plus courante est la crête de coq, le volume est variable et peut être important.

Il faut faire un bilan locale, regarder dans le vagin, dans le col de l’utérus et dans l’anus. Il faut faire une péniscopie au(x) partenaire(s).

Traitement : sorte de pommade qui vont détruire ces lésion ou cryocoagulation (même méthode que pour les verrue).

 B) herpes

L’herpes est lié à deux virus (l’herpes simplis virus II, responsable des lésions génitale ; et l’herpes simplis virus I responsable des lésion de la face)

La primo-infection va donner une vulvite aiguë qui donne un peu de fièvre. Elle est très douloureuse et très inflammatoire. A l’examen on voit un œdème et des ulcérations avec des ganglions inguinaux. Elle dure 3 semaines mais il peut y avoir des récidives.

Traitement : antalgique, antiseptique locaux, antiviraux (zenitrex).

Si la femme fait une primo-infection dans le dernier mois avant l’accouchement, on césarise.

 C) le zona

Il se manifeste par une éruption douloureuse vésiculeuse unilatérale.

Traitement : symptomatique local.

 D) syphilis

Elle est due à une bactérie, le tréponème.

La syphilis primaire est un chancre (cratère du à une érosion avec les bords régulier), ayant un aspect ovalaire, brillant et indolore. Il disparait au bout de 6 semaines. On fait le diagnostic avec un examen bactériologique d’un prélèvement de chancre.

La syphilis secondaire qui apparait 45 jours après si la primaire n’a pas été traité. Lésions sur la peau et les muqueuses qui sont indolore.

Traitement : antibiotique, pénicilline.

 E) le chancre mou

Le responsable est une bactérie, c’est l’haemophilus ducreyi.

Il est très contagieux. Le chancre a les bords irréguliers et est douloureux. La différenciation se fait par prélèvement.

Traitement : antibiotique (érythrosine)

 F) vulvite à candidas

Souvent associé à une vaginite à candidas. Elle est très prurigineuse. Il y a un dépôt blanchâtre.

Traitement : antifongique, on peut aussi traiter le partenaire.

 G) les folliculites

Ce sont de petits boutons purulents.

Traitement : désinfection locale, antibiotique.

 II) les infections vaginales

 A) causes favorisantes

Le terrain (diabète, antibiothérapie, traitement par cortisone), climat hormonal (modification du PH du vagin), hygiène défectueuse, sous vêtements synthétique, utilisation trop importante d’antiseptique et les maladies sexuellement transmissibles.

 B) la clinique

Les leucorrhées, le prurit, brulure, dyspareunie (douleur pendant les rapports), brulures urinaires.

On demande les circonstances d’apparition, le type de contraception, traitement locaux, signe chez le partenaire, observation de la muqueuse vaginale, l’aspect des pertes, recherche d’une douleur provoqué au niveau des trompes.

 C) le diagnostic étiologique

 1/ vaginite mycosique

Elle est favorisée par un traitement antibiotique, par la grossesse, par le diabète. Elle réapparait fréquemment. Il y a prurit vaginal. La muqueuse vaginal congestive et leucorrhées blanchâtre et épaisse.

Traitement : quelque règle d’hygiène à respecter (pas de sous vêtement synthétique.)

2/ vaginite à trichomomas

Elle est du a un parasite.

PH neutre, brulure vulvovaginale, leucorrhées bulleux, verdâtre et abondante. Prélèvement vaginal pour voir si gonocoque associé.

Traitement : flagille.

 3/ vaginite à gonocoque

Vaginite + urétrite. Œdème de la vulve et liquide blanc verdâtre purulent et très abondante. Recherche d’urétrite chez le partenaire.

Traitement : antibiotique

 4/ vaginite chlamidiae

C’est une bactérie. Elle est souvent asymptomatique. Diagnostic par prélèvement, traiter le partenaire.

Traitement : antibiotique (tétracycline)

 5/ vaginite à gardmerella vaginalis

C’est une bactérie. Le signe majeur est une mauvaise odeur. Les pertes sont grisâtres.

Traitement : flagille.

6/ vaginite à germe banal

Ce sont les germes que l’on trouve habituellement dans le vagin. Inflammation vulvo-vaginal avec pertes jaunâtre.

Traitement : antiseptique

 7/ vaginite mycoplasme

Elle est due à une bactérie. Vulvo-vaginite banal, elles peuvent être à la base de problèmes de stérilité et de GEU.

Traitement : antibiotique.

 8/ vaginite chez la fillette

Toucher rectal, interrogatoire. Il faut éliminer le corps étranger et voir s’il n’y a pas de malformation.

 9/ vaginite chez la femme ménopausée

Vaginite lié à l’hypertrophie de la muqueuse vaginale.

Traitement : antiseptique

Les mutilations sexuelles

Les mutilations sexuelles sont prises en compte dans la loi du 4 avril 2006, qui est la prévention et la répression des violences commises à l’intérieur du couple et contre les mineurs. Cette loi s’adresse à tout individu résidant habituellement sur le territoire français. Les étrangers peuvent aussi dénoncer les faits.

La dénonciation des excisions est une nouvelle exception de lever du secret professionnel.

Les mutilations sexuelles sont toutes interventions aboutissant à une ablation partielle ou totale des organes génitaux féminins pratiqués pour des raisons culturelles et non thérapeutique. Ces pratiques sont dangereuses voire mortelles et sont sources de complications d’une part physique et qui engendre des traumatismes psychique majeur.

Ces mutilations sont effectuées sur des fillettes pré pubère. Elle se pratique surtout en Afrique sub-saharienne et en Orient. On estime à 3 millions le nombre de fillette qui vont subir les mutilations et à 50 000 le nombre de femmes et de fillettes mutilé en France.

I type : la circoncision avec excision du prépuce (ablation du clitoris).

II type : excision du clitoris et ablation totale ou partielle des petites lèvres. (80% des cas)

III type : excision de clitoris, des grandes lèvres et des petites lèvres (infibulation) après il y a suture. (15% des cas).

IV type : infibulation aggravée, scarification des grandes lèvres.

Il s’agit souvent de rites initiatiques avec ou sans préparations psychologiques de l’enfant et dans des conditions d’hygiène déplorable.

Cela se fait par une exciseuse à l’aide d’un couteau, d’une lame de rasoir, de bouts de verres…

La fillette à chaque membre par d’autres femmes. Après il y a hémorragie et on aide a cicatrisé avec des herbes. L’enfant est écarté de la communauté pendant trois semaines les jambes attachées. Elles sont désinfibulés le jour du mariage.

Il y a ensuite des problèmes obstétricaux (suivi de grossesse). L’accouchement est très difficile car l’utérus est rétrécit.

Après l’accouchement, si elle est encore vivante, elle est à nouveau infibulé.

Risque d’infection, de stérilité, obstétricale et d’accouchement et problème psychique.

# **INFERTILITE**

### **Gynécologie obstétrique**

## Notions épidémiologiques

# Fertilité/infertilité

## Fécondité : aptitude à obtenir une grossesse.

## Un couple est donc dit fertile ou fécond s’il a obtenu une grossesse.

## Dans le cas contraire il est dit infertile ou infécond, on parle d’infertilité.

# Fécondabilité/ stérilité/hypofertilité

## Fécondabilité = probabilité mensuelle d’obtenir une grossesse. Dans l’espèce humaine ~ 25% ( très variable )

## Stérilité =probabilité nulle, (incapacité totale de procréer naturellement)

## Hypofertilité = (<5%)þ

# DNC = délai nécessaire pour concevoir

## Délai entre l’arrêt de toute contraception et l’obtention de la grossesse

## Moyenne de 6 mois

## Anormal si délai supérieur à 2 ans

## Début d'explorations d’infertilité

# Fécondabilité

## Variation en fonction du jour du rapport sexuel selon le cycle menstruel

## Maximale au moment de l’ovulation, c’est-à-dire en moyenne entre le 13ème et le 15ème jour du cycle (1er jour = 1er jour des règles) pour un cycle de 28 jours.

# Données épidémiologiques

## Problème de santé publique: environ 14% des couples consultent un médecin au moins une fois pour un problème d’infertilité.

## Dans environ 33% des cas, il est trouvé une cause purement féminine, dans 21% des cas une cause uniquement masculine, dans 39% des cas les deux et dans 7% des cas aucune cause n’est trouvée (infertilités inexpliquées).

# Facteurs influençant la fertilité

## Chez la femme:

### 1/ Age:

#### -D° des chances de grossesses s’amenuisent de façon très importante

#### -Augmentation des fausses couches

#### -Après un maximum vers 25 ans, la fertilité féminine décroît rapidement: diminuée de 50 % (35 a), de 75 % (40 a), et se trouve pratiquement réduite à 0 à 45 ans

### 2/ Déséquilibres alimentaires:

#### entraînant un excès (obésité) ou un déficit de poids (maigreur) ont une influence péjorative sur la fécondité, (Qualité de l’ovulation)þ

### 3/ Tabac

### 4/ Alcool

## Chez l’homme:

### 1/ Age: associé à une baisse de la fertilité mais à un degré bien moindre que chez la femme

### 2/ Obésité

### 3/ Tabac

### 4/Alcool

### 5/ Certaines conditions de l’environnement (chaleur, solvants, pesticides...) peuvent entraîner une diminution de la fécondité

# Interrogatoire

## -Femme

## -Homme

## -Deux membres du couples +++

# femme

## Etat civil, âge, profession

## Vie génitale : date des premières règles, pbde puberté, régularité et durée des cycles, durée et abondance des règles, dysménorrhée, infections génitales (hautes ou basses).

