**Gynécologie**

**DE LA PUBERTE A LA MENOPAUSE**

I. Le cycle de l’utérus

A. La muqueuse utérine au cours du cycle

B. Les modifications de la muqueuse utérine

II. Le cycle ovarien = évolution du follicule, ovulation, corps jaune

III. Le cycle des hormones ovariennes

IV. La commande du cycle de l’utérus par l’ovaire

V. La commande hypothalamo-hypophysaire du cycle ovarien

VI. Les rétroactions exercés par l’ovaire sur l’axe hypothalamo-hypophysaire

I. Le cycle de l’utérus

A. La muqueuse utérine au cours du cycle

\*muqueuse utérine (endomètre)  tissu  existence fonctionnelle  hormones sexuelles abs  \*avt puberté/\*ap ménopause/\*femme castrée

\*tissu au repos, presque atrophique/\*épaisseur : 1 ou 2 10èmes millimètre

\*Hormone = subst pduite par organe (glande endocrine) + agit à distance par voie sanguine s/ un ou d’autres organes (organes cibles) --> réaction spécifique

pdt vie génitale  endomètre évolue constamment  /s act° permanente œstrogènes + progestérone

Œstrogènes

\*sécrétés lvl cycle menstruel  dvpt + maintien caractères sexuels 2R

\*hormones de proliférat°  act° s/ endomètre (même au repos)  c’est /s influence 17 bêta-estradiol qu’apparaissent ses propres sites récepteurs

 proliférat° muqueuse (↗ épaisseur)

Progestérone

\*act°  si endomètre /s influence oestrogénique

\*17 bêta-estradiol  pdt phase pré-ovulatoire  détermine apparit° puis l’↗ sites récepteurs à la progestérone

B. Les modifications de la muqueuse utérine
cycle utérus  marqué par menstruat° (cycle menstruel)

\*1° jour règles : 1° jour cycle/\*ap menstruat° : croissance muqueuse utérine  P. proliférative --> glandes qui se sont formées ↗ leur sécrét°  P. sécrétoire  œuf fécondé peut s’implanter ds muqueuse utérine et s’y dvper

II. Le cycle ovarien = évolution du follicule, ovulation, corps jaune

2 phases  \*phase folliculaire/\*phase lutéinique  séparées par l’ovulat°

pdt P.folliculaire  follicule cavitaire jeune  se dvpe complètement ds 1 des 2 ovaires  follicule mûr = de De Graaf

/ ! \ \*L’ovulation = émission d’un ovocyte, par rupture de la paroi du follicule  \*ovocyte : récupéré par trompes où il peut être fécondé par un spz

P. lutéinique  phase de croissance --> phase de régress° corps jaune (se forme AP follicule + a participé à l’ovulat°)

 si Ø fécondat°  régress° corps jaune

Cf. Schéma

III. Le cycle des hormones ovariennes

Le cycle sécrétoire ovarien

1ère phase  P. folliculaire  ¢ thèque interne + granulosa sécrètent œstrogènes

2ème phase  ovulation  quantité sécrétée ↗ ac croissance follicule  ↘ un peu lvl ovulat° 3ème phase  P.lutéinique  ¢ corps jaunes  œstrogènes + progestérone

IV. La commande du cycle de l’utérus par l’ovaire

Cf. Schéma

V. La commande hypothalamo-hypophysaire du cycle ovarien

\*Hypophyse  2 hormones  \*FSH/\*LH  évol concentrat°  prod manière cyclique + interviennent ds régulat° cycles sexuels

\*Hypothalamus  sécrète gonadolibérine (GnRH)  stimule sécrét° gonadostimulines hypophysaires (FSH, LH)

Hormones hypophysaires  stimulent croissance follicules + corps jaune

\*pic LH (milieu cycle)  déclenche ovulat°

\*P. lutéinique  concentrat° gonadostimulines hypophysaires : insuffisante pr maintenir CJ  régress° CJ -
-> ↘ sécrét° hormones sexuelles  déclenche menstruat° (au début cycle suivant)

\*hypophyse  ctrl ovaires & ovaires  ctrl hypophyse  rétrocontrôle (feed back)

\*principe  lors 1° phase cycle  hypophyse  FSH --> croiss follicule ovarien  sécrét° de + en +

œstrogènes --> vt agir en retour s/ hypophyse  freiner synthèse FSH et LH  rétrocontrôle négatif des œstrogènes (s/ complexe HH)

\*fin P. folliculaire  qd taux > à un seuil  œstrogènes  rétrocontrôle positif (courte durée sur axe HH) \*rétrocontrôle positif --> déclenche pic LH --> déclenche ovulat° (2° phase)

\*P. lutéinique (3° phase)  estrogènes et progestérone  rétrocontrôle négatif s/ sécrét° hormones hypophysaires

VI. Les rétroactions exercés par l’ovaire sur l’axe hypothalamo-hypophysaire

\*rétrocontrôle (fin de cycle) --> ↘ sécrét° gonadostimulines --> régress° corps jaune --> menstruat° (début cycle suivant)

INFECTIONS

GENITALES

INFECTIONS GENITALES

**I. HPV : examens et vaccins**

**A. Le frottis**

**B. HPV = Human Papilloma Virus**

**C. Prévention du HPV = vaccins**

**II. Les vulvo vaginites**

**A. Manifestations cliniques**

**B. Candida albicans**

**C. Vaginose**

**D. L…**

**E. Herpès de type II**

I. HPV : examens et vaccins

A. Le frottis

Dépistage chez la jeune femme à partir de 19-20 ans = frottis qui se fait au niv du col. L'endomètre se poursuit par l'endocol puis l'exocol.

