

UE7: Gynécologie
Pr Sibony
Le 07.11.16 à 15H30
Ronéotypeur: Isaure Leprince-Ringuet
Ronéoficheur: Quitterie L'Epine

Cours n°13 - UE7

Sémiologie gynécologique

Le professeur a dit qu'il fallait bien connaître tous les termes gynécologiques. D'après elle, les pathologies ne font pas partie du programme de P2 donc la partie V lui paraît moins importante, cependant, ce n'est pas elle qui fait les sujets donc il faut quand même l'apprendre. Elle va également m'envoyer par mail les points importants à retenir que je vous communiquerai.

Sommaire

I. L'interrogatoire clinique

- A. Les antécédents gynécologiques
- B. Trouble des règles
- C. Troubles sexuels

II. Examens gynécologiques

- A. Observation des organes génitaux externes
- B. Spéculum
- C. Frottis cervicaux
- D. Colposcopie
- E. Toucher vaginal

III. Pathologies gynécologiques

- A. Cancer du col utérin
- B. Leucorrhées
- C. Syndrome pré menstruel
- D. Autres motifs de consultation

IV. Pathologie mammaire

- A. Examen des seins
- B. Tumeur bénigne du sein
- C. Tumeur maligne du sein

V. Les grandes pathologies

- A. Fibromyome utérin
- B. Kyste de l'ovaire
- C. Salpingite aigue
- D. Grossesse extra utérine

I. L'interrogatoire clinique

« Car par pudeur elle ne parle pas » Hippocrate - maladie des femmes

A. Les antécédents gynécologiques

Lorsqu'une patiente effectue une consultation gynécologique, il faut commencer par l'interrogatoire puis l'examen clinique. Pendant l'interrogatoire en gynécologie, il faut demander principalement:

- La date de la puberté (à quelle âge elle a eu ses règles)
- histoire menstruelle (comment sont ses cycles: réguliers, abondants...)
- âge au moment des 1er rapports sexuels
- nombre de partenaires sexuels (surtout dans un contexte d'infection sexuellement transmissibles = IST)
- si elle a déjà eu une infection gynécologiques (notion d'infection génitale)
- contraception: si elle en a déjà pris ou en prend et pourquoi
- La régularité des frottis cervicaux
- La régularité de l'examen des seins
- La coelioscopie, si elle a des traitements au laser, traitements inducteurs de l'ovulation
- Si elle a des signes de pré ménopause ou ménopause
- interventions chirurgicales

B. Troubles des règles

1. Troubles du cycle

- Pollakiménorrhée: cycles courts: moins de 20 jours
- Spanoménorrhée: cycles longs: plus de 45 jours
- Anisoménorrhée: cycles irréguliers

2. Troubles de la durée

Les jours de saignements durent plus ou moins longtemps:

- hypoménorrhée: les règles durent moins de 3 jours
- hyperménorrhée: les règles durent plus de 8 jours, *très fatiguant pour la patiente*

3. Troubles de l'abondance

- oligoménorrhées : les règles sont trop peu abondantes
- polyménorrhées : les règles sont trop abondantes
- ménorragies fait partie de l'hyperpolymenorrhée: on saigne seulement pendant les règles (pas entre les règles) et de façon importante. (*La prof a insisté sur ce terme qui est à bien connaître*)

4. L'aménorrhée

C'est l'absence de règles. Elle peut être primaire ou secondaire:

- Primaire: souvent, ce sont les jeunes femmes de 18ans qui consultent et qui n'ont jamais eu leurs règles
- Secondaire: c'est le cas d'une femme qui a déjà eu ses règles mais qui ne les a plus depuis au moins 3 mois.

a. L'aménorrhée primaire

Il faut demander plusieurs choses et reprendre l'histoire de la patiente depuis le début. On doit réaliser une enquête étiologique orientée par les données de l'examen clinique. On s'intéresse à:

- poids de naissance (née prématurée?), courbe de croissance en poids et en taille (retard de croissance qui peut retarder l'âge de la puberté? croissance et poids satisfaisants pour avoir une puberté?)
- âge de la puberté maternelle ou puberté chez la grand-mère (question importante à demander) troubles de l'olfaction: des anomalies du bulbe olfactif peuvent empêcher la migration des neurones à GnRH, ce qui empêcherait la puberté
- troubles de la vision où les tumeurs de l'hypophyse peuvent comprimer le chiasma optique
- antécédents de tuberculose
- profil psychologique: dépression, anorexie qui peut influencer sur la sécrétion de GnRH au niveau du système nerveux
- Morphotype: on regarde à quoi ressemble la jeune femme, si elle a des signes caractéristiques dans son morphotype, si elle a des signes pouvant faire penser à des maladies génétiques (par exemple, le syndrome de Turner: maladie génétique où les patientes n'ont pas de puberté et sont infertiles. Il existe des signes permettant de le diagnostiquer seulement en regardant la jeune fille: petite taille, cou palmé, oreilles basses...)
- Présence, absence ou virilisation des caractères sexuels secondaires car avant d'avoir ses règles, il faut avoir une poitrine, une pilosité qui s'est développée...
- Recherche d'une malformation de l'appareil uro-génitale lors de l'examen clinique

b. L'aménorrhée secondaire

La patiente a une puberté normale mais n'a plus de règles depuis plus de 3 mois. Il faut s'intéresser au contexte dans lequel c'est arrivé: psychologique, perte de poids importante, anorexie mentale, quels sont ses antécédents, ses traitements, les autres signes associés.