## Ancienneté de l'infertilité et son caractère primaire ou secondaire, avec le même ou avec un autre partenaire

## Antécédents chirurgicaux : ayant porté sur l’abdomen et le pelvis, intervention ayant porté sur les trompes …

## Antécédents médicaux : primo-infection tuberculeuse, diabète...

## Habitudes : drogue, tabac, alcool

## La notion d’IVG, et d'infections génitales (salpyngites) ou de tuberculose (urogénitale)þ

## Antécédents chirurgicaux (col, petit bassin, abdomen, curetages utérins (post partum, post abortum))þ

## Douleurs pelviennes (endométriose, synéchies, infections)þ

# Homme

## état civil, âge, profession

## Antécédents

### Génital : infection (orchite ourlienne)þ

### Obstétrical: notion de grossesseinduite chez une autre partenaire

### Médical : diabète, hypertension artérielle, cryptorchidie...

### Chirurgical :

#### hernie, ectopie testiculaire, torsion testiculaire, Hernie inguinale bilatérale opérée (lésion des canaux déférents)þ

#### Col vésical, Prostate (obstruction des canaux éjaculateurs ou éjaculation rétrograde).

# Le couple

## Année de mariage ou de concubinage

## Date du début de projet de grossesse

## Contraception : Quand, durée, le type (pillule, stérilet, moyen mécanique, méthode « naturelle »)þ

## Vie sexuelle :

### fréquence des rapports, notion de dyspareunie, etc…

### type de rapports sexuels (!) et programmation adéquate des rapports sexuels en phase pré-ovulatoire

# Examen clinique et explorations

## Femme

## Homme

## Le couple

# Femme

## Etude du morphotype (rapport poids-taille)þ

## Pilosité (hypertrichose, hirsutisme ou dépilation)þ

## Palpation de la thyroïde

# examen gynécologique classique:

## Inspection du périnée (recherche d’une malformation)þ

## Examen au speculum pour apprécier le vagin, le col et la glaire par rapport à la date des dernières règles (DDR)þ

## Toucher vaginal (taille, mobilité et sensibilité de l’utérus, masse latéro-utérine),

## Examen des seins et aires ganglionnaires de drainage (nodules, galactorrhée provoquée uni ou bilatérale,uni ou pluricanalaire)þ

# A/ Appréciation de l’Ovulation3

## Courbe thermique

## Ultrasonographie

## Dosage estrogene

## Glaire cervicale

# 1/ Courbe de la Température Basale (CTB)

## elle a été décrite, pour la première fois, en 1904 par Van Der Veeda.

## C’est une méthode très utilisée pour la détection de l’ovulation.

## Immédiatement avant l’ovulation, la température a une descente et ensuite une ascension (Zenith). L’ascension de la température est l’effet thermogénique de la progestérone produite par le corps jaune.

## Dès J1

## Prise de la température matinale de façon quotidienne avec un thermomètre médical et retranscrite immédiatement sur une courbe appropriée

## Dans des conditions basales, (après une période de repos suffisante, en pratique au moment du réveil avant toute activité)þ

# 2/ dosage des estrogènes

## Au cours de la période pré-ovulatoire

##  L’évolution des estrogènes en période pré-ovulatoire est le reflet du follicule

# 3/ Ultrasonographie

## Dans 90 % des cas, lors d’examens sériés, accompagne la croissance folliculaire et sa transformation en corps jaune, après l’ovulation

## Méthode trop chère pour être utilisée couramment dans la confirmation de l’ovulation.

# B/ Exploration hormonale

## Différente selon le contexte:

### - En cas d'aménorrhée ou d'irrégularités mentruelles: on cherche d'abord à préciser leur origine

###  Les dosages les plus utiles dans un premier temps sont ceux de l'estradiol, de LH,de FSH et de prolactine plasmatiques

### - Si cycles réguliers on cherche à préciser leur caractère ovulatoire par un dosage de la progestérone plasmatique au 22è-24ème jour du cycle, et ce pendant 2 ou 3 cycles.

# C/ Hystérosalpingographie:

## Etude: trompes et utérus

## Introduction d’une substance de contraste dans la cavité utérine

## Première partie de cycle j8 j10

## en dehors de tout contexte infectieux (risque d'endométrite ou de salpingite)

## ou de grossesse

## Indispensable

## Diagnostic :

### de perméabilité tubaire

### Aspect de la lumière tubaire imprégnée par le produit de contraste radiographique

### obstruction ou spasme (répéter l’HSG après prescription d’anti-spasmodique)þ

### Adhérences péritonéales (Facteur Péritonéal),

### Lésions dans la cavité utérine (Facteur Utérin)þ

## L’obstruction peut être:

### proximale ou distale

### unilatérale ou bilatérale

### Parfois, aspects typiques comme dans les cas de tuberculose génitale (trompes en fil de fer, rosaire ou pipe)þ

### Il peut y avoir des diverticules faisant suggérer l’endométriose (salpingite isthmique noduleuse)þ

# Coelioscopie et hystéroscopie

## Ces deux examens sont groupés dans le même chapitre car il y a toujours intérêt à profiter de l’AG pour explorer la cavité utérine et l’appareil génital dans un même temps

## l’hystéroscopie est réalisée avant la coelioscopie

# D/ COELIOSCOPIE

## Utile:

### Diagnostic

#### Infertilité Inexpliquée

#### Endométriose

### Hystérographie anormale

### Obstacle tubaire: diagnostic, pronostic et traitement

### Traitement: fimbrioplastie, adhésiolyse, kystectomie, myomectomie

### Epreuve de perméabilité au bleu (perméabilité tubaire)þ

# Risques

## AG

## Perforation digestive

## Perforation artérielle

# Interets et description

## Etat tubaire dans ses différentes portions (trompes noueuses, inflammatoires, dilatation ampullaire)þ

## Qualité du pavillon

## Score adhérentiel

## Région sous-hépatique :adhérences signant le syndrome de Fitz-Hugh et Curtis (*Chlamydiae)þ*

## Prélèvements bactériologiques

# E/ HYSTEROSCOPIE

## Diagnostic, exploration du col et de l’isthme ( sténoses souvent liées à de l’adénomyose )þ

## Résection de polype, de cloison, de fibrome, dilatation…

## Une biopsie exploratoire peut être faite si une endométrite est suspectée

# F/ Etude de la glaire cervicale et test post-coïtal deHuhner

# Etude de la glaire cervicale

##  = gel glycoprotéique avec 2 attributs physiques très importants :

### Elasticité et

### Cristallisation

### Le mucus est observé, pour vérifier son élasticité (8 cm ou plus), son abondance et sa cristallisation en feuille de fougère

# Test post-coïtal

## Il s’agit de l’étude de la mobilité des spermatozoïdes dans la glaire cervicale après un rapport

## En pratique, ce test n’est interprétable que si la glaire est suffisante, c’est-à-dire en période pré-ovulatoire

## On demande au couple d’avoir un rapport la veille au soir ou le matin meme.

## Au laboratoire, un petit prélèvement de glaire est examiné au microscope

# Résultats

## Test positif : un certain nombre de spermatozoïdes se déplacent librement dans la glaire cervicale

## Test négatif : il n’y a pas de spermatozoïdes ou tous immobiles

## Score est coté au maximum 12/12

# Tableau : score cervical selon Insler

# HOMME

# Examen clinique de l’homme

## Etude du morphotype et de la pilosité

## Examen des organes génitaux externes (recherche de toute anomalie qui pourrait entraîner l'émission de l'éjaculât en dehors ou dans un site non favorable du vagin):

## Scrotum : Taille, Consistance, Varicocèle,

## Testicules (consistance, localisation, volume testiculaire (80 % du volume des testicules sont constitués par les tubes séminifères) = élément capital du bilan initial. Il est apprécié à l'aide d'un orchidomètre de Prader.

## Epididymes (présence, taille et consistance (tête, corps et queue)þ

## Canaux déférents( kyste du cordon)

## Hydrocèle

## Cicatrices scrotales, inguinales ou abdominales.

## Aspect de la pilosité, gynécomastie, morphotype eunuchoïde, hypoandrisme, hypospadias, varicocèle

## Toucher rectal (consistance et sensibilité de la prostate, analyse des vésicule séminales)þ

# Pour apprécier le versant masculin : l’étude du sperme

## Un spermogramme et un spermocytogramme

## Une spermoculture complète l'examen, à la recherche de germes banals.

# Spermogramme avec spermocytogramme

## Etude de 3 paramètres essentiels : le nombre, la mobilité, et la morphologie des spermatozoïdes

## Essentiel

## Période d’abstinence de 2 ou 3 jours et le prélevement total du sperme doit être fait par masturbation, dans un récipient non spermatoxique, au laboratoire.

## Une anomalie de la spermatogenèse doit être confirmée sur 2 prélèvements à 3 mois d'intervalle,

### en raison d'une part de la grande variabilité des paramètres spermatiques

### et d'autre part du cycle de la spermatogenèse (74 ± 4 jours)þ

# Valeurs normales du spermogramme : selon l’OMS (1992)þ

## .volume : 2ml-5ml

## • pH 7,2-8,0

## • viscosité-liquéfaction dans 60 minutes

## • concentration > 20 x M spermatozoïdes/ml

## • mobilité > 50 % progressifs

## • morphologie > 30 % formes normales

## • vitalité > 75 % vivants

## • leucocytes < 1 x 106/ml

# Résultats du spermogramme

## normal

## Azoospermie (absence complète de spermatozoïdes)þ

## Anomalies multiples concernant le nombre, la mobilité et la morphologie des spermatozoïdes réalisant le tableau d'oligoasthénotératospermie (OATS)þ

## Anomalies touchant 1 seul des paramètres.

# Exploration hormonale

## Chez l'homme, l'exploration hormonale comporte des dosages de testostérone, de LH de FSH et si possible d'inhibine B plasmatique

##  Ces dosages simples permettent de dépister un déficit gonadotrope ou une insuffisance testiculaire primitive

# Pour les patients à spermogramme normal

## si la partenaire n'a pas d'anomalies et si une grossesse ne survient pas, un test de Hühner et un test de migration dans la glaire in vitro seront effectués, ainsi que la recherche d'un éventuel facteur féminin négligé

# Biopsie testiculaire

## - Jadis très en vogue, voit son indication diminuer

## - Réalisée à titre diagnostique dans les azoospermies

## - Réalisée à titre pronostique dans les infertilités sécrétoires (mais maintenant il y a les dosages de FSH...)þ

## - Elle est souvent chirurgicale au cours d’une exploration testiculaire.

# ETIOLOGIES

# A/ Etiologies conjugales

## Absence de rapports ou rapports incomplets

## Maladies infectieuses, notamment d’ordre sexuellement transmissible, touchant les trompes, l’ovaire, l’utérus et le col chez la femme, les testicules et les canaux excréteurs chez l’homme

## D’autres facteurs peuvent aussi intervenir sur la fertilité conjugale, notamment l’âge de la femme

# B/ Etiologies féminines

## 1/Anomalies mécaniques :

### obstruction ou déficit fonctionnel des trompes

### adhérences pelviennes (accolements anormaux entre trompes, ovaires, utérus et intestin créés par une réaction inflammatoire provoquée par une infection, une intervention chirurgicale ou une endométriose).