2 parties ds le col de l'utérus, le frottis sert à gratter les cellules. On fait pousser la femme pr faire pénétrer le
spéculum, on va voir le col au bout (on gratte dab la partie externe puis l'interne car si sg ds l'interne, on finit
par là). On utilise des écouvillons dits cyto-brosses. Une fois le prélèvemt fait, on prend un lame pr l'endocol
et une autre pr l'exocolle et on frotte dessus le cyto-brosse. Il vaut mieux avoir les infos tq date des dernières
règles etc...

Le frottis arrive au labo et on lui applique pls colorations pr différencier les cellules.

Il doit y avoir des cellules endocervicales pr attester que l'on a bien fait le frottis ds la jonction pavimentocylindrique.

Dc il doit y avoir des cellules cylindriques.

Il n'y a pas de cellules basales et para-basales sf chez femme ménopausées car couches peuvent ê détériorées.

On trouve par contre des cellules intermédiaires et superficielles. On peut voir s'il y a des leucocytes

Il n'y a pas de histiocytes

Qd inflammation : aug des leucocytes

Si histiocytes, poss de clamedias. Si on a pas vu d'infection qd frottis, on fait prélèvemt vaginal

Exam gyneco ds le calme

On fait pousser la femme, vs dl
On vérif que pas de prollapsus

Frottis sur les deux lames et on fixe ac un cyto-spray (ou laque o pire)

B. HPV = Human Papilloma Virus

Les cellules basales montent, moins de cellules superficielles. Parfois, il y a des cellules particulières dites koïlocytes (cellules basales modifiées, ac un gros noyau) : dc qd sur frottis on a ça + cellules basales et parabasales, c suremt un HPV

CIN1 : cervical intra-néoplasie, celui-là guérit svt seul si femme jeune et non fumeuse. Qd les cellules basales augmentent à un tiers de la hauteur

CIN2 : cellules basales aug en hauteur à 2/3 et on a sur le frottis des traces de dyschariose (cellules à noyau modifié)

L'infection la plus svt retrouvée c le CIN1. Ds 50% des cas, va s'aggraver en CIN2

Le CIN2 monte à la surface et atteint tte la surface = CIN3. Si ça pénètre en dessous de la membrane basale c un cancer du col à T0.

Colposcopie = examen où on voit le col, coloration à l'acide acétique pr voir si lésions

Biopsie = prélèvemt HPV ac écouvillon, on remonte l'endocol ac. Si HPV négatif, on arrête tt et on recontrôle ds un an

Qd HPV positif c qu'on a trouvé du HPV à potentiel oncogène (HPV 16, 18 surtt). Si sup à 2500, il y a bcp de virus et dc c plus embêtant.

Soit on peut le détruire au laser ms on peut pas faire de biopsie correcte. Ou exérèse des zones ap avoir coloré le col, les zones blanches seront enlevées.

Si frottis anormal ac cellules modif = colposcopie, si zone blanche, on enchaine ac biopsie = prélèvemt HPV

CIN1 : surv et explication (arrêt tabac = galemt ça suffit à guérir, ms si continue clope ça s'aggrave)

CIN2 : svt fo le détruire, dc au laser (ms lui pense que risk récidive) ou exérèse = électro-résection

CIN3 : conisation systématique, on va voir la lim des lésions = moins on enlève, mieux c. Imp de voir s'il y a pénétration ou pas ds la membrane basale

HPV : maladie sexuellmt transmissible ms on peut avoir dur doigt, corps etc... pénètre surtt ds col de la femme.

Coloration noire des cellules sans noyau = pas de lésion car le lugol colore les cellules sans noyau durant l'examen ac colorant, si blanches c que des cellules ac noyau st remontées

C. Prévention du HPV = vaccins

1er vaccin = Gardasil, c un vaccin qui comporte les génome 6 et 11, ainsi que le 16 et le 18 et poss 33. On évite que le virus pénètre. Evite aussi cancer vulvaire, anal. Se fait à 1 mois, 3 mois, 6 mois par IM
(deltoïde)

2ème vaccin : Cervamix

II. Les vulvo vaginites

A. Manifestations cliniques

Le vagin s'ouvre sous l'effet de l'érection

Se manifeste par :

 brulures

 rougeurs
 pertes

 dyspareunie : rapports douloureux (ça brule et ça gratte)

 irritation au niv de l'uretre terminale et dc dysurie terminale qd imp  gangliomes poss au niv de l'anus

B. Candida albicans

Ce st des pertes comme du yaourt = pertes blanches fragmentées

Mesure du ph = Ph acide

Hyperoestrogénie car acidité vagin (svt durant grossesse, qd pilule mauvaise qualité, ap ATBiothérapie)

Se traite ac BEAGyne, 1 cp usage unique (antifongique)

Ovule : Monazol, Lomexin, polygynax

Pommade car gratte et brule = Mycoster

Si candidose récidive : on fait prélèvemt pr voir si vagin a des défenses (frottis et PV)

C. Vaginose

Ph alcalin

Sent le brulé ap rapports : malodeur
Pertes peu abondantes

Brulures en fin de miction

Le sperme et la salive st alcalins dc calins bucaux ac modération (le calin rend alcalin)

Germes qd prélèvemt : cholibacilles (ou colybacille), peut ê embetant chez femme enceinte dc prelèvemt