C. Troubles sexuels

1. Le vaginisme

C'est lorsqu'on ne peut pas examiner la patiente, on ne peut pas la toucher car elle a des contractions involontaires des muscles péri vaginaux, Par anticipation, elle va contracter ses muscles du vagin, ce qui est très douloureux.

2. La dyspareunie

Ce sont des douleurs qui surviennent pendant les rapports sexuels. Soit ce sont des douleurs superficielles, survenant à l'entrée du vagin, au moment de l'intromission ; soit ce sont des douleurs plus profondes qui durent pendant le rapport.

3. L'anorgasmie

C'est l'absence réitérée et persistance d'orgasme, malgré une phase de stimulation appropriée dans sa localisation, sa durée et son intensité.

4. Baisse de la libido

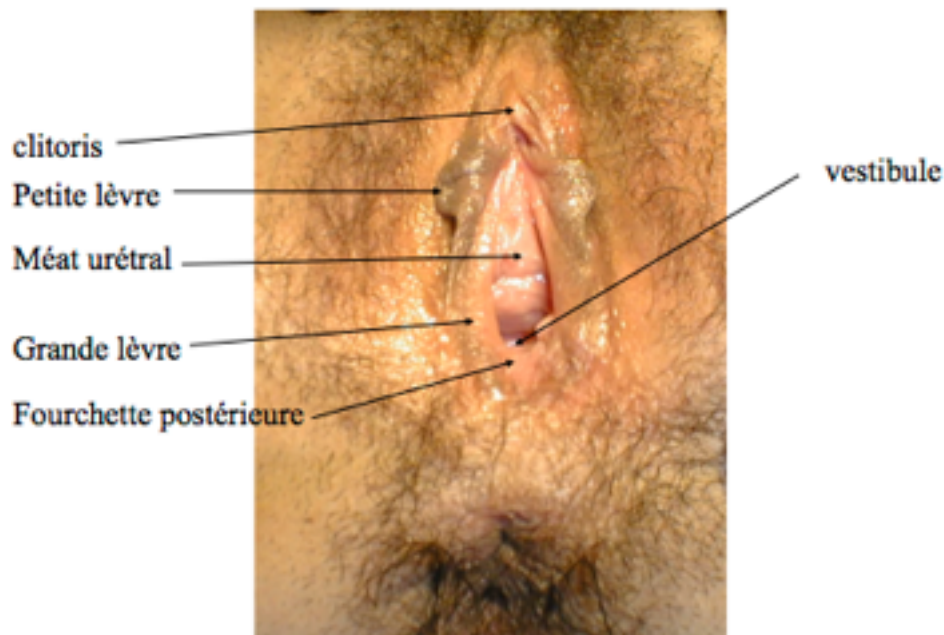
C'est la déficience persistante et récurrente des fantasmes et des désirs incitant à l'activité sexuelle.

II. L'examen clinique

C'est le deuxième temps de la consultation gynécologique, toujours après l'interrogatoire.

Lorsqu'on veut sonder une patiente, on le fait au niveau du méat urétral. Le vestibule et la fourchette postérieure sont situés à l'entrée du vagin.





A. Observation des organes génitaux externes

On commence l'examen par l'observation des organes génitaux externes.

La patiente doit être dans une position bien précise: c'est la position gynécologique. Elle doit être:

- en décubitus dorsal,
- les membres inférieurs en flexion abduction,
- les genoux fléchis,
- les pieds posés dans des étriers (pieds en hauteur) pour pouvoir écarter les jambes (*la prof a insisté dessus*)
- les fesses au bord de la table d'examen.

Lors de cette observation, on regarde plusieurs choses:

1. D'abord, on regarde l'imprégnation hormonale, c'est-à-dire la trophicité des organes génitaux externes = développement des caractères sexuels secondaires. On regarde:

- Si la pilosité est normale (au niveau des jambes, dos, ventre)
- La pigmentation de la peau qui est dépendante des hormones oestrogènes et androgènes (hyperpigmentation au niveau des organes génitaux par ex)
- Le développement des grandes lèvres et du clitoris sous la dépendance des androgènes, (si il y a l'orifice vulvaire au niveau des grandes lèvres, un bon développement du clitoris car possible hypertrophie du clitoris)
- Le développement des petites lèvres sous la dépendance des oestrogènes (possible asymétrie avec une petite et une grande petite lèvre ce qui est gênant pour la patiente)