## 2/ Anomalies de l’ovulation d’origine hypothalamique, hypophysaire ou ovarienne

## 3/ Anomalies utérines gênant l’implantation

### anomalies cervicales gênant la sécrétion de glaire cervicale

### endométriose

# LES ANOVULATIONS

## 1-C'est une cause très fréquente 20%

## 2- Diagnostic évident devant une aménorrhée ou une irrégularité menstruelle

##  3- Le plus souvent il s'agit d'un syndrome des ovaires polykystiques, d'une hyperprolactinémie, d'un déficit gonadotrope ou d'une insuffisance ovarienne primitive

# LES OBSTACLES MÉCANIQUES

## 1/ Le col utérin, insuffisance de glaire cervicale

### Sténoses cervicales ( conisation, curetage ou diathermocoagulation de l'endocol)þ

### Pathologie de la glaire cervicale =indication de choix aux inséminations intrautérines (pathologie infectieuse, causes endocriniennes

# 2- Obstacle utérin

## Malformation utérines (cloisonnement, synéchies infectieuses ou secondaires à des maneuvres endo-utérines du post partum ou après une IVG

## Polypes muqueux, fibromes sous muqueux ou hyperplasie endométriale

# 3- Obstacle tubaire

## Cause majeure

## Salpingite

## Traumatisme chirurgical

## ou endométriose

#  L'ENDOMÉTRIOSE

## Cause fréquente d'infertilité chez des femmes « stérilité idiopathique », 50%

## Diagnostic = douleurs pelviennes ou sur une hystérographie montrant des images plus ou moins typiques (diverticules)þ

## L'hystérographie peut cependant être normale ce qui justifie la réalisation d'une coelioscopie chez toute femme présentant une infécondité inexpliquée.

## Foyers d'endométriose (grains bleutés) plus ou moins nombreux, dans le péritoine ou les ovaires.

# C/ Etiologies masculines

## 1/ Anomalies de formation des spermatozoïdes: d’origine hypothalamique,hypophysaire ou testiculaire

## 2/ Obstacles organiques ou fonctionnels à l’excrétion des spermatozoïdes au niveau des canaux intra-testiculaires, de l’épididyme ou du canal déférent

## 3/ anomalies du plasma séminal : dues à la prostate ou aux vésicules séminales

# Azoospermie

## une éjaculation rétrograde par recherche de spermatozoïdes dans les urines après éjaculation ou un obstacle mécanique seront recherchés, surtout si la FSH est normale

## Sécrétoire

## Excrétoire

# Azoospermies sécrétoires

## Absence de production de spermatozoïdes par les testicules.

## Volume testiculaire faible, FSH élevée, Inhibine B basse.

## Klinefelter (formule caryotypique 47XXY)þ

## Déficits gonadotropes (impubérisme ou troubles de la libido >>>l'infertilité)þ

# Azoospermies excrétoires

## Obstruction des voies excrétrices

## Volume gonadique et FSH normaux

## Examen clinique de l'appareil excréteur (épididymes, déférents, vésicules séminales et prostate), complété par une échographie

## Principales étiologies:

## Congénitales, (agénésies bilatérales des canaux déférents), palpation = 0, + distention de la tête et une atrophie du corps de l'épididyme (mucoviscidose)þ

## Acquis, dont l'origine infectieuse n'est le plus souvent que présumée (gonocoque, tuberculose, chlamydiae)þ

# -En cas d'OATS-

## on doit rechercher en priorité une varicocèle, une exposition à la chaleur, à des toxiques ou une infection Si aucun de ces facteurs n'est retrouvé, la FSH est souvent augmentée indiquant une OATS par insuffisance testiculaire sécrétoire

# LES OLIGO-ASTHÉNO-TÉRATO-SPERMIES (OAT)

## Causes les plus fréquentes d'infécondité masculine

## Diagnostic = réalisation de plusieurs spermogrammes montrant une diminution du nombre et de la mobilité des spermatozoïdes associées à une fréquence élevée de formes anormales.

# -En cas d'atteinte d'un seul paramètre-

## Asthénospermie, cas le plus fréquent, on recherchera des anticorps antispermatozoïdes, une infection, une hypoandrogénie sévère.

## Oligospermie isolée, si le bilan endocrinien est normal, une éjaculation rétrograde doit être éliminée. Une concentration du sperme par centrifugation urinaire sera effectuée.

## Nécrospermie isolée un facteur toxique devra être recherché

## Tératospermie isolée un facteur génétique

# -Les traitements-

## Ils sont nombreux

## Ils doivent surtout être adaptés au diagnostic précis de la cause de la stérilité

## Certains traitements ne s’appliquent qu’à des étiologies particulières :

# -Femme-

## Anomalie de l’ovulation : induction de l’ovulation

## Anomalie mécanique : chirurgie percoelioscopique ou microchirurgie

# -Homme- :

## En fonction de la cause :

## Traitement d’un trouble endocrinien

## Cure d’une varicocèle par chirurgie ou par sclérothérapie antérograde

## Antibiothérapie en cas d’infection

## En cas d’azoospermie obstructive : chirurgie canalaire: (anastomose épididymodéferentielle)þ

# -Assistance Médicale à la Procréation-

## D’autres traitements dits « Assistance Médicale à la Procréation » AMP:

### Stérilités de cause tubaire,

### Stérilités inexpliquées avec ou sans endométriose,

### Stérilités immunologiques et à

### certains types de stérilité masculine.

#  Techniques de Procréation Médicalement Assistée (PMA)

## *-*

# -Insémination artificielle-

## L'insémination intra-utérine (IIU) consiste à déposer des spermatozoïdes mobiles dans le fond de la cavité utérine.

## Elle nécessite un minimum de 500 000 à 1 million de permatozoïdes mobiles dans l'inséminât.

## Elle est effectuée sur des cycles stimulés, afin de s'assurer d'une bonne ovulation (36 heures après le déclenchement par HCG).

# -Fécondation In Vitro (FIV)þ-

## *-* Comporte plusieurs étapes : stimulation de l’ovulation chez la femme et recueil par ponction

## des ovocyte, traitement du sperme pour capaciter et sélectionner les spermatozoïdes,

## fécondation et sélection des embryons qui sont finalement implantés.

# -Injection intracytoplasmique de sperme : Intra Cytoplasmic Sperm Injection (ICSI) :

## Un spermatozoïde est directement injecté dans l’ovule sous contrôle microscopique

## Cette technique permet de dépasser toutes les barrières mécaniques à la fécondation et d’obtenir un embryon à partir d’un seul spermatozoïde.

## Spermatozoïdes= éjaculat ou in situ (ponction percutanée de l’épididyme/testicule, prélèvement chirurgical).

## Pour les couples qui ne sont que seulement hypo-fertiles, les traitements sont destinés à augmenter leur fertilité afin que la grossesse puisse être obtenue plus rapidement. A terme, le pronostic est bon et la plupart de ces couples arrivent à obtenir la grossesse qu’ils désirent. Pour les couples totalement stériles, le but du traitement est de rétablir un certain degré de fertilité. Parmi ces couples 1/2 arrivera à obtenir une grossesse

Cancer du col de l’utérus

Le dépistage permet d’empêcher le développement d’un cancer in-situ en cancer invasif (1frottis tous les 2 ans).

 I) épidémiologie

Incidence en baisse grâce au dépistage.

Facteurs de risques : - le HPV (human papillomavirus) qui est virus sexuellement transmissible.

 - la multiplicité des partenaires sexuelles.

 - la précocité des premiers rapports sexuels.

 - antécédents d’herpes génital.

 - le bas niveau socio-économique.

 - l’humanodépression.

Entre le cancer in-situ et le cancer invasif, il s’écoule environ 15 ans. l’âge moyen de l’in-situ est de 30 ans donc le cancer invasif se déclare en moyenne vers 45 ans.

 II) anatomopathologie

- CIN I : dysplasie légère (28 / 30 ans)

- CIN II : dysplasie modérée

- CIN III : dysplasie sévère ou cancer in-situ

- cancer invasif (40 / 45 ans)

CIN = intra épithéliale néoplasie

Une dysplasie est une lésion bénigne, ce n’est pas un cancer.

Importance du dépistage car le CIN II se soigne en 30 minutes.

 III) diagnostic

 1) clinique

Examens clinique : interrogatoire (recherche de symptôme) : - métrorragies post-coïtal, couleur des saignements (rouge vif)

 - saignements post-ménopausique.

Ensuite examens sous speculum, frottis ou biopsie de col utérin.

Un col cancéreux est un gros col d’aspect suspect. Il peut saigner lors de l’examens.



Cellule malpighienne (cancer épidermoïde)

Cellule glandulaire (cancer adénocarcinome)

Zone de jonction (Z.J)

On peut aussi utiliser un coloscope (sorte de loupe). On fait aussi un examen général pour voir s’il y a des extensions, on peut aussi faire un toucher vaginal et/ou rectal pour apprécier la taille de la tumeur.

 2) imagerie

La patiente peut faire une échographie endo-vaginal (par le vagin). On peut aussi faire un IRM ou un scanner. On fait un bilan d’extension (radio des poumons, scintigraphie osseuse…).

 IV) le traitement

- Si CIN I : vaporisation lazer (on brule la zone de dysplasie légère). On fait un frottis de contrôle 3 mois plus tard.