TTT : Secmol (évite aussi amyliase), à prendre le soir au momt du repas, se mélange ds un fond de yaourt

Ovules : monazol, polyugynax

On le voit sur le frottis car donne des cellules spécifiques

Si PV, on a le diag du germe (en gal gardenella vaginalis, strepto, colybacille) Smelltest

D. L…

Les streptocoques st autr de la base du gland galemt

Pas dlreux ms à traiter car dangereux et peut bruler un peu PV pr voir si abs de 16 et 18

TTT : Aldara (ça brule)

frottis et prelèvemt HPV si frottis anormal

E. Herpès de type II

Brulures qui ne s'arrête jamais

Pttes lésions jaunes groupées en bouquet = herpès virus de type II Risk d'ulcération

TTT : Zovirax en cp

ZELITREX préféré car plus actif (1 cp par jour durantr 10J, si récidive encore 5J) Peut récidiver et svt à cause de stress

C pas grave ms psychologikemt femme a besoin d'ê rassurée, poss pble que si enceinte sur le point d'accoucher (car risk encéphalite pr bb) = on donne zelitrex et svt césarienne

Gonocoque, chlamediae, syphilis, chancre mou, herpès = fo recherche spécifique Syphilis donne des lésions planes

TROUBLES DU CYCLEMENSTRUEL

I. Les fibromes utérins

A. Définition et types de fibromes : l'anatomie

B. La biologie

C. Clinique

D. Thérapeutique

II. L'endométriose

A. Le diagnostic

B. Les manifestations

C. Traitement

III. Les grossesses extra-utérines

I. Les fibromes utérins

A. Définition et types de fibromes : l'anatomie

Le fibrome est une tumeur musculaire bénigne (ce st des fibres musculaires enroulées sur elles mêmes, elles ft comme un nodule muscu à couches concentriks, comme un oignon)

Cette tumeur ne cancérise jamais contrairemt aux sarcomes (= tumeurs malignes muscu).

Cf photocop fibromes utérins

1 : fibrome rattaché à un pédicule +/- court. Galemt pas dangereux. Fibromes dits sous-séreux, cad sous le péritoine. Le fibrome hismique (?) lui peut ê dangereux car l'uretère peut ê bloqué ; dc fo vérifier les rein car si uretère bloquée

2 : les fibromes de type 2 st dits interstitiels et ils déforment la cavité. Ce st les + fréquents.

3 : fibromes sous-muqueux. Ce st les - fréquents ms les + embêtants car ils st sous la muqueuse kils vt déformer, la muqueuse va se mettre à saigner car ne sera pas de bonne qualité. Il y a aussi le polype
musculaire

B. La biologie

Le fibrome se dvpe ds une ambiance hyperoestrogénique

Qd trop d'œstrogènes et pas assez de progestérone, la muqueuse se forme et aug trop, juskà 15 à 20 mm dc
on a une hypertrophie de l'endomètre, entrainant bcp de règles, ac poss caillots, et une hémoglobine basse.

C'est dû à une anomalie : pas assez de progestérone ou trop d'œstrogène. Parfois on voit qu'il y a un fibrome associé ms c'est pas à cause de lui, dc fo pas opérer pr rien. Le fibrome se dvpe qd ambiance de trop

d'œstrogènes dc qd sdr pré-menstruel. Enlever le fibrome ne règlera pas le pble de tx de progestérone ou d'œstrogène. Fo corriger mank de progestérone : pilule ou progestérone.

C. Clinique

Les fibromes n'entrainent en gal rien par eux-mêmes : c une découverte fortuite.

Un fibrome ne saigne pas car c une tumeur muscu, ce qui saigne c la muqueuse qui est à l'intérieur (le sousmuqueux car va déformer l'endomètre)

Ms il existe un sdr pré-menstruel avec une muqueuse de mauvaise qualité. Pr l'explorer, on fait une échographie, plutôt à la fin du cycle pr voir le fibrome tt en vérifiant l'endomètre, car on saura alors si grosse kil fo traiter par la progesterone.

Si le fibrome fait plus de 10 cm, selon position va comprimer la vessie, dc va aller bcp aux toilettes. Peut aussi donner envie d'aller à la selle selon la compression, ou comprimer l'uretère.

Il y a une autre symptomatologie peut fréquente : la vascularisation des fibromes. On a une artère ac un sg veineux. Si fibrome gros peut y avoir compression niv sg veineux qui passe plus, d'où une stase veineuse, cela entraine des dls et voire une oedème autr du fibrome qi se verra bien à l'échographie => soit on opère soit on fait une embolisation

Par la clinique, interrogatoire : comt st les règles? Si caillots = pble hormonal

Le toucher vaginal : on aura rien sf si polype touchant le col

L'échographie par voie abdo mieux que par voie vaginale Pas de scanner

Résonance magnétique nucléaire : on peut ms pas mieux que l'écho, on le fait surtt si risk de sarcome

La prise de sg pr voir si anémie, bilan lipidique pr voir le bon et le mauvais cholesterol (= fo le faire car peut ê une CI à certains ttt)

Poss d'une cœlioscopie si sous-serux ms pas diag, juste avt d'opérer

D. Thérapeutique

Pas de ttt pr les fibromes, st seulemt surveiller = examen annuel ac frottis

Il fo expliquer à la femme que ce n'est pas grave

Le fibromes sous muqueux doit ê enlever, on fait une hystéroscopie, on entre ds l'utérus et on va racler pr le sortir, ms on le sort pas complètemt pr éviter de déchirer l'utérus. Dc on fait une résection sous
cœlioscopie.