2. Si on n'a détecté aucun problème, on recherche la présence:

- d'une pathologie infectieuse du revêtement cutanéomuqueux: perte avec un revêtement inflammatoire (petits points rouge), petites vésicules type herpès, ulcération, mycose, condylomes, ou des glandes de Skène, de Bartholin.
- de séquelles obstétricales d'un accouchement (déchirures, épisiotomies, fistules): par exemple, lors d'une épisiotomie, on coupe au niveau de la fourchette, et cet acte chirurgical peut mal cicatriser, ou on peut trop fermer l'orifice vulvaire ce qui peut faire mal pendant les rapports. On regarde aussi si il n'y a pas des fistules car possibilité lors d'un accouchement de périnée complet = communication entre le vagin et l'anus).
- de malformations vulvo vaginales: perforation de l'hymen pour savoir si on peut rentrer dans le vagin pour faire un examen gynécologique car pas d'examen gynéco chez les patientes vierges. Dans

ce cas, on leur fait seulement une palpation abdominale. L'examen de l'hymen se fait à l'aide du toucher rectal ou d'une sonde à ballonnet

Signes de l'impregnation hormonale: signes de virilisation

L'hirsutisme est un signe de virilisation. C'est lorsque la patiente consulte avec:

- de l'acnée, séborrhée: peaux grasses avec beaucoup de boutons.
- elle peut développer une petite calvitie avec ébauche de golfes temporaux.
- une voix grave, rauque.
- une hypertrophie musculaire avec morphotype masculin.
- une hypertrophie clitoridienne.
- une modification du caractère.

Il faut distinguer l'hirsutisme de l'hypertrichose.

L'hirsutisme est une pilosité faite de poils durs et pigmentés, androgéno-dépendants, développée dans des territoires masculins (visage, thorax, dos, ligne blanche avec au maximum losange sus-pubien, creux inguinaux).

L'hypertrichose est une simple exagération de la pilosité féminine normale, non androgéno-dépendante.

B. Le spéculum

Le spéculum permet d'observer le col utérin lors de l'examen gynécologique.

Actuellement, les spéculum sont plutôt en plastique qu'en fer car c'est moins froid et plus agréable pour la patiente. On utilise un spéculum non lubrifié.

Comment mettre un spéculum?

Il faut l'introduire de façon douce et progressive selon l'axe longitudinal de la vulve, le spéculum prend appui sur la fourchette postérieure, au niveau du 1/3 inférieur du vagin, puis rotation d'1/4 de tour remplaçant les valves du spéculum à l'horizontale, puis glissement le long des parois postérieure et antérieure du vagin jusqu'au fond. Il y a donc écartement lent les valves permettant la visualisation du col utérin.

Explication:



1. On commence par enfoncer le spéculum vers l'arrière selon un sens antéro postérieur (pour suivre l'orientation du vagin), à la verticale car la fourchette vulvaire est un orifice plutôt vertical. puis on le tourne d'un quart pour ouvrir les deux parties du spéculum de façon horizontale pour soulever la paroi antérieure et postérieure du vagin afin d'apercevoir le col utérin au fond.



2. On introduit le spéculum dans le vagin

3. Ensuite, on le tourne d'un quart de tour pour pouvoir ouvrir les deux parties du spéculum de façon horizontale pour soulever la paroi antérieure et postérieure du vagin, afin d'apercevoir le col utérin au fond. Ici, les deux branches sont horizontales et on a soulevé la paroi antérieure et postérieure du vagin, et on peut voir l'utérus.

C. Frottis cervicaux

On fait le frottis une fois le spéculum mis. Le frottis permet une analyse des cellules du col, de l'endo et de l'exocol.

Il permet le dépistage du cancer du col. Il est réalisé en général à partir de 25ans, tous les 3 ans. La patiente ne doit pas être en période de règles, ne doit pas avoir d'épisode infectieux génital, et il faut le faire avant de réaliser le toucher vaginal.

Qu'est-ce qu'on fait pendant un frottis?

On prélève des cellules au niveau de l'exocol et de l'endocol, et si des cellules commencent à se modifier et deviennent cancéreuses.

- Pour l'exocol: à l'aide d'une spatule d'Ayre en bois qui permet de racler les cellules à l'extérieur, et on effectue un balayage par un mouvement rotatif de partie externe du col. (on tourne la spatule dans l'exocol pour racler un maximum de cellules).
- endocol : introduction d'un écouvillon dans le canal endocervical et par un mouvement de va et vient : recueil des cellules glandulaires de l'endocol.

Chaque prélèvement est étalé sur une lame de verre, en évitant de repasser au même endroit pour obtenir un étalement régulier et immédiatement fixé à l'aide d'un spray, puis on fixe la lame. La coloration se fait au laboratoire. La patiente peut saigner après l'examen par frottis car on racle la muqueuse.

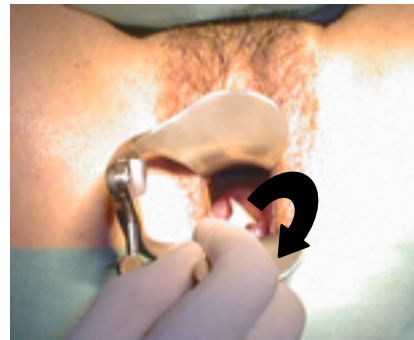
L'examen du frottis est uniquement cytologique.