- Si CIN II ou III : intervention qui s’appelle conisation. C’est une ablation d’un cône du col utérin entre les 2 zones de jonction (5 minutes en bloc puis 15 jours de cicatrisation). Cette opération n’est pas visible après.

Surveillance après par frottis annuel même si peu de récidives. Aucune conséquence sur la stérilité. Le compagnon doit voir un dermatologue car il a surement le papillomavirus.

- Si cancer invasif : classification FIGO : Stade 1 : cancer du col limité au col utérin.

 Stade 2 : cancer du col étendu au-delà du col mais sans toute fois attendre les parois pelviennes ou le 1er tiers inferieur du vagin.

 Stade 3 : atteinte de la paroi pelvienne et attente du 1er tiers inferieur du vagin.

 Stade 4 : cancer du col qui atteint les organes pelvien de voisinage (vessie ou rectum) ou cancer sous forme métastatique.

Traitement : chirurgie + radiothérapie.

La chirurgie : l’intervention est une colpohystérectomie total élargie (Whertheim) + lymphadenectomie ilio obturatrice (curage sous veineux) + ovariectomie (pas obligatoire) ou annexectomie (ablation des trompes et des ovaires).

Radiothérapie : - curiethérapie : sonde vaginale qui va faire une radiothérapie « de contact »)

 - conventionnel : irradiation externe mais ciblé.

Le choix se fait selon les résultats que l’on dispose (surtout l’analyse des ganglions récupérer pendant l’opération).

 V) la surveillance après traitement

Elle est essentielle car 80 % des récidives se produisent moins de 3 ans après. On a un marqueur biologique de surveillance du col traité qui s’appelle le SCC.

Cancer de l’endomètre

I) épidémiologie

L’âge moyen de survenu est de 65 / 70 ans.

Les facteurs de risques : puberté précoce, ménopause tardive, nulliparité, pauciparité, hyperœstrogènie, obésité (pendant la ménopause l’endrogène se transforme en œstrogène dans le tissu graisseux), autre cancer.

 II) anatomopathologie

- adénocarcinome (cellule glandulaire) de grade I ; II ou III. (Le grade III est le stade où les cellules sont peu différenciées ou pas différenciées)

- taille de l’envahissement du myomètre.

 III) diagnostic

 A) clinique

Interrogatoire : métrorragie post ménopausique, date de la dernière mammographie, examens au spéculum, toucher vaginal.

 B) imagerie

- échographie endovaginal : on cherche un gros utérus (on mesure l’épaisseur de l’endomètre, hypertrophie endometrial) ou une hematométrie.

- IRM : pour voir la pénétration de la tumeur, la taille.

 C) biopsie

On fait une hystérescopie curetage, avec anesthésie. On dilate le col utérin avec des bougies (instrument gynécologique pour dilater le col utérin) on rentre une caméra à l’intérieur de l’utérus.

Si cancer, curetage avec curette puis analyse.

 IV) traitement

Chirurgie : hystérectomie totale + annexectomie bilatéral (ablation des trompes et des ovaires) + curage ganglionnaire pelvien bilatéral + cystologie péritonéal (prélèvement de liquide dans le ventre pour voir s’il n’y a pas de cellules cancéreuses).

Classification FIGO : Stade I : tumeur qui concerne l’endomètre et/ou le myomètre envahissant plus ou moins de 50 % du myomètre.

 Stade II : tumeur de l’endomètre étendu au col utérin.

 Stade III et IV : envahissement des organes de voisinage (intestin, vessie ou dissémination à distance des métastases.

Le grade I, II ou III, le statut ganglionnaire, taille de la tumeur du myomètre. On décide selon ces résultats de facteurs pronostics, d’une radiothérapie externe ou d’une curiethérapie.

 V) surveillance

70 % des récidives se font deux ans après l’opération, les ¾ des récidives sont vaginales. Donc surveillance par frottis.

 VI) dépistage

Aucun moyen de dépistage.

Cancer de l’ovaire

Cancer rare mais redoutable. Il est souvent de diagnostic tardif, le taux de survie à 5 ans est de 40 %.

 I) épidémiologie

Age moyen de survenue : 55 / 65 ans.

Facteurs de risques : - antécédents familiaux (certaines famille ont un gène responsable de cancer du sein et des ovaires, c’est le gène BRCA 1 ou 2, on peut proposer à ces femmes une ablation préventive des ovaires et des seins.

 - la nulliparité, la stérilité.

 II) anatomopathologie

-tumeur borderline : tumeur ni bénigne, ni maligne. Elle ne peut récidiver que localement.

-tumeur maligne qui peut être séreuse, mucineuse, endométrioïde.

La tumeur séreuse est le cystadenocarcinome séreux.

La tumeur mucineuse est le cystadenocarcinome mucineux.

La tumeur endométrioïde est le cystadenocarcinome endométrioïde.

Grade I, II ou III.

 III) diagnostic

Il est souvent accidentel car les symptômes apparaissent tard.

 1. Clinique

Interrogatoire : maux de ventre, ventre qui gonfle (ascite : liquide qui vient entourer la tumeur donc augmentation du volume abdominal, météorisme abdominal), problème de transit, essoufflement.

 2. Imagerie

Echographie abdominale ou endovaginale, le scanner abdominopelvien, on voit une granulation intra kystique (masse solide dans le liquide). On peut aussi avoir des cloisons intra kystique.

Si granulation péritonéale, c’est signe de carcinose péritonéale.

 3. Bio

Il y a un marqueur, c’est le CA 125.

 IV) traitement

-chirurgie : laparotomie exploratrice (réduction maximal du volume tumorale), ovariectomie bilatérale, omentectiomie (ablation du grand épiplon), appendicectomie, biopsie de péritoine, cytologie peritonéale, lymphadénectomie (curage des ganglions pelvien et lomboaortique).

Classification FIGO : - stade I : tumeur limité aux ovaires.

 - stade II : atteinte d’un ou deux ovaires avec extension pelvienne.

 - stade III : tumeur uni ou bilatéral avec granulation péritonéal avec envahissement ganglionnaire

 Stade IV : métastase à distance.

Chimiothérapie si FIGO n’est pas dans le stade 1.

 V) surveillance

- Clinique

- Biologique : CA 125

- Imagerie : pour vérifier s’il y a des granulations péritonéales (1 ou 2 ans après l’opération).

 VI) dépistage

Aucun dépistage.

LE CANCER DU SEIN

Une femme sur 10 est confrontée au cancer.

I) L’épidémiologie

C’est un cancer hormonodépendant. Il est œstrogènodépendant donc s’il y a augmentation du taux d’œstrogène il y a augmentation du risque.

Autres facteurs de risque : - antécédent familiaux et personnel

* nulliparité (jamais eu d’enfant) ou pauciparité (peu d’enfant)
* première grossesse tardive (+ de 35 ans)
* puberté précoce
* ménopause tardive
* haut niveau socio-économique
* autre cancer (colon, endomètre).

II) anatomopathologie

Lobule (cancer lobulaire) 

Canal galactophore (cancer canalaire)

Cancer invasif : cancer qui franchit la lame basale.

Cancer in situ : cancer qui ne franchit pas la lame basale.



Vaisseau

Lame basale

Cellule

III) diagnostic

 1) clinique

- interrogatoire

- l’inspection (visuelle) il peut y avoir rétraction cutané.

- palpation

Cadran supérieur externe

Cadran inferieur externe

Cadran supérieur interne

Cadran inferieur interne

Classification TNM : taille/ ganglions/ métastase

T 0 : tumeur infraclinique (visible à l’écho mais non palpable

T 1 : diamètre tumoral inferieur ou égale à 2 cm

T 2 : diamètre tumoral inferieur ou égale à 5 cm.

T 3 : diamètre tumoral supérieur à 5 cm.

T 4 : tumeur étendu à la peau ou au plan profond.

N 0 : pas de ganglions

N + : présence de ganglions.

M : pulmonaire, hépatique, osseuse, cérébrale

 2) imagerie

Mammographie bilatérale + échographie mammaire (opacité stellaire, microcalcification)

+ radio pulmonaire, échographie hépatique, scintigraphie osseuse pour voir les extension possible.

 3) histologie

- cytoponction : à l’aiguille, on pique dans la boule et on fait un étalage de cellules pour le laboratoire.

- biopsie : aiguille large et on prélève une carotte de cellule.

- examen histologique extemporanée : on enlève la boule en opérant et on l’analyse pendant l’opération.

Après, on a confirmation du cancer ou non. Le résultat donne la taille tumoral, le grade tumoral (grade 1 : tumeur bien différencié, grade 3 : tumeur peu différencié ou indifférencié SBR 1 ; 2 ou 3).

- récepteur hormonaux de la cellule visible ou pas.

IV traitement

* tumorectomie + curage axillaire si tumeur plus petite que 3 cm
* mastectomie + curage axillaire si tumeur plus grande que 3 cm
* radiothérapie
* chimiothérapie (FEC) une cure toutes les 3 semaines et environ 6 séances en moyenne.

Facteur pronostic : - âge : -de 35 ans (pas bon)

 - taille de la tumeur : < 15 mm (pas bon)

 - SBR : 3 (pas bon)

 -ganglion : + (pas bon)

 -récepteur hormonaux : - (pas bon)

 ⏺ hormonothérapie : (tamoxiphène, l’arimidex et le femara) Ces traitements trompe les récepteur hormonaux pour que l’œstrogène ne se fixe plus sur les cellules.

V surveillance après le traitement

* clinique : une consultation tous les 3 mois, puis tous les six mois, puis annuelle. Une mammographie tous les deux ans.
* Biologique : CA 15.3 : certaine tumeur sécrète ce marqueur donc si augmentation du CA 15.3 surveillance de récidive.

VI reconstitution mammaire

Profitable à distance car plus de bénéfice psychologique.

VII prévention

Dépistage par mammographie régulier.

Hypertension artériel gravidique

I) éléments du diagnostic

Pendant la grossesse, si la tension systolique est supérieure à 14 et la diastolique à 9, il y a hypertension gravidique.

On appelle une HTA gravidique une HTA apparu après la 20ème SA (semaine d’aménorrhée). Une hypertension chronique est une HTA survenu avant la grossesse.