Qd sdr prémenstruel ac hypertrophie de l'endomètre, on traite cela (hormones) = pilule pr réguler le cycle o mieux, sinon stérilet meréna (empêche muqueuse de pousser dc pas de règles) ou progestérone

Si utérus porteur de pls fibromes, il arrive d'enlever l'utérus = hystérectomie

Embolisation poss pr fibrome sous muqueux (ms peut ê dangereux et on peut ê amené à opérer derrière)

Rq :

Métrorhagie = saignemt pdt le cycle, << règles normales. C pr le fibrome sous-muqueux Ménorhagie = règles abondantes

II. L'endométriose

A. Le diagnostic

La muqueuse de l'endomètre se trouve à l'extérieur de l'utérus. Parfois ça fait des kystes ds l'ovaire

Infection relativemt fréquente. Svt de découverte fortuite

Le diag doit ê fait ac une cartographie coelioscopique

Le diag se fait par :

L'interrogatoire : plus qu'hier et moins que demain, ça saigne de plus en plus et la douleur est

progressivemt croissante (le sg est piégé ds le péritoine et ne peut s'en aller), la dl pdt les règles se nomme
une dysménorhhée. Ca entraine aussi Dl pdt les rapport : dysparodie. Le sg non évacuer crée des tissus
fibreux.

Radios : on ne trouve rien

La coelioscopie : on injecte un pduit par le col du vagin et on voit si le bleu de méthylène passe bien. On voit qu'il y a des adhérences au niv des trompes.

Rq : peut ê suite à avortemt, césarienne, excision, etc, on sait pas exactemt pourquoi

Le sg se met facilemt ds le Douglas, dc il y a des adhérences

=> l'utérus n'a plus la mobilité qu'il avait avt

Les kystes ovariens d'endométriose peuvent se rompre durant les rapports

B. Les manifestations

Assez peu fréquentes, il y a pls stades.

Dysménorrhée = dl croissance pdt les règles
Dysparodie

Manif particulières : qd endométriose constituée à l'intérieur du muscle de l'utérus = cela s'appelle l'adénomyose.

Diag se fait par hystéroscopie (on voit diverticules ds la cavité),

Peut entrainer stérilité et dls très imp durant règles et même ap.

Si proche 50 ans on peut faire hystérectomie ms si femme jeune = stérilet méréna

TTT médical plus lourd = les analogues du LHRH (= message qu'envoie l'hypothalamus à l'hypophyse), on envoie ds plin de messages, hypophyse va se bloquer dc envoie pas de message à l'ovaire dc ne fait pas
d'hormones dc entraine une ménopause. Interdit d'en faire plus de 6 mois car signes ménopause (bouffées de chaleur, sécheresse, déprime). C qd femme jeune qui veut enfant qu'on fait ménopause artificielle, ap on recontrole pr voir si ok, et peut avoir enfant.

C. Traitement

Electrodes bipolaires : destruction des grains d'endométriose. On coupe les cousures au niv des trompes et on redonne la perméabilité

On peut brûler

Si bcp d'adhérence, on peut diminuer les saignemts = pilule en continu. (pilule Cerazet = mini dosée, progesterone) La muqueuse ne pousse plus dc plus d'endométriose. Sinon stérilet

III. Les grossesses extra-utérines

Peu fréquentes

Dites aussi « ectopiques »

Une fois sur deux, les grossesse extra-utérines avortent seules

Qd mal au ventre, fo penser à ça, der date dernières règles, voir si enceinte. Si beta HCG négatif = pas de grossesse

Les grossesses extra-utérines st rompues ou non rompues :

 les non rompues les + fréquentes :

- Beta HCG st positifs = enceinte. Les beta HCG st le message envoyé de l'endomètre à l'embryon, ils aug

juskà 70-120 000 puis diminuent, ms ds grossesse extra-utérine, on fait beta HCG sur deux jours d'intervalle et on voit que ça aug pas bcp et dc c anormal.

- Toucher vaginal = on sent une masse.
- Echographie

- Biologie ( NFS, Hb et gpe sguin ).

- Se manifeste par dls, retard de règles, NV, asthénie, tombe ds les pommes, svt les dls st latéralisées (ex tjs à dte) .

- Il fo savoir quelle est la date de cette grossesse.
- Métrorexate

- Fo surv, évaluer

 La rompue :

- Il y a sg ds ventre, dc anémie

- C le cri de Douglas = il y a du sg ds le douglas et ça fait très mal, on voit que c bombé - On fait le diag d'hémopéritoine

- Si on fait rien = pronostic vital engagé
- Il fo pas la transfuser trop vite
- Coelio pr nettoyer cavité abdo

- C une urgence ms une urgence différée, il fo bien préparer, aspirer le sg

- Fo pas enlever l'ovaire, on enlève la trompe et on l'envoie en bio (on voit si c dû aux chlamydias,

gonocoque, tuberculose ou autres infections etc), une fois qu'on sait prquoi, on peut traiter pr éviter que ça se repduise.

Dc tjs le réflexe des beta HCG, grossesse douloureuse, qui peut se romre (dl, hémorragie, anémie), on

explore échographie (suspubienne ou par voie vaginale directe), biologie. On met sous metothrexate puis on surveille. Poss coelio. Chir si rompue en gardant la bonne trompe. Peut ê à cause de trompe bouchée.