La classification des résultats se fait en :

- frottis normaux
- frottis inflammatoires à reconstrôler après traitement antiseptique
- dysplasie de bas grade: (dysplasie = cellule qui commence à se différencier en cellule pré cancéreuse)
- dysplasie de haut grade
- néoplasie cervicale: cellule cancéreuse



A gauche: frottis endocol avec écouvillon



frottis exocol avec spatule

D. Colposcopies

Si il y anomalie au frottis, on peut faire des colposcopies: on regarde le col avec un microscope et on utilise de l'acide acétique 3% et du lugol 1% pour mettre en évidence des lésions afin de pouvoir faire un geste chirurgicale pour enlever la zone malade. L'acide acétique colore en blanc les zones de transformation, et le lugol colore en brun les cellules riches en glycogène, soit les cellules qui se développent beaucoup = cellules dysplasiques.

Il est important de pouvoir étudier la jonction pavimento-cylindriques = zones de jonction entre l'endocol et l'exocol.

La prof a dit que c'est important de retenir cette notion de jonction et que la colposcopie est moins importante.

La partie sur le cancer du col utérin se trouve dans le III.A

E. Toucher vaginal

Le toucher vaginal est un examen fondamental dans l'exploration du pelvis féminin, il examine plus de choses que le spéculum et est moins douloureux.

Ce geste doit être préalablement expliqué à la patiente, la patiente doit en effet être le plus détendue possible pour que le toucher vaginal soit le plus informatif possible.

Il faut toujours s'enquérir de la possibilité de virginité (hymen intact) ce qui rend l'examen impossible, d'un vaginisme qui doit rendre prudent dans la réalisation de l'examen.

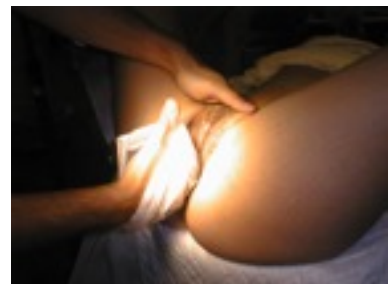
Il doit être réalisé chez une patiente confortablement installé sur une table gynécologique.

La vessie et le rectum doivent être vides.

L'index et le médium doivent être protégés par un doigtier stérile à usage unique, même si le vagin n'est pas stérile.

Comment faire un toucher vaginal?

Il faut toujours avoir une main sur le ventre pour le palper en même temps car quand on met l'index et le majeur au niveau du vagin, on palpe le col mais on doit aussi examiner l'utérus, donc on doit le ramener vers nous grâce à la main qui est sur l'abdomen.



Donc il faut introduire les doigts dans le vagin selon un angle de 45° sur l'horizontale, l'avant bras et le coude doivent être dans le prolongement de la table d'examen. La main abdominale "ramène" vers les doigts vaginaux le contenu viscéral pelvien.

Images de gauche à droite: 1. introduction du majeur qui prend appui sur la fourchette postérieure
2. inclinaison vers le bas, vers la table
3. La main abdominale ramène l'utérus

Champs d'exploration du toucher vaginal: qu'est-ce qu'on examine?

- Le col utérin: position, consistance, volume (différent chez la femme enceinte), forme, mobilité longueur, ouverture
- Le cul de sac vaginal postérieur (cul de sac de Douglas): on regarde si il n'y a pas une masse (kyste, grossesse extra utérine, apendicite)
- Le corps utérin (position, forme, consistance, mobilité, sensibilité)
- La face postérieure de la vessie
- Les annexes (volume, sensibilité)

La prof n'a cité que les deux premiers points à l'oral

III. Pathologies gynécologiques

A. Cancer du col utérin

Normalement, le col est tout rose avec un orifice cervical au milieu. Le cancer utérin peut se voir à l'œil nu, avec les signes suivants: métrorragies provoquées (saignement au moindre toucher), tumeur ulcérée du col. Dans le cas où on ne peut pas le voir, on effectue un frottis et colposcopie (si anémie au frottis).

B. Leucorrhées

On peut les voir en général au spéculum. Ce sont des écoulements non sanglants provenant de la vulve, du vagin ou du col de l'utérus.

Leur présence doit faire rechercher des signes d'infections associés: fièvre, douleurs pelviennes, métrorragies, prurit vulvovaginal (quand ça gratte), dyspareunies, troubles urinaires.

La présence de leucorrhées peut être physiologique: elles sont alors isolées, sans signe d'irritation, sans odeur nauséabonde et sans polynucléaires au prélèvement vaginal, et sont blanches.

Voilà des exemples de leucorrhées.

1. Candidose

C'est un écoulement blanc, inodore, épais floconneux, caillé (comme du lait caillé), avec une vulvite très inflammatoire. Le mécanisme de transmission se fait par contiguïté périnéale avec la sphère digestive.