La pré éclampsie ou toxémie gravidique est une HTA avec protéinurie supérieur à 0.30 g/L.

5 à 10 % des grossesses se compliquent d’HTA et 10 % de celle-ci vont faire une pré éclampsie. La pré éclampsie apparait généralement au 3ème trimestre de la grossesse et disparait après l’accouchement.

II) la physiopathologie

La diminution de débit utéro-placentaire et l’ischémie placentaire qui en découle sont les points de départ de cette maladie.

III) clinique

 A) le terrain

Ce sont des femmes primipares âgées de moins de 30 ans, les femmes obèses et les femmes enceintes mal surveillés.

Facteurs de risques : - antécédent familiaux d’éclampsie, d’HTA, de diabète

* antécédent personnel de diabète, d’HTA, hématome retro placentaire, mort fœtal, retard de croissance intra-utérine.

Il y a 15 à 20 % des cas qui risquent une récidive. Les grossesses gémellaires ont plus de risques.

 B) signe clinique

1. HTA qui se définit comme une tension supérieure à 14/9.

2. les œdèmes (au niveau des chevilles par exemple) après une prise de poids importante puis œdèmes généralisés (partout et surtout au niveau de visage).

3. la protéinurie, elle est significative à partir de 1 gramme par 24 heures. C’est un signe de gravité.

IV) bilan biologique

* examens d’urine
* un fond d’œil
* dosage de la créatininémie (pour apprécier le fonctionnement des reins)
* les plaquettes (si chute, signe de gravité)
* l’hématocrite
* uricémie (acide urique dans le sang)
* hémostase (coagulation du sang) TP : temps de prothrombine
* dosage de la fibrine (PDF : produit de dégradation de la fibrine)
* bilan hépatique (dosage des transaminases, si augmentation, signe de gravité)
* HELLP syndrome : (chute des plaquettes, chute de l’hémolyse (destruction des globules rouges), augmentation de la transaminase)

V) bilan fœtal

\* Echographie qui va permettre d’étudier la croissance fœtal (signe de gravité : retard de croissance, oligoamnios, vieillissement de placenta, diminution des MFA mouvement fœtaux actif)

\* Doppler étude de la vélocité sanguine au niveau des artères ombilical de fœtus, de l’utérus de la mère et des artères cérébrales du fœtus.

\* ERCF : enregistrement du rythme cardiaque fœtal.

VI) complications

\* maternelle :

* Pré éclampsie (association de HTA + protéinurie) : céphalées, troubles visuelles, barre épigastrique.
* Eclampsie : crise d’épilepsie généralisée
* Hématome rétroplacentaire (HRP), décollement du placenta normalement inséré.
* Insuffisance rénale aigu : suite d’une HRP ou d’une éclampsie.

Fœtal : hypotrophie (retard de croissance).

VII) objectif de l’examen

Définir si forme légère ou modéré, qui autorise la surveillance ambulatoire, ou forme grave qui impose l’hospitalisation et l’extraction fœtal (souvent par césarienne).

VIII) prise en charge thérapeutique

En cas d’HTA légère ou modérés, surveillance externe, repos, antihypertenseur, bilan biologique régulier. Au 9ème mois, possibilité de déclencher l’accouchement.

En cas d’HTA sévère ou pré éclampsie, hospitalisation et surveillance étroite maternelle et fœtal, possibilité d’extraction d’urgence et produit hypertenseur par seringue électrique.

Après l’accouchement, examen anatomopathologique du placenta. Suivre pendant quelques jours après la couche. Eviter les pilules oestroprogestative.

Après 3 à 6 mois, consultation chez un néphrologue pour bilan vasculorénale.

Pour la grossesse suivante, traitement préventif (aspirine).

LE CANCER DU SEIN

* ACCUEIL ET P.E.C. D4UNE PERSONNE ATTEINTE D’UN CANCER

 La patiente peut être admise

* Par les urgences
* En consultation
* De son domicile pour une intervention programmée
* Par transfert d’un autre service ou d’un autre établissement

 On lui présente les locaux, on l’installe, on l’informe sur les différents services, on lui explique le protocole d’hygiène, on vérifie que son dossier est complet, et on répond à ses questions.
 Avant le départ au bloc, une IADE lui administre un anxiolytique.

* RETOUR DU BLOC
* On s’informe du geste réalisé (est-ce une tumorectomie ? une tumorectomie + un curage axillaire… ?)
* On prend ses constantes (pulsations, tension…)
* On vérifie l’intégrité de ses pansements
* On vérifie et on surveille le drainage (ex. : redon en siphonage pour la tumorectomie et en aspiration pour la mastectomie et le curage axillaire), sa quantité et sa couleur
* On vérifie les prescriptions (antalgiques, calmants…) et la mise en place de la perf
* On évalue la douleur
* Nutrition normale 6h après l’intervention et levée de la perf le lendemain + renouvellement du pansement (moment très important et très dur pour la patiente mastectomisée : on lui propose de regarder la cicatrice)
* Ablation des drains entre J3 et J5 post-op
* Intervention d’un kiné qui lui montre comment retrouver la mobilité de son bras (risque de lymphœdème ou « gros bras », mais peu fréquent de nos jours)
* Attention psychologique particulière : on lui conseille un groupe de parole
* AVANT LA SORTIE

 On lui propose une prothèse en mousse dans un premier temps

* P.E.C. PSYCHOLOGIQUE

 La majorité des femmes sont anéanties les 1ers temps (menace de l’intégrité de leur corps). Sentiment de solitude, d’isolement, crainte de ne pas guérir. Se renfermer sur soi-même et ne pas s’extérioriser présente un risque. Il leur faut un interlocuteur.
 Problème du regard du compagnon : les femmes redoutent la confrontation du corps, car le sein représente l’organe de la féminité, de la sexualité et de la maternité.
 Après une mastectomie, on propose à ces femmes une reconstruction mammaire à distance de l’opération, mais la cicatrice doit être fermée et le traitement radio thérapeutique non envisagé ou terminé.

* Dans un premier temps, pose d’une prothèse en gel de silicone
* Dans un second temps, réajustement du sein conservé
* Dans un troisième temps, reconstruction du mamelon et de l’aréole
* Les résultats de cette reconstruction :

 Ils dépendent du chirurgien qui l’a pratiquée, du type de prothèse, de la qualité et de la quantité des tissus laissés en place.

* La prothèse en mousse :

 Elle évite les problèmes cervicaux et dorsaux (différence de poids entre le sein sauf et le trou vide laissé par l’ablation de l’autre sein), améliore l’aspect général et la silhouette, et facilite le retour à la vie sociale (regard des autres). Il en existe de différentes tailles et de différents poids.

L’IVG

 Le délai maximum d’IVG est de 14 SA. Au-delà, on ne la pratique plus.
 Toute femme enceinte qui s’estime en situation de détresse a le droit d’y recourir. Les mineures doivent disposer de l’autorisation du père, de la mère, du représentant légal, ou de toute autre personne de + de 18 ans.
 Seuls les médecins sont habilités à pratiquer une IVG chirurgicale, dans un établissement de santé.
 Il existe deux méthodes d’IVG :

* A moins de 7 SA : choix entre une IVG médicamenteuse et une IVG chirurgicale par aspiration de l’œuf
* A plus de 7 SA : IVG chirurgicale par aspiration de l’œuf

 L’IVG médicamenteuse peut être pratiquée :

* A l’hôpital ou à la clinique
* Au cabinet du médecin de ville
* A domicile (plutôt pour le femmes qui ont déjà eu un ou plusieurs enfants, ou qui ont déjà pratiqué une IVG)

 L’IVG est prise en charge par la Sécurité Sociale et la mutuelle.
 Une 1ère consultation médicale par le médecin de son choix est obligatoire, consultation durant laquelle on informe la patiente sur les différentes méthodes/lieux/risques/effets secondaires d’une pratique d’IVG. Proposition d’entretien avec une assistante sociale et imposition d’un entretien avec une assistante sociale/conseillère conjugale pour les mineures. A l’issue de cet entretien, la patiente dispose d’une semaine de réflexion (sauf si le terme de sa grossesse est trop avancé et risque de dépasser le délai légal de pratique.)
 Une seconde consultation est programmée, au cours de laquelle la patiente confirme sa demande d’IVG par écrit et donne des informations personnelles au médecin (antécédents, traitements, allergies…) Proposition de l’une des deux méthodes d’IVG selon le terme de la grossesse.

* La méthode médicamenteuse : administration de 2 médicaments différents à deux moments différents (à 2 jours d’intervalle)
* 3 cps de « MIFEGYNE » : coupent l’action de la progestérone, hormone de la grossesse
* 2 cps de « GYMISO » : contracte l’ut »rus et dilate le col pour permettre l’expulsion
* Saignements pendant 48h (parfois jusqu’à 10 jours)
* La patiente est hospitalisée pendant 3h dans un établissement médical où on surveille ses constantes
* Echographie de vérification 10 jours après
* 95% de réussite
* La méthode par aspiration de l’œuf :
* 1 cp de « MIFEGYNE » à l’entrée à l’hôpital
* La patiente revient 48h après avoir vu le médecin anesthésiste pour une journée d’hospitalisation
* Dilatation du col à l’aide de bougies métalliques et aspiration de l’œuf

RÔLE DE L’IDE

* Accueil
* Ecoute
* Accompagnement
* Surveillance
* Education/conseil

VECU DES FEMMES

 Le recours à l’IVG est souvent lié à une mauvaise utilisation des moyens de contraception, au chômage ou aux études.

* Sensation de vide
* Sentiment de honte/culpabilité/regret ou au contraire, soulagement

 Proposition systématique d’un soutien psychologique.
 On compte environ 400 IVG/an à Gap.

LES TARIFS

* Forfait d’IVG médicamenteuse en milieu hospitalier : ~257€
* Forfait d’IVG médicamenteuse à domicile : ~191€
* Forfait d’IVG chirurgicale : ~238€

 L’ORTHOGENIE est le service de réalisation des IVG.