CONTRACEPTION

I. Méthodes naturelles de contraception

A. Méthode Ogino

B. Méthode de la T°

C. Méthode Billings

II. Pilules et autres moyens de contraception

A. Pilule combinée

B. Pilules de l'acnée

C. Pilules pr allaitemt

D. Pilules du lendemain

E. Contraception percutanée

F. Moyens mécaniques

G. Méthodes définitives

I. Méthodes naturelles de contraception

Pr ceux qui ne veulent pas de la pilule ou contraception classique Méthodes naturelles à enseigner

A. Méthode Ogino

Tx d'échec de la méthode Ogino est de 30%

B. Méthode de la T°

Prise de t° ts les matins de la même façon

Faire schéma

Qd ovulation, progesterone fait monter t°

Pas de rapport avt que t° monte ms 3 jours ap la montée de t° = rapports

Méthode qui a 30% d'echec

C. Méthode Billings

Méthode de la glaire cervicale

Qd glaire blanche, on sait qu'elle a ovulé

Echec de 30%

II. Pilules et autres moyens de contraception

Une femme oublie en moyenne 3 fois par an sa pilule.

Si on oublie la première semaine = risk de grossesse

2ème semaine = un peu embetant aussi

Après, moins.

A. Pilule combinée

Ts les cp st pratikemt identik ex. Jasminelle

La LH est tjs bloquée et la FSH est +/- bloquée selon les pilules Ttes les pilules bloquent l'ovulation = pas d'ovulation

La pilule modifie la muqueuse, elle modifie l'endomètre : elle grimpe ms très peu dc peu de muqueuse qui s'élimine dc règles diminuent et elle est impropre à la nidation

Comme c de la progesterone, la glaire cervicale est sèche et bloque, ça fait un barrage au niveau de l'endocol

Dc actions :

 Bloque l'ovulation

 Bloque l'endomètre

 Bloque la glaire cervicale

Tx de réussite de 100% si pas d'oubli

Parfois certaines pilule ne bloque pas l'ovulation, ce st les pilules faibles qui st à 15 ou 20 gamma, qquefois 30 gammas. Ca bloque l'ovulation ms pas la fabrication de follicules. Dc elle risk d'avoir trop d'œstrogènes et pas assez de progestérone = seins gonflent, dls... mq pilule n'est pas adaptée. Si trop d'oestrogènes en fin de cycle = sdr prémenstruel. Dc si pas adapté, fo changer pr une pilule un peu plus forte.

L'arrêt de 7 jours de pilule : au bout de 4 jours, plus d'hormones ds l'organisme, dc l'hypothalamus envoie
message à l'hypophyse, l'hypophyse renvoie message à l'ovaire. Fabrique d'œstrogènes. L'arrêt de 7 jours
amène parfois à un sdr prémenstruel car il y a trop d'œstrogènes. Pr éviter cela, on a de plus en plus de pilule d'arrêt de 4 jours.

= soit la pilule est trop faible, soit l'arrêt de 7 jours est trop long d'où l'ovaire se remet à marcher et trop d'œstrogènes et sdr prémenstruel.

Manque d'oestrogènes = maux de tête, sentimt d'ê à plat, déprime
Trop d'oestrogène = météorisme abdo, seins gonflés, belle peau

Les pilules à arrêt de 4 jours :

Meladia.minene

Jasminelle sur 24J (Drospirenone = progestatif anti-acné, et fait dégonfler la femme, ne prend pas pds à cause de ça)

Glaira : pas d'effet sur coag, cholesterol, glycemie. C une pilule biologique, + pr femmes qui fument. Ms chère. Arrêt de 2 jours sur 28J

B. Pilules de l'acnée

Diane 35, arrêt de 4J au lieu de 7 (selon lui)

Triafemi et tricilest (voir orthographe)

Jasmine, Yaz, Jasminelle et surtt Yaz car arrêt de 4J

Androcur : l'endomètre va ê très bas, il va y avoir une atrophie de l'endomètre, très peu voire pas de règles Oromone 2

C. Pilules pr allaitemt

Cerazette = microprogesterone

La muqueuse ne grimpe pas dc impropre à nidation

Agit sur glaire cervicale qui va ê impropre à la pénétration des spermatozoides Amenorhée

Dc post accouchemt, 1cp/J sans arrêt. On peut l'oublier pdt 12h

Pr la femme qui fume, femme obèse, femme diabétique ou tble de coag

Ne modifie pas les lipides dc femme qui a accouché, il y a svt tble de la coag qui peuvent apparaître et une pilule classique peut les aggraver

D. Pilules du lendemain

L Norlevo, 1J voire 2 d'efficacité

Elaone , 5J d'efficacité

Je prends ma pilule ms je saigne : si prise retardée, baisse du tx d'oestrogènes et ça peut faire saigner.

E. Contraception percutanée

Anneau d e Nuvaring ?? Durée de 21J et arrêt 7J ou 24J et arrêt 3J. Diffuse hormones

Patch EVRA : très faiblemt dosés aussi, hormones passent par voie cut, va ds coeur par syst veineux et blok ovaire. Se garde 21J et 7J d'arret.