Les facteurs favorisants sont:

- l'acidité vaginale (grossesse, savons acides, hyperoestrogénie),
- les oestroprogestatifs (contraceptions),
- la prise d'antibiotiques et de corticoïdes,
- le diabète.

2. Trichomonose

C'est un parasite avec:

- Écoulement jaune fluide malodorant, spumeux
- Prurit vulvaire
- Dyspareunies
- Saignements post-coïtaux

- Vulvite (inflammation de la vulve) très inflammatoire

Au spéculum le col est ponctué d'un piqueté hémorragique. Le diagnostic est difficile à l'examen clinique.

La transmission est le plus souvent sexuelle.

Les facteurs favorisants sont:

- un pH vaginal élevé
- l'hypo oestrogénie.

3. Gonococcie

C'est un écoulement jaunâtre, purulent, coulant du col voire même des glandes annexes (glandes de Skène);

Elle sont irritantes, elles peuvent survenir 2 à 3 jours après un rapport contaminant, donc c'est une infection sexuellement transmissible.

Le risque majeur est la salpingite: risque que l'infection se développe au niveau des trompes.

4. Chlamydie

C'est un écoulement non spécifique et souvent banal, souvent associé à des douleurs pelviennes, une dysurie, un contexte de MST (signes chez le partenaire). Le chlamydia est une des infections les plus fréquentes et peut passer inaperçue.

5. Infection bactérienne

Les infections bactériennes se manifestent souvent pas un écoulement gris homogène et malodorant, l'aspect de la vulve est peu inflammatoire.

Exemples d'infections bactériennes (*retenir seulement les deux premières*)

Gardnarella vaginalis,

Mycoplasma hominis,

Ureaplasma urealyticum,

Moniblicus,

Bacteroides bivius,

ainsi que d'autres anaérobies (Peptococcus, Fusobacterium....)

C. Syndrome pré menstruel

Le syndrome pré menstruel est un ensemble de symptômes qui arrivent juste avant les règles et très handicapant pour la vie de tous les jours: symptômes physiques, psychologiques et comportementaux gênants, sans cause organique, survenant régulièrement pendant la phase prémenstruelle et disparaissant ou régressant de façon significative pendant le reste du cycle.

1. Signes physiques

Dominés par des manifestations congestives oedémateuses qui touchent électivement certains territoires : seins (augmentation de volume; tension mammaire; mastodynies), abdomen (ballonnement), extrémités (œdème). Une prise de poids est parfois possible.

2. Signes neuropsychiques

Constitués principalement d'altération de l'humeur :

- irritabilité,
- agressivité,
- dépression,
- anxiété,
- nervosité,
- crise de larmes,
- labilité émotionnelle

Ils peuvent se voir également des difficultés de concentration, une fatigue, des modifications du comportements alimentaires (anorexie, boulimie) et de la libido.

D. Autres motifs de consultation

1. Troubles de la reproduction

- Stérilité : impossibilité d'obtenir une grossesse, la femme n'a jamais eu des grossesses
- infertilité : impossibilité d'obtenir un enfant: soit primaire, soit secondaire, la femme a déjà eu un enfant

2. Troubles de la statique du petit bassin (pelvienne)

- Notion de prolapsus génital: chute des organes génitaux, utérus et vagin ; associée à une chute de la vessie et du rectum
- Notion d'incontinence urinaire

3. Douleurs pelviennes

- Aigues
- Chroniques
- Circonstances particulières: dyspareunie, dysménorrhée (troubles du cycle)

IV. Pathologie mammaire

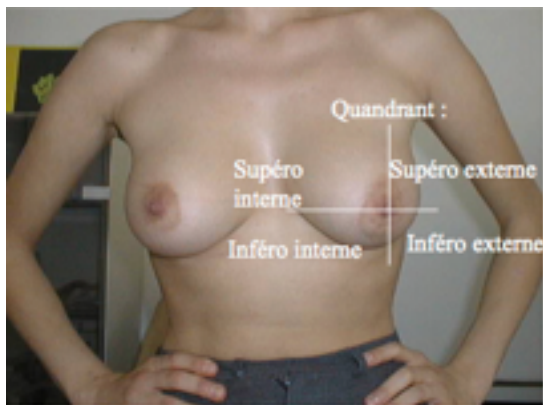
Les pathologies mammaires sont particulièrement importantes et sont dominées par le cancer du sein.

A. Examen des seins

C'est un examen minutieux, bilatéral et comparatif, femme nue jusqu'à la ceinture, patiente assise mains posées sur les hanches et/ou couchée, les mains le long du corps puis derrière le tête.
Il ne faut pas oublier l'examen des creux axillaires.

Qu'est-ce qu'il faut regarder?

1. Inspection



L'inspection doit se faire avec un bon éclairage, il faut modifier les angles de vue.