Accueil et prise en charge d’une patiente

 atteinte d’un cancer du sein

La patiente peut être admise par les urgences, en consultation, de son domicile pour une intervention : programmé ou transféré d’un autre service ou établissement.

 I) accueil

\* présentation : locaux, chambre…

\* installation de la patiente.

\* information sur les différents services.

\* explication sur les protocoles d’hygiène.

\* remplir le dossier (traitement, allergie)

\* réaliser les soins prescrits par le docteur ou l’anesthésiste.

\* répondre aux questions de la patiente.

\* avant le départ aux soins on prémédique (calmant).

Retour de bloc :

\* s’informer du geste effectué.

\* on prend les constantes (température, pouls, tension)

\* vérifié l’intégrité du pansement.

\* vérifier les drainages (pour une tumorectomie, il est fait par siphonage, pour la mastectomie il est fait par aspiration).

\* évaluer la douleur de la patiente.

\* on met en route le traitement prescrit.

\* on surveille la quantité et la couleur des drainages.

On peut retirer le pansement (on propose de voir la cicatrice avec un miroir). L’enlèvement des drains se fait entre J3 et J5.

On appelle le kiné qui leur montre comment bouger le bras (pour celle qui on eu un curage axillaire) pour éviter le lymphœdème (stockage de lymphe dans le bras).

Ces femmes nécessitent une grosse attention psychologique. On propose un psy pour chaque cancer. Il existe des groupes de parole de femme ayant eu ou ayant un cancer. On donne systématiquement une prothèse.

 II) La prise en charge psychologique

Les femmes ayant un cancer du sein sont d’abord anéanti (peur de la mort). Il existe un sentiment de solitude, d’isolement, crainte de ne pas guérir. Après, il y a le problème du regard du compagnon, confrontation du corps avec le mari. Après la mastectomie, il y a possibilité de reconstruction mammaire (1er temps : on pose la prothèse ; 2ème temps on réajuste le sein opposé ; 3ème temps : on reconstitue le mamelon). Les résultats de la reconstruction sont variables selon le chirurgien, le type de prothèse et de la quantité de tissu laissé. Avant, on peut poser une prothèse externe, pour retrouver une silhouette normal, pour le regard des autres, pour éviter les problèmes cervicaux, pour faciliter le retour à la vie sociale, psychologique et sexuel.

Il existe plusieurs types de prothèses externes qui vont de 70 à 300 euros et la sécurité sociale rembourse 70 euros par an.

 III) L’éducation du curage axillaire

Le fait d’enlever le ganglion peut entrainer des lymphœdème et peut gêner le mouvement du bras.

Les consignes sont : \* attention aux coupures (car elle s’infectera plus vite)

 \* éviter les ports de charge lourde.

 \* éviter la pression excessive.

 \* éviter les prises de sang.

 \* éviter le rapport au soleil et les bains trop chaud.

La rubéole

C’est une maladie virale éruptive. Habituellement bénigne mais inquiétante chez la femme enceinte car tétragenicité du virus (provoque des malformations).

 I) rubéole chez la mère

 1) la clinique

- la primo infection 16 à 18 jours d’intubation avant l’apparition de l’éruption, adénopathie sous occipital (derrière la tête)

- la réinfection : femme déjà atteinte par le virus mais qui a un taux d’anticorps faible et qui est cliniquement inaparente.

 2) biologie

Pour qu’il y est une atteinte rubéolique il faut qu’il y ait une augmentation des taux des anticorps entre deux sérologies (15 jours d’intervalles).

 II) rubéole congénital (1/20 000 grossesses)

Le passage retroplacentaire du virus se fait mieux quand la grossesse est jeune.

En début de grossesse, avortement spontanée ou risques de malformations congénitale (oculaire, osseuse…), retard de croissance, retard psychomoteur.

Après la naissance, risque de meningoencéphalie.

- diagnostic prénatal d’une infection fœtal.

- ponction du sang fœtal pour rechercher IGM spécifique (anticorps)

 III) conduite à tenir

La prévention : vaccination, dépistage des femmes séronégatives.

Pendant la grossesse : on fait des sérologies tout les mois jusqu’à la 16ème SA (chez la femme séronégative).

En cas d’atteinte maternelle, il faut prouver l’atteinte fœtale, il faut prévenir les parents des risques de malformations. Il peut y avoir IMG après discussions avec les parents.

Les suites de couches pathologiques

La suite de couches est la période de l’accouchement jusqu’au retour de couche.

La surveillance d’une accouchée doit porter sur l’utérus et son involution, les lochies (pertes d’après grossesse). Il faut aussi surveiller les seins, les sutures périnéales et l’état général.

Cette surveillance va permettre de prévenir, de déceler et e traiter les complications qui peuvent survenir.

 I) les infections puerpérales

C’est l’infection qui survient pendant les suites de couches qui a pour voie d’entrée les voies génitales.

 1) facteur favorisant

- mauvais état générale (anémie, malnutrition), obésité, infection vulvovaginal).

- rupture prématuré des membranes.

- un travail long.

- des manœuvres intra-utérines.

- les césariennes.

 2) les formes cliniques

Endométrite qui débute 2 à 3 jours après l’infection. C’est le premier temps de l’infection. Elle se manifeste par une petite fièvre, un pouls accéléré, lochies fétide, utérus mou et douloureux, le col reste béant.

On peut visualiser une éventuelle rétention extra-utérine par échographie. Le traitement se fait par antibiotique.

Si l’infection est mal traitée elle peut évoluer en salpingite, en pelvipéritonite.

 II) la maladie thromboembolique

Les suites de couche sont des périodes de hauts risques de thrombose.

\* Les facteurs de risques sont l’âge, la multiparité, l’obésité, les varices, accouchement difficile, antécédent de thrombose, césarienne.

\* Prévention : lever précoce, contention veineuse, traitement par héparine (anti-coagulant).

 1) thrombose veineuse superficielle

Cordon veineux superficiel induré. On fait un doppler pour voir si une thrombose profonde est associée. Le traitement se fait par anticoagulant.

 2) thrombose veineuse profonde

Elle est à risque car possibilité d’embolie pulmonaire.

Signe d’appel : c’est une fièvre modéré avec pouls accéléré, douleur au mollet ou au pli de l’aine.

Douleur provoqué par palpation du mollet et la dorsiflexion du pied (pied tiré en arrière).

On fait une échographie doppler des membres inférieurs.

Traitement : héparine (anticoagulant) et contention veineuse.

 3) phlébite pelvienne

Elle peut compliquer une endométrite. Il peut y avoir une dysurie, pollakiurie, rétention d’urine, des signes intestinaux. On sent une veine dure par toucher vaginal.

 III) complication mammaire de l’allaitement

 1) les crevasses

Ces crevasses sont fréquentes et c’est la porte d’entrée des infections.

Traitement : bonne hygiène des seins (bien séché le mamelon). On peut utiliser des pommades cicatrisantes.

 2) l’engorgement mammaire

Le sein est douloureux et tendu, on peut avoir une petite fièvre. Les causes peuvent être un mamelon ombiliqué ou une insuffisance de sucions.

Traitement : vidange manuel de chaque sein sous la douche.

 3) les anomalies de la sécrétion lactée

- excès de lait.

- insuffisance de lait.

- allaitement mal contrôlé.

Traitement : mettre régulièrement le bébé au sein, boire abondement et éviter les compléments au biberon.

 4) la lymphagite

Inflammation du réseau lymphatique du sein qui est crée une plaque rouge douloureuse.

 5) galactofocite

Fièvre modéré, pus dans le lait.

Il faut suspendre l’allaitement et le traitement se fait par antibiotique.

 6) abcès du sein

Il est tardif et il complique souvent une galactoforite. C’est une infection suppuré de la glande mammaire, douleur lancinante, tuméfaction, oscillement de la courbe de température.

On arrête l’allaitement, on incise et on draine.

 IV) anomalies du retour de couche

 1) métrorragie

Saignements qui surviennent entre l’accouchement et le retour de couche. Elle peut être du à une endométrite, à une rétention placentaire, à une contraception micro dosé.

 2) les aménorrhées du postpartum

On peut parler d’aménorrhée chez une femme qui allaite au bout de 5/6 mois et chez la femme qui n’allaite pas au bout de 3 mois.

V) les troubles psychiatriques

Ces pathologies sont peu fréquentes.

Le rôle de la personnalité antérieur de la femme conditionne l’apparition de troubles psychologiques.

 1) l’état dépressif

Le syndrome du 3ème jour dû à la chute brutale des hormones.

Etat dépressif léger et transitoire : asthénie, plaintes diverses, crise de larmes, instabilité de l’humeur, grande irritabilité, anxiété.

 2) les psychoses

- la psychose puerpérale : association de plusieurs éléments. Bouffées délirantes, hallucinations auditive et visuelles, confusions mentales, obnubilation, désorientation temporospatial, trouble de l’humeur.

Traitement : hospitalisation en milieu psychiatrique et administration de neuroleptique.

- les autres psychoses : les accès maniaque, les accès mélancolique, la schizophrénie.

Ces psychoses surviennent souvent chez des femmes qui ont des antécédents personnels de psychoses.

Il y a des risques du suicide et d’infanticide.

SUITES DE COUCHE PATHOLOGIQUES

Intro :

 La surveillance de la suite de couche doit porter sur l’utérus et sur les lochies (pertes post-partum : sang, débris, cellules…), les sutures périnéales, les seins, l’état général. Cette surveillance va permettre de prévenir, déceler et traiter les complications qui peuvent survenir. Les principales complications sont surtout les infections, les complications mammaires, psychiques…

1. Les infections puerpérales

 Elles surviennent dans les suites de couche et ont pour porte d’entrée les voies génitales (surtout la surface d’insertion placentaire.)

1. Les facteurs favorisants

 Un mauvais état général (anémie, malnutrition, obésité, infections vulvo-vaginales, rupture prématurée des membranes, travail long, manœuvres intra-utérines, césariennes…)

1. Formes cliniques

 L’endométrite (infection de l’endomètre). Le début est précoce (3 à 5 jours après l’accouchement). C’est le 1er temps de l’infection. Elle se manifeste par une légère fièvre, un pouls accéléré, des lochies fétides.