Les 2 st ac oestrogènes de synthèse. Une femme qui a des tbles métaboliques ou tabac = CI

Femme qui prend la pilule et qui fume = fo arrêter

F. Moyens mécaniques

Les préservatifs : masc et féminin

Le stérilet : il ne bloque par l'ovaire, ce n'est qu'un effet mécanique . Se met ds l'utérus. Modifie un peu la muqueuse pr empêcher la nidation

Il y a des stérilet au cuivre

Tendance à le mettre ap une première grossesse car si infection, risk de stérilité Si fibrome, ATCD d'infections, on le met pas

Stérilet Merina : contient hormones ds barre centrale dc l'endomètre ne pousse pas et dc pas de règles. Il

dure 5 ans. On peut faire enfant dès qu' on l'enlève.

Faut pas couper les fils trop courts, on les coupe à 2cm, on les tournoie et on les met sur le côté du col

G. Méthodes définitives

Vasectomie : autr du testicule, l'epidydime, puis autr on a le déférent. On coupe la canal déférent et on fait une boucle pr éviter la descente du testicule

Sous anesthésie locale

L'ejaculation se fait quand même mais plus de spermatozoide ds le liquide séminal

Stérilisation définitive chez la femme : coelioscopie. Avt on faisait une boucle au niv de la trompe maintenant on met qquechose qui bloque. On peut passer en fécondation in vitro après. Dc c une ligature des trompes = définitif

Procédé Essure : hysteroscopie : on met un KT ds les trompes qui les bloque.

Ligature des trompes en dernier recours car risk d'altérer la bonne marche de l'ovaire.

KYSTES, TUMEURS,

CANCERS DE L’OVAIRE

I. Les kystes ovariens bénins

A. Les ovaires polykystiques

1. Signes

2. Traitement

B. Le kyste Stein Leventhal

1. Signes

2. Examens

3. Traitements

C. Le kyste séreux

1. Signes

2. Examens

3. Biologie

4. Traitements

D. Le kyste lutéal et le kyste endométriosique

1. Kyste lutéal

a. Signes

b. Biologie

c. Traitements

2. Kyste endométriosique

a. Signes

b. Examens

c. Traitements

II. Les tumeurs ovariennes : le kyste dermoïde (tératome)

A. Signes

B. Biologie

C. Traitements

III. Les cancers ovariens

A. Examens

B. Biologie

C. Les différents stades

D. Traitements

I. Les kystes ovariens bénins

Kystes de l’ovaire bénins  2 examens sanguins  \* -HCG négatif/\*CA125 normal Δc  \*écho voie abdo/\*voie vaginale

A. Les ovaires polykystiques

\*fréq/\*facile à traiter/\*ts les follicules st identiques (Ø follicule de De Graaf)

1. Signes

\*TB du cycle/\*↗pds/\*↗ pilosité/\*dysovulation

2. Traitement

¤ Médical  \*blocage ovarien ac pilule ++/\*GLUCOPHAGE®/\*déclenchement ovulat° (si femme désire être enceinte : pr que l’ovocyte soit libéré)

B. Le kyste Stein Leventhal

1. Signes

\*aménorrhée/\*± saignements irréguliers/\*↗ pds/\*petit diabète/\*signes de virilité

2. Examens

écho  voie hte ou voie vaginale

3. Traitements

\*blocage ovarien ac pilule/\*GLUCOPHAGE®/\*décorticat° (enlever la croûte autour de l’ovaire)  au ciseau

ou en faisant des trous pr ↘ épaisseur de la coque

C. Le kyste séreux

1. Signes

\*TB du cycle (manque de progestérone) : assez fréq

2. Examens

écho  paroi mince + liq pur

3. Biologie

\*CA 125 bas/\* -HCG bas

4. Traitements

\*blocage ovarien ac pilule (2 mois sans arrêt) : dosage hormonal normal/\*LUTEMYL 2,5® (20 jours) : ovaire au repos puis ap écho

\*si kyste > 8 - 10 cm : paroi épaisse  \*destruct° par coelio (pct° + on coupe la paroi)/\*TV : pct°/\*écho par voie vaginale : pct°

 kyste peut se tordre (URGENCE)

D. Le kyste lutéal et le kyste endométriosique

1. Kyste lutéal

a. Signes

 saignements incessants (à l’int : caillots) + aménorrhée + pas grossesse  kyste du corps jaune (à l’int : sang) (pdt 15 j : Ø règles)  kyste lutéal : R > 30 jours : RETARD

b. Biologie

corps jaune persiste : œstrogènes et proges (dc pas de signes de grossesse) -HCG et CA 125 négatif + écho

c. Traitements

¤ Médical  \*progestérone (20 j)/\*pilule (1-2 mois)
¤ Chirurgical  \*parfois : coelio  nettoyer sg

2. Kyste endométriosique

a. Signes

Cliniques  \*R normales/\*signes de l’endométriose : Drs ↗ chaque j des règles/\*adhérences Biologiques  \* -HCG C négatif/\*CA125 élevé (< 50)

b. Examens

 exploration (écho : faire un dessin)

c. Traitements

Médical  \*pilule forte : plus d’H/\*progestérone pure (pr que l’endomètre ne grandisse pas) Chirurgical  coelio-chirurgie conservatrice

II. Les tumeurs ovariennes : le kyste dermoïde (tératome)

\*assez fréq/\*svt bilatéral

A. Signes

\*Dr de type ovarienne

B. Biologie

 CA 125 normal

C. Traitements
¤ Médical  Ø

¤ Chirurgical  ablat° du kyste ac conservat° de l’ovaire

III. Les cancers ovariens

A. Examens

(Δc tardif)  Δc écho  int : végétat° qui flottent et s/ le côté

B. Biologie

 CA 125 élevé

C. Les différents stades
T 1 : capsule intacte

T 2 : le kyste de l’ovaire grandit et il casse/\*les végétat° passent ds le péritoine --> réact° ± ascite T 3 : atteint colon, péritoine, ovaires, trompes (30 % de survie à 5 ans)