On recherche:

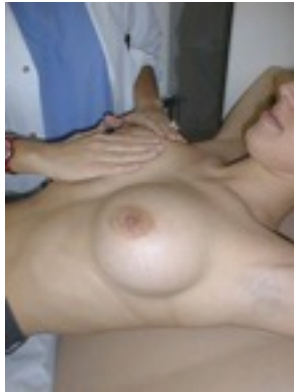
- Une asymétrie mammaire (fréquente)
- Une anomalie du contour mammaire, une modification du galbe (fossette, tuméfaction).
- Une anomalie de surface : ride cutanée, peau d'orange, signes inflammatoires.
- Une anomalie du mamelon : rétraction, déviation, surélévation.
- le développement de la glande mammaire (taille des seins)

2. Palpation

Elle s'effectue avec les deux mains bien à plat, appuyant le sein contre le grill costal du plat des doigts, essayant de retrouver les contours d'un noyau.

Il faut diviser le sein en 4 quadrants et palper chaque quadrants individuellement. L'exploration se fait donc quadrant par quadrant, sans oublier le prolongement axillaire.

On recherche un écoulement mamelonnaire par pression des mamelons.



1. Palpation d'une patiente couchée

2. Palpation des creux axillaires

3. Pression des mamelons

En cas de nodule, on précise son caractère:

- Nombre (unique ou multiple)
- Consistance (dur, mou, rénitent)
- Sensibilité (douloureux ou indolore)
- Contours (bien limité ou mal limité)
- Siège (le sein étant partagé en 4 quadrants: supéro externe, supéro interne, inféro externe, inféro interne) *Ne pas hésiter à faire un dessin*
- Taille
- Son degré de mobilité avec recherche d'une fixation au grand pectoral (manœuvre d'adduction contrariée de Tillaux) ou à la peau (signe du capiton)

B. Tumeur bénigne du sein

Il existe des tumeurs bénignes du sein, très fréquentes, généralement hormonaux dépendantes.

L'interrogatoire consiste en la recherche de facteurs de risque : QS Tumeur maligne du sein

L'examen des aires ganglionnaires axillaires est systématique.

- L'adénofibrome: c'est un nodule unique (le plus souvent), lisse, régulier, mobile, sans adhérence ni adénopathie, indolore et ferme. A l'échographie, il s'agit d'une tumeur pleine, régulière, aux contours nets. La mammographie montre un noyau opaque homogène aux contours réguliers (souvent ovalaire). On fait une échographie quand on suspecte une adénofibrome.
- Le kyste solitaire: c'est un nodule unique, régulier et mobile, sensible et rénitent. L'échographie confirme le caractère liquidien. La mammographie montre une opacité arrondie.

C. Tumeur maligne du sein

Les cancers du seins sont les tumeurs les plus fréquentes chez la femme.

Une femme sur 10 sera concernée par le cancer du sein. C'est la première cause de décès par cancer chez la femme.

Les examens histologiques permettent de faire le diagnostic, en sachant que dès qu'il y a une suspicion forte de malignité, la biopsie sera confondue avec la tumorectomie chirurgicale comprenant un examen anatomopathologique extemporané (qui dictera la conduite à tenir). *Si par exemple à la mammographie on pense qu'il s'agit d'un cancer, on ne fait pas juste une biopsie mais on enlève toute la tumeur qui sera analysée au laboratoire durant l'opération, les résultats de l'analyse définissant si*

on referme le patient ou si on continue à enlever des tissus.

Tout nodule du sein chez une femme de plus de 30 ans doit être considéré comme malin jusqu'à preuve histologique du contraire.

Il faut rechercher les facteurs de risques du cancer du sein pendant l'interrogatoire. (*important à connaître*):

- antécédent personnel de cancer du sein (risque multiplié par 5 à 6) et antécédents familiaux
- existence de cancers associés (endomètre, colon)
- antécédent de mastopathie bénigne surtout fibrokystique, qui peut dégénérer en cancer
- l'absence d'allaitement ou d'enfants; nulli ou pauciparité; ménarche (puberté) précoce et ménopause tardive; *celles qui ont leurs règles très tôt ou leur ménopause très tard ont une période d'imprégnation oestrogénique importante et ont plus de risque de cancer que celles qui ont leurs règles tard et ménopause tôt, car moins exposés aux hormones*
- mastopathie + oestroprogestatif
- niveau socio-économique (un bon niveau multiplie le risque par 2, peut être car elles ont moins d'enfants ou plus tardivement)
- âge >40 ans augmente le risque

Lors de la palpation, on peut détecter des signes évoquant un nodule malin (différent des signes de bénignité):

- Anomalie de surface (ride, peau d'orange, signes inflammatoires, nécrose du sein)
- Anomalie du mamelon (rétraction, déviation, surélévation, écoulement du mamelon)
- Nodule unique et unilatéral, indolore, dur et mal limité.
- Adhérent à la peau ou au plan du pectoral (peut être fixé)
- Adénopathies axillaires homo et ou controlatérale associé

Un cancer du sein est donc une masse irrégulière non douloureuse, adhérent à la peau, avec rétraction du

mamelon. Lors de l'examen, on recherche une adhérence au grand pectoral, on recherche des ganglions axillaires. On effectue une mammographie en première intention. Si un nodule est détecté, on effectue une cytoponction pour avoir une analyse cytologique, et une biopsie chirurgicale (tumoréctomie).