* A l’examen :
* Utérus mou et douloureux
* Col resté béant
* On pratique une écho qui peut visualiser la présence éventuelle d’une rétention intra-utérine.
* Traitement :
* Antibiotiques
* Antibiotiques pdt qqs jrs + révision très douce (geste manuel) si l’on découvre, par ex., un morceau de placenta (pour enlever tout ce qui reste).
* Cela peut évoluer en salpingite, en collection abcédée (abcès), en pelvipéritonite ou, stade ultime, en septicémie.
* Cas particulier : thrombophlébite pelvienne suppurée (pus.)
1. La maladie thrombo-embolique

 Période à haut risque de thrombose veineuse.

* Facteurs favorisants :
* Age (+ 40 a)
* Multiparité
* Obésité
* Varices
* Accouchement(s) dystocique(s) (difficile(s))
* Césarienne(s)
* Antécédents de thrombo-embolie
* Prévention essentielle :
* Levée précoce
* Contentions veineuses
* Traitement préventif par Héparine (dans certains cas)

 On distingue :

1. La thrombose veineuse superficielle

 Elle va réaliser un cordon veineux superficiel dur et douloureux. On va pratiquer un doppler pour éliminer le risque de thrombose veineuse profonde associée.

* Traitement :
* Bas de contention
* Anti-inflammatoire local
1. La thrombose veineuse profonde

 C’est une thrombose à risque d’embolie pulmonaire et donc à risque vital.

* Signes d’appel :
* Fièvre modérée ou accélérée
* Douleur au mollet ou au pli de l’aine
* A l’examen : on peut trouver :
* Un œdème discret
* Une chaleur du mollet
* Une douleur provoquée au mollet à la palpation et à la dorsification du pied (= signe de HOMMANS)
* Demande d’un écho doppler des membres inférieurs.
* Traitement :
* Héparine à doses curatives
* Contentions veineuses
1. La phlébite pelvienne

 Elle peut compliquer une endométrite.

* Signes d’appel :
* Signes urinaires (dysurie)
* Pollakiurie
* Rétention d’urines
* Irritation de la vessie
* Signes intestinaux (ballonnements)
* A l’examen (toucher vaginal) :
* Cordon veineux dur et douloureux
1. Complications mammaires de l’allaitement
2. Les crevasses (ou gerçures)

 Elles sont fréquentes et sont la porte d’entrée aux infections. Ce sont des érosions superficielles au niveau du mamelon qui se manifestent par des douleurs (surtout au moment de la tétée.)

* Causes :
* Macération du mamelon
* Traitement :
* Bien sécher le mamelon après chaque tétée
* Pommades cicatrisantes
* Bout de sein artificiel (sous la forme de tétine)
1. L’engorgement mammaire

 Le sein est douloureux, tendu, il peut y avoir une petite fièvre.

* Causes :
* Mamelon embuliqué
* Insuffisance de succion
* Traitement :
* Vidange de chaque sein sous la douche
* Utilisation de cataplasme
* Massages aréolaires
1. Anomalies de la sécrétion lactée

 Excès ou insuffisance de la montée laiteuse.

* Causes :
* Age avancé de la mère
* Allaitement mal contrôlé
* Conduite à tenir :
* Mise régulière du bébé au sein
* Boire abondamment
* Eviter les compléments de biberons
1. La lymphangite

 Inflammation du réseau lymphatique du sein qui va se traduire par :

* Signes d’appel :
* Un placard (plaque) rouge
* Une douleur importante
* Une hyperthermie (39-40°)
* Une trainée rouge vers l’aisselle
* Traitement :
* Anti-inflammatoires
* Aspirine
* Antalgiques
* Antibiotiques
* Faire le vide du sein
1. La galactophorite
* Signes :
* Fièvre modérée
* Tout le sein est douloureux
* Ecoulement de lait suppuré
* Traitement :
* Suspension de l’allaitement (tirer le lait et le jeter)
* Antibiotiques
1. Abcès du sein

 Il est tardif. C’est une infection suppurée de la glande mammaire qui va se manifester par :

* Signes d’appel :
* Une courbe de t° oscillante
* Une douleur lancinante
* Une tuméfaction fluctuante
* Du pus dans le lait
* Conduite à tenir :
* Suspension de l’allaitement
* Incision et drainage de l’abcès
* Antibiotiques
1. Anomalies du retour de couche (1ères règles après l’accouchement)
2. Métrorragies post-partum

 Saignements qui vont survenir entre l’accouchement et les 1ères règles. Ils peuvent être dus à :

* Signes d’appel :
* Une endométrite
* Une rétention placentaire méconnue
* Une contraception micro-dosée
1. Aménorrhées post-partum

 On peut parler d’aménorrhée post-partum chez une femme :

* Qui allaite : au bout de 5 à 6 mois
* Qui n’allaite pas : au bout de 3 mois

 Mais avant de tirer des conclusions hâtives, il faut vérifier que la patiente n’est pas de nouveau enceinte.

1. Troubles psychiatriques post-partum

 Les pathologies psychiatriques graves sont peu fréquentes (1 hospitalisation/1000 grossesses). Le rôle de la personnalité antérieure de la femme conditionne le trouble psychique.

1. Les états dépressifs
* Syndrome du 3ème jour ou « baby blues » :
* Causes :
* Attribué généralement à la chute brutale des hormones œstrogène et progestérone
* Etat dépressif léger et transitoire dû à une asthénie
* Signes d’appel :
* Plaintes diverses
* Crises de larmes
* Instabilité de l’humeur
* Grande irritabilité
* Anxiété…
* Cela ne dure en général que qqs jours
* Traitement :
* Rassurer la patiente
* Cependant, si cela dure longtemps, il faut demander l’avis d’un psychiatre.
* Les dépressions névrotiques :
* Circonstances favorisantes :
* Âge (avant 20 ans et après 35 ans en général)
* Carences affectives
* Difficultés dans le couple
* Signes d’appel :
* Anxiété
* Sentiment de culpabilité
* Anorexie
* Insomnie
* Cauchemars
* Traitement :
* Bon entourage
* Psychologue
* Peut-être un léger traitement psychotique
* Cependant, si cela dure longtemps et devient chronique : prise en charge en milieu psychiatrique.
1. Les psychoses
* Psychoses puerpérales : association de plusieurs éléments :
* Causes :
* Précocité du début (entre le 5ème et le 25ème jour post-partum)
* Signes d’appel :
* Bouffées délirantes
* Hallucinations auditives et visuelles
* Confusion mentale
* Obnubilation
* Désorientation temporo-spatiale
* Troubles de l’humeur très variables (agitation > dépression-mélancolie)
* Traitement :
* Hospitalisation en milieu psychiatrique (évolution favorable)
* Autres psychoses :
* Accès maniaque
* Accès mélancolique
* Etats schizophréniques
* Survenu chez des femmes qui ont des antécédents d’accès maniaco-mélancoliques > suivi psychiatrique prolongé.
* Toute psychose du post-partum comporte un risque de suicide et d’infanticide. La psychose puerpérale peut être un mode d’entrée dans la schizophrénie.

LE TOXOPLASMOSE

 Le parasite responsable de ce virus est le Toxoplasma Gondii. La contamination humaine se fait surtout par voie digestive, par voie sanguine de mère à fœtus (accidentellement au labo). La maladie laisse une immunité à vie. 50% des femmes enceintes sont séronégatives (= ne l’ont pas encore contracté). ¼ de ces femmes vont faire une séroconversion pendant leur grossesse. La transmission materno-fœtale est alors de 25% (1/4 des cas.)

1. La clinique
2. Toxoplasmose maternel

 Le plus souvent, elle est inapparente.

1. Toxoplasmose congénital

 Il se fait par contamination intra-utérine.

* Les risques pour le fœtus :
* Hydrocéphalie (= liquide dans les ventricules du cerveau)
* Calcifications intracrâniennes
* Choriorétinite
* Parfois, atteinte multi viscérales (foie, cœur…), mais rare
1. La biologie
* La sérologie : va confirmer ou non l’atteinte : IgG et IgM (Immuno globuline G & M). Les IgM ne passent pas la barrière placentaire, au contraire des IgG.
* L’amniocentèse : il faut la faire au minimum 4 semaines après la séroconversion.
1. L’échographie

 Tous les mois. Recherche d’anomalies morphologiques fœtales (hydrocéphalie, liquide dans le ventre du bébé (= ascite), calcifications intracrâniennes…)

1. Conduite à tenir
* Si séroconversion :
* Traitement antibiotique jusqu’à l’accouchement
* Proposition d’amniocentèse
* Traitement par sulfamides si le liquide amniotique confirme la transmission au fœtus
* Interruption médicale envisagée si signes échographiques d’atteinte morphologique fœtale
* A la naissance :
* Examen bactériologique
* Anatomopathologie du placenta
* Comparaison de la sérologie de la mère avec celle de l’enfant
* Examen clinique et radiologique du bébé + écho transfontanellaire + fond d’œil
* Traitement du bébé par Rovamicil (= antibiotique) + sulfamides sur confirmation de la contamination
* Surveillance jusqu’à ses 10 ans (surtout pour les yeux car la choriorétinite peut entraîner la cécité)
* Prévention :
* Examen prénuptial (toxoplasmose et rubéole) obligatoire en début de grossesse
* Si séropositivité ancienne, on ne s’occupera plus de la sérologie
* Si séronégativité, sérologie tous les mois + conseils d’hygiène quotidienne (laver les fruits et légumes, bien cuire la viande et éviter les chats !)

RUBEOLE ET GROSSESSE

 C’est une maladie virale éruptive (= boutons). Elle est tératogène (= provoque des malformations.)