T 4 : (10 % de survie à 5 ans ac chimio lourde)

D. Traitements

 \*Chirurgie large  hystérectomie + chir péritonéale + ch ganglions \*Chimio + radiothérapie

\*Psychothérapie

Résumé  \*pilule prévient le KCer de l’ovaire/\*écho ++/\*CA 125

HYSTERECTOMIE

1. Hystérectomie totale ac conservation des annexes

2. Hystérectomie totale ac annexectomie :

3. Hystérectomie subtotale ac conservation des annexes :

4. Hystérectomie subtotale ac annexectomie :

5. Hystérectomie élargie :

6. Colpohystérectomie :

III. Voies d'abord de ces interventions

1. L'hystérectomie par voie abdominale (ou par voie haute) :

2. L'hystérectomie par voie vaginale (ou par voie basse) :

3. L'hystérectomie par voie coelioscopique :

4. L'hystérectomie cœlioscopie préparée :

IV. Conséquences de l'hystérectomie

V. Traitement substitutif

VI. PEC d'une patiente hystérectomisée

1. Soins post-opératoires immédiats

2. A J1

3. Jours suivants

I. Définition

= Acte chirurgical consistant à retirer une partie ou la totalité de l'utérus :

Non conservatrice : inclus ovaire et trompe

Totale et subtotale : il y a une conservation du col

II. Différents types d'hystérectomie selon les parties réséquées

1. Hystérectomie totale ac conservation des annexes

C'est l'ablation de la totalité de l'utérus (corps utérin et col utérin). Les trompes et les ovaires st conservées

2. Hystérectomie totale ac annexectomie :

C l'ablation de la totalité de l'utérus (corps utérin et col utérin) ; l'ablation des trompes et des ovaires

3. Hystérectomie subtotale ac conservation des annexes :

C l'ablation du corps utérin ac la conservation du col tuérin : trompes et ovaires st conservées

4. Hystérectomie subtotale ac annexectomie :

C l'ablation du corps utérin ac la conservation du col utérin : l'ablation des trompes et des ovaires

5. Hystérectomie élargie :

C l'hystérectomie totale ac l'ablation des paramètres ( cad les tissus qui se trouvent de chaque côté, entre l'utérus et la paroi pelvienne)

6. Colpohystérectomie :

C l'ablation de l'utérus et d'une partie du vagin

III. Voies d'abord de ces interventions

Les différents types d'hystérectomie selon la voie chirurgicale utilisée pr la réalisation de l'intervention :

1. L'hystérectomie par voie abdominale (ou par voie haute) :

lorsque l'intervention est réalisée à travers une incision de la paroi abdominale. C une laparotomie.

2. L'hystérectomie par voie vaginale (ou par voie basse) :

lorsque la totalité de l'intervention est réalisée à travers le vagin

3. L'hystérectomie par voie coelioscopique :

lorsque l'intervention est réalisée à l'aide de la cœlioscopie (à travers la paroi abdominale en réalisant des micro-incisions)

4. L'hystérectomie cœlioscopie préparée :

lorsqu'une partie de l'intervention est réalisée à l'aide de la cœlioscopie puis le reste de l'intervention est réalisée par voie vaginale.

IV. Conséquences de l'hystérectomie

Absence de règles

Impossibilité de procréation (avoir un enfant)

La vie sexuelle est tout à fait normale ap un à deux mois de repos (car cicatrisation et phénomène inflammatoire)

V. Traitement substitutif

La patiente nécessite une compensation hormonale par un ttt substitutif, particulièremt qd, en plus de l'hystérectomie, elle a subi l'ablation des ovaires (d'annexectomie bilatérale). C un ttt à vie (car il s'agit de ménopause chirurgicale)

Le ttt substitutif hormonal évite à la femme d'éventuelles cques liées à l'ablation des ovaires. Il s'agit entre autre d'une fragilisation osseuse (ostéoporose) et aussi des sécheresses vaginales et de bouffées de chaleur liées à cette ménopause chirurgicale.

Rq : qd on conserve les ovaires, pas de ttt substitutif car les ovaires continuent la pduction hormonale. C que si ablation des ovaires

VI. PEC d'une patiente hystérectomisée

 Préparation identique à ttes interventions

 Champ opératoire : douche antiseptique la veille, vérifier la propreté du nombril  Dépilation de tte la paroi abdominale, du pubis et de la vulve
 Rassurer la patiente et l'informer des suites opératoires

1. Soins post-opératoires immédiats

Se renseigner sur le geste pratiqué (hystérectomie voie hte ou basse, conservation du col et des annexes...) sur l'existence des complications

Prise de constantes ttes les 4h, rechercher une hémorragie interne qui se traduit par pouls rapide et filant, tension basse et dls abdos (ventre dlreux)

Hystérectomie voie haute : surveiller le pst
Si pst sec : voir s'il existe des saignemts

Si redon : vérifier le vide du flacon, le changer si besoin, noter la quantité et la nature des sécrétions

Hystérectomie voie basse : il n'y a pas de pst. Les suites st galemt simples

Rq : Ablation redon : on dit pas que ça fait pas mal, c faux. On fait inspirer et expirer (en expliquant les

mots, on inspirant et soufflant ac eux) et au momt où pers souffle, on retire le redon. Si le p. bloque la

respiration, il est trop contracté. Il y a des micro-coagulations au niv du redon dc on fait légèremt tourner et bouger le redon