On classe les tumeurs du sein selon la classification TNM: (*à ne pas connaître selon la prof*)

T = taille de la tumeur

N = nodule/ganglion (palpé ou pas, *car il est possible de ne pas palper les tumeurs alors qu'elles existent*)

M = métastase associée

On peut alors définir différents stades dans la tumeur.

Il existe des examens complémentaires:

1. Mammographie: c'est l'examen de référence, bilatérale avec des incidences de face et de profil.

Image stellaire (*images qui part en étoile*), mal limitée, halo clair, péritumoral, microcalcification en zone (*blanc*), adhérences, épaissement de la peau en regard. A partir de 50 ans environ, mais si on palpe un nodule à une patiente de 30 ans, on lui fait quand même une mammographie.

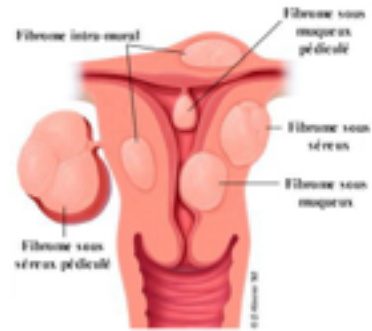
2. Echographie : intérêt limité

3. Examen histologique : fait le diagnostic, en sachant que dès qu'il y a une suspicion forte de malignité, la biopsie sera confondue avec la tumoréctomie chirurgicale comprenant un examen anatomopathologique extemporané (qui dictera la conduite à tenir).

V. Les grands pathologies gynécologiques

A. Fibromyome utérin

Le fibrome ou fibromyome utérin est une tumeur développée au niveau du muscle utérin (myomètre). C'est une tumeur bénigne qui n'évolue pas en cancer (*important à connaître*). Elle est composée de fibres musculaires lisses et de tissus conjonctifs.



Le fibrome peut être localisé à plusieurs endroits différents: sous muqueux (il bombe dans la cavité), sous séreux (il est sorti de l'utérus), intra mural (quand il est à l'intérieur de l'endomètre). Le fibrome peut être pédiculé (fibrome attaché à l'utérus par un petit pied) ou sessile.

1. Anatomopathologie

C'est une masse ferme, arrondie ou ovale, blanchâtre à la coupe, d'aspect fasciculé. Il est bien délimité par rapport au myomètre environnant mais n'est pas encapsulé. Il est constitué d'un lacis de fibres musculaires lisses, entrelacées avec des brins de tissus conjonctifs.

C'est assez fréquent, il touche environ 30 % des femmes et est hormono dépendant, donc il n'apparaît jamais avant la puberté et disparaît ou régresse chez les femmes ménopausées qui en ont déjà eu. Il apparaît souvent entre 30 et 50 ans, et est souvent bien tolérés (mais il est possible de mal le tolérer). La pilule oestro-progestative, la parité ou la grossesse n'ont pas de rôle dans l'apparition de fibromes. Il pourrait exister un facteur familial héréditaire car il y a des familles où il y a beaucoup de fibromes. Ce serait un contexte hyperoestrogénique absolue ou relative qui favoriserait l'apparition des fibromes (théorie hormonale). Le traitement est symptomatique et/ou curatif.

2. Symptomatologie

Que donne un fibrome?

- Une hémorragie: le fibrome bombe dans la cavité et peut influencer l'endomètre et la muqueuse, ce qui peut faire saigner. Cependant, ceux qui sont extérieurs à l'utérus (sous séreux) ne font pas saigner.
- Une sensation de pesanteur pelvienne et des douleurs, surtout pour ceux qui sont extérieurs à l'utérus et très volumineux. Ils peuvent appuyer sur la vessie ou le rectum, provoquer des troubles digestifs ou urinaires.
- Des dysuries
- Des leucorrhées
- Des problèmes de reproduction, surtout pour ceux qui sont dans la cavité (sous muqueux)

Il peut aussi avoir des complications (*voir plus loin*).

Les fibromes donnent des hémorragies utérines dans 62% des cas, surtout pour les sous muqueux. Ils peuvent donner des ménorragies et des métrorragies (saignements en dehors du cycle et n'importe quand).

Physiopathologie: Les fibromes entraînent une hyperplasie de la muqueuse et/ou des myomes sous muqueux.

3. Douleurs

Les douleurs apparaissent dans 40 % des cas, et sont généralement gérables. Il s'agit surtout d'une pesanteur pelvienne, calmée par le décubitus. Il peut y avoir des dyspareunies profondes (douleurs pendant les rapports). Les fibromes pédiculés peuvent se tendre = torsion d'un fibrome pédiculé, ce qui donne une nécrose cellulaire.

Dilatation cervicale d'un myome intra cervical.