1. Rubéole maternelle

 On distingue 2 états :

* La primo-infection : 16 à 18 jours d’incubation puis apparition de l’éruption + adénopathie sous-occipitale (derrière la tête) > ganglions. C’est la seule primo-infection qui est tératogène (car aucune défense encore)
* La réinfection : sur sujets déjà atteints mais dont le taux d’anticorps est très faibles. Ainsi, dès qu’elles seront à nouveau confrontées au virus, leur taux d’anticorps va connaître une ascension, mais sans risque de tératogénie
* La sérologie : pour qu’il y ait une atteinte rubéoleuse, il faut une augmentation du taux d’anticorps IgG entre 2 sérologies (à 15 jours d’intervalle), mais les IgM resteront négatifs
1. Rubéole congénitale

 1 cas/20 000 grossesses. Le passage transplacentaire du virus est d’autant plus fréquent que la grossesse est jeune (moins de risques à un terme avancé.)

* Effets du virus sur l’œuf :
* Avortement spontané
* Malformations oculaires, cardiaques, auditives ou osseuses
* Retard de croissance intra-utérin
* Retard psychomoteur
* Après la naissance :
* Risque de méningo-encéphalie (infection des méninges et du cerveau)
1. Conduite à tenir
2. Prévention

 Vaccination et dépistage des femmes séronégatives.

1. Pendant la grossesse

 Sérologie tous les mois jusqu’à la 16ème SA. Les risques d’anomalies disparaissent ensuite. A la naissance, si présence d’IgM sur le cordon, cela confirme l’atteinte.

Toxoplasmose

Le virus responsable est le toxoplasma gondii.

La contamination se fait par voie digestive et parfois par voie sanguine (contamination mère-enfant).

50% des femmes enceintes sont séronégative. 1,4% de ces femmes vont faire une séroconversion pendant la grossesse et le quart de celles-ci vont le transmettre à leurs enfants.

 I) la clinique

 1) la toxoplasmose maternelle

Elle est le plus souvent inapparente.

 2) la toxoplasmose congénitale

Dans les formes majeures, il y a hydrocéphalie, calcification intra crânienne (dépôt de calcium), choriorétinite.

 II) La biologie

La sérologie va faire le diagnostic (Immuno Globuline G et I G M).

L’amniocentèse se fait au minimum 4 semaine après la séroconversion.

 III) l’échographie

Echographie tout les mois pour les femmes qui ont fait une séroconversion.

 IV) conduite à tenir

- traitement antibiotique jusqu’à la fin de la grossesse, on propose une amniocentèse. Si l’amniocentèse montre que le fœtus est touché, on couple l’antibiotique avec de la sulfamide.

L’interruption est envisagé que lorsqu’il y a des signes visibles à l’écho.

- à la naissance, on fait une analyse anatomopathologique et bactériologique du placenta pour comparer avec la mère. On examine l’enfant, cliniquement et par radio, echographie transfrontanel. On va traiter l’enfant par antibiotique, et on lui fait un fond d’œil.

On le surveille jusqu’à ces 10 ans car il y à risque de cécité.

- prévention : sérodiagnostic de la toxoplasmose (obligatoire en début de grossesse).

Si séronégatif : examens tous les mois. Conseil diététique et hygiénique (cuire la viande, laver les fruits et les légumes et faire attention au chat).

**Les escarres**

Une escarre : l’escarre est une lésion cutanée d’origine ischémique (obstruction vasculaire) lié à une compression des tissus mous entre un plan dure et les saillies osseuses.

💿 3 types d’escarres : - escarre accidentelle quand il y a un trouble temporaire de la mobilité ou de la conscience.

 - escarre neurologique : pathologie chronique, motrice ou sensitive.

 - escarre plurifactoriel : ex : sujet confiné au lit.

💿Les stades de l’escarre : - stade 1 : les érythèmes (rougeur) cutanées sur une peau apparemment intacte mais qui ne disparait pas après le lever de la pression.

* stade 2 : la phlyctène (ampoule). La perte de substance impliquant l’épiderme et en partie le derme se présentant comme une phlyctène.
* Stade 3 : la nécrose : c’est la perte de substance impliquant un tissu profond. C’est la plaque noire.
* Stade 4 : perte de substance impliquant les os, les muscles, les articulations, les tendons.

Les escarres peuvent être mortelles.

💿Les facteurs de risques

Les facteurs extrinsèques : la pression, la friction, le cisaillement.

Les facteurs intrinsèques : l’état nutritionnel, l’incontinence (urinaire et/ou fécale), l’état de la peau, l’état physiologique, l’âge, la baisse du débit circulatoire.

💿Observation de l’état cutanée : à chaque soin : mobilisation, toilette, vérification des points d’appui (coude, tête, oreille, hanche, bassin, talon…)

Bien reconnaitre surtout au stade 1.

Pour les patients à risque, pratiqué un effleurage avec des produits adaptés. A tous changement d’aspect, alerter l’infirmière. Vigilance en fonction de la pathologie du patient.

Les produits alcoolisés sont interdits. Et surtout, on transmet par écrit tout ce que l’on fait.

La peau

I) Structure et description de la peau

La peau est la barrière protectrice de tout l’organisme. Elle est souple, imperméable, doté de ses propres systèmes de défense, elle protège les autres organes des agressions du monde extérieur (ex : le soleil). Comme tout organe elle se transforme et vieilli d’autant plus vite que l’on néglige certaines précautions.

La surface de la peau représente 1,5m2 et son épaisseur et de 0,4 ou 0,5 mm.

Elle est constituée de 3 couches : - l’épiderme

 - le derme

 - l’hypoderme

🎗L’épiderme est le tissu qui recouvre le corps dans sa totalité. Les cellules de l’épiderme fabriquent entre autre la kératine (protéine). Il est criblé de multiples orifices correspondant aux pores et aux sorties des poils.

Il est composé de 2 parties : - la couche corné formé de kératine. Elle est responsable de la résistance de la peau. C’est le siège d’une desquamation permanente (renouvellement des cellules)

- la couche basale qui est en contact avec le derme qui permet le

renouvellement des cellules. Elle est très vascularisée. Elle contient les mélanocytes qui sécrète la mélanine qui est responsable de la coloration de la peau (plus il y a de mélanine plus la peau est foncé).

 🎗Le derme, il soutient et nourri l’épiderme dans lequel il pénètre par des petites saillies qui renferme les terminaisons nerveuses. Il contient les terminaisons nerveuses.

Il contient les glandes sudoripares qui sécrètent la sueur qui joue un rôle important dans la thermorégulation du corps et s’abouche à l’épiderme par les pores.

Il contient les glandes sébacées qui sécrètent le sébum (une graisse) qui à un rôle de protection, il lubrifie les poils et les protège du monde extérieur.

Il contient les muscles redresseur (ou horripilateur) ainsi que des fibres élastiques et du collagène (protéine).

🎗L’hypoderme, c’est un coussin adipeux qui protège des chocs et du froid et est parcouru de vaisseaux et de nerfs.

Les annexes du derme : ce sont les poils, les cheveux et les ongles. On les appelle les phanères.

II) fonction de la peau

* Protection contre l’eau les microbes, les chocs.
* Thermorégulation : la peau est chargé de veillé au maintien de la température dans le corps grâce à la circulation sanguine dans le derme elle lutte contre le froid en produisant de la graisse et, par les poils, elle lutte contre la chaleur en produisant la sueur.
* Respiration : la peau absorbe de l’oxygène et rejette du CO2 (c’est la perspiration)
* Absorption : elle absorbe à des fins thérapeutiques (patchs, crèmes…) et les U.V nécessaires à la création de vitamines D (nécessaire à la fixation du calcium sur les os).
* Reserve : la peau stocke les graisses non utilisé par l’organisme.
* Excrétion : la peau fabrique et sécrète la sueur.
* Sensibilité : la peau est le siège du toucher. Les sensations perçus sont de 2 ordres : tactile et thermique

III) la dimension psychologique

La peau est la frontière entre le moi et l’extérieur. C’est un moyen de communication avec autrui. C’est le miroir de l’âme.

**La loi du 4 mars 2002**

 **✯ Droit à l’information et à la disposition du patient**

*D’après le chapitre II du titre II de la loi du 4 mars 2002, le malade est un acteur de sa santé.*

→ L’information doit être loyale, claire et appropriée sur l’état du patient, les investigations et les soins qu’on lui propose.

→ Le patient a le droit d’être informé sur son état de santé et d’exprimer sa volonté.

→ Il a un accès direct à son dossier médical (suivi du diagnostic, traitement …).

→ Accès indirect au dossier pour les mineurs ou les majeurs sous tutelle.

→ La volonté du malade d’être tenu dans l’ignorance d’un diagnostic ou d’un pronostic doit être respectée.

Les limites de cette loi :

→ Refus du patient d’être informé.

→ L’urgence peut si penser le professionnel de son obligation d’information.

→ S’il y a impossibilité de d‘informer le patient.

*Cette loi marque la volonté de la transparence de l’information et permet ainsi d’instaurer une relation équilibrée et partenariale entre le malade et les professionnels de santé.*

 **✯ Droit au consentement de l’usager**

*D’après l’article 16-3 du code civil.*

→ Le consentement de l’intéressé concernant les soins, interventions, traitements etc.… doit être recueilli préalablement et doit être recherché dans tous les cas.

→ Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé du patient, y compris celui d’un mineur ou d’un majeur sous tutelle.

→ Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance. Si le patient ne peut plus exprimer sa volonté, la personne de confiance est consultée par le praticien mais elle ne décide pas à la place du malade.

→ Aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée sans l’accord d’une personne de confiance de la famille ou de l’un de ses proche si le patient est dans l’incapacité de se prononcer.

 → Si le patient oppose un refus au médecin et met ainsi, sa vie en danger, celui-ci aura l’obligation de tout mettre en œuvre pour le convaincre.

→ De plus, si un traitement est refusé par l’autorité parentale du mineur ou par le tuteur du majeur incapable, le médecin doit passer outre le refus s’il risque d’entrai des conséquences graves pour le patient.

→ Si le mineur refuse la consultation de l’autorité parentale afin de garder le secret de son état de santé, le médecin peut se dispenser de cette consultation si la sauvegarde de la santé de la personne mineur est en jeu et mettre en œuvre le traitement ou l’intervention, le mineur étant alors accompagné d’une personne de son choix.

*Cette loi reconnaît au patient un droit de disposer librement de sa santé, de s’autodéterminé dans sa lutte contre la maladie.*