Surveiller étroitemt les saignemts provenant du vagin, surtt ap hystérectomie vaginales. On met
des garnitures stériles. Et pratiquer une ptte toilette stérile (ac beta gyneco ou à défaut beta rouge)

Surveillance de la sonde urinaire, surv diurèse horaire et l'aspect des urines

2. A J1

Déceler les éventuelles angoisses provoquées par cette intervention

Surveillance des ctes, de la réanimation (bilan entrées-sorties, c la perf), de la perfusion, du drain, du pst, des saignemts par voie basse

Surveillance des prescription et des anticoagulants (tte chir ac alitemt, on vérif PM anticoag)

Ablation de la sonde urinaire (SU, si tt se passe bien) et contrôle de la 1ère miction: couleur,volume

Ptte toilette stérile et soins d'hygiène

3. Jours suivants

Surveillance gale à ttes les interventions : ctes, réanimation (perfusion), anticoagulants Surveillance des aignemts par voie basse

Surveillance du transit (ac les 1ers gazs) et reprise progressive de l'alimentation : repas léger (yaourt, compote, bouillon)

Rq : 1er lever se fait en fct des saignemts, redon, sonde, gazs etc...

1ère réfection du pst vers J3

Noter l'aspect du pst - voir si rougeurs et dls localisées, les 2 doivent faire craindre un abcès de paroi qui se collecte vers le 5ème jour.

Le drain de redon sera retiré dès qu'il ne donne plus Le pst sera rapidemt laissé à l'air libre

VII. Conseils à la sortie

 Si laparotomie : éviter les efforts abdos pdt un mois (se tenir au niv abdo pr tt effort)

 Ne pas prendre de bain pdt un mois (moins imp pr coelio que pr laparo), douche possible sans
 pble.

 Eviter les rapports sexuels pdt un mois

 Rappeler à la patiente les cques du geste opératoire :

- Plus de règles, plus de grossesse, pas de modifs ds les rapports sexuels

- Poursuivre les frottis cervicaux de dépistage si hystérectomie subtotale - Ttt hormonal substitutif en cas d'annexectomie bilatérale

- Si les ovaires ont été conservés et même si elle n'a plus ses règles, la femme peut souffrir d'un sdr prémenstruel

 L'hystérectomie peut => une altération de l'image corporelle et un sentimt de perte de féminité pvant
 conduire à une dépression réactionnelle. Il faut donc aborder ce pble en lui conseillant de parler ac
 le personnel soignant et son médecin. Une PEC psychologique précoce est alors préconisée = peut ê
 un conseil de sortie

Rq : les envies sexuelles vt ac le cycle hormonal dc perturbation possible même si ap ttt substitutif

CAS CLINIQUE DE Mme R

En vous appuyant sur la méthodologie de la démarche de soin, analyser la situation clinique du jour de Mme

R.

Pour chaque problème de santé vous formulerez deux objectifs de soin et deux actions. Pour répondre, vous retranscrirez sur les tableaux suivants :

Réponses :

On parle au niveau du diagnostique médicale en gradation en commençant par ce qui est concret (les risques vont après).

I. problèmèmes médicaux :

o Douleur liée à l’intervention, l’alitement, (lié pour nous faire comprendre le lien qu’il y

a…pour faire les liens)

 Pro Daff
 Rapifan
 Naropain
 Catopresan

Intérêt : diminuer la douleur, confort

Surveillance : Prise traitement (effet secondaire) : EVA Surveillance du faciès, de la position, du traitement. Education (se tenir le ventre quand elle tousse)

Evaluation : A ce jour EVA : 3/10, TA : 11/6 ; visage détendu, posture, plaintes de douleurs dorsales, effets du traitement.

o Risque thrombo-embolique lié chir petit bassin et alitement strict :

 P.M : Lovenox 0,40 ; S.C

 Intérêt PM : Eviter phlébite
 Action IDE :

effectuer une injection ;

dépister signes de phlébite : signe de Homans, dissociation pouls TA, absence du ballotement du mollet, mollet rouge chaud et douloureux dorsifexion ;
plaquettes ;

signes hémorragiques (épistaxis,…) ; point d’injection.

 Evaluation : A ce jour absence de signes phlébite, absence…

o Risque infectieux lié à la plaie, à la péridurale, à la VVP et à la sonde vésicale :

PM : réfection pst (Cf. protocole) Intérêt : PM

Action IDE :

o Réfection pst
o Plaie :

 Douleur

 Rougeur
 Œdème
 Chaleur
 Odeur

 Ecoulement o Sonde vésicale :
o VVP :

o BS : leucocytes, VS, CRP Evaluation :

o Absence de signes infection o T°C : 37°4

o Absence de signes…

II. Diagnostique infirmier

- Risque de perturbation de l’image corporelle.

- Anxiété lié aux conséquences de l’intervention se manifestant par plaintes, pleures, questions.

o Objectif

 Diminuer l’anxiété
  Faire verbaliser
 o Action

 Rassurer

 Faire verbaliser

 Information + explication
o Evaluation

 A ce jour : pose encore beaucoup de questions

- Incapacité à effectuer ses soins d’hygiène liée à son alitement se manifestant par une aide à la toilette

o Objectif

 Veiller qu’elle soit propre et confort o Action

 Aide toilette + autonomie
o Evaluation :

 A ce jour : elle est propre et habillée