Nécrobiose aseptique

La nécrobiose c'est lorsque qu'un fibrome se nécrose à l'intérieur. C'est aseptique car il ne s'infecte pas, il reste à l'intérieur du fibrome. C'est extrêmement douloureux et on peut injecter des antidouleurs ou anti inflammatoire par voie veineuse.

Dysurie

La dysurie apparaît dans 12 % des cas. Si le fibrome appuie sur la vessie, il peut donner des pollakiurie et des rétentions d'urine, ou à l'inverse des incontinences urinaire (quand ça gêne la sortie des urines, lorsque l'urètre est comprimé). Si un fibrome est très latéralisé, il peut comprimer les uretères = compression urétérale (hydronéphrose)

Reproduction

Le fibrome peut gêner la reproduction.

Il peut provoquer une infécondité avec:

- Hyper oestrogénie associée
- Modification de la contraction utérine
- Anomalies de la muqueuse endométriale *qui gêne la nidation*
- Anomalies vasculaires
- Compression tubaire *qui gêne la fécondation*

Avortements:

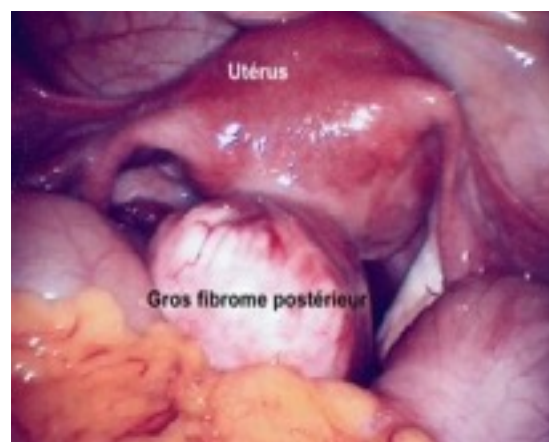
- Troubles de la nidation
- Troubles de la placentation avec un développent anormal
- Troubles de la distensibilité utérine

Au moment de grossesse, il peut entrainer:

- Accouchement prématuré
- Dystocie dynamique et/ou mécanique: *si le fibrome est très bas dans l'utérus, il peut gêner le bébé quand il sort*
- Hémorragie de la délivrance: *si il y a pleins de gros fibromes sur l'utérus et qu'on veut faire une césarienne, on peut être gêner pour faire l'incision car on risque de la faire sur un fibrome, ce qui provoque un saignement.*

4. Formes cliniques

Beaucoup de fibromes sont asymptomatiques (50 à 80%). Mais certains, de part leur localisation, tailles ou par des complications (aspect dégénératif), sont symptomatiques.



Comment diagnostique-t-on un fibrome à l'examen clinique?

Si un fibrome se situe plutôt vers le col, on peut sentir au touché vaginal un utérus augmenté de taille, on peut sentir une masse. On confirme le diagnostic à l'échographie.

- En cas de tuméfaction pelvienne, on peut sentir une voussure sus pubienne. *Par exemple, quand on palpe le ventre, on peut sentir un fibrome sous séreux qui est dur par rapport au reste du ventre*
- Lors de l'examen au spéculum, on peut sentir une déviation du col (si un fibrome se situe vers le col)
- Lors du toucher vaginal, on peut détecter une augmentation du volume utérin, un utérus bosselé, un myome enclavé (une masse) dans le cul de sac de douglas
- On effectue une échographie comme examen para clinique pour confirmer le diagnostic.
- Les frottis cervicaux, l'examen des seins peuvent aider au diagnostic
- Une sensation de prolapsus (*descente des organes pelviens vers le bas*), une incontinence urinaire sont des symptômes pouvant révéler la présence de fibrome.

Les examens complémentaires

L'échographie peut être abdominale ou vaginale. Elle mesure les myomes, objective leur topographie et suit l'évolution du fibrome.

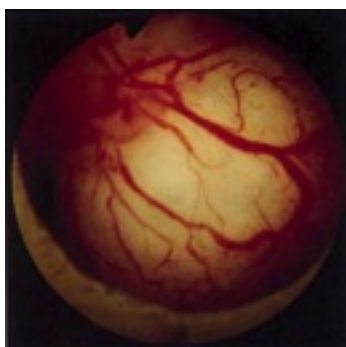
Le scanner et IRM permet d'obtenir des très bonnes images mais est très couteux. Ce n'est pas l'examen de première intention.

L'hysterosalpinographie est un autre examen gynécologique. On injecte un produit radio opaque à travers le col, qui va remonter dans la cavité de l'utérus, puis on fait une radio. On peut ainsi voir l'intérieur de l'utérus.

Exemple: si il y a un fibrome qui pend dans la cavité, on peut voir une lacune arrondie et le produit de contraste permet d'entourer le fibrome. Ou alors, on peut voir un utérus dévié à cause du fibrome qui bombe la cavité.

Ainsi, lors d'une hystérosalpinographie, on peut détecter des signes directs de fibrome si on détecte une lacune. On peut détecter des signes indirects comme une cavité utérine agrandie, la déformation des bords, l'utérus dévié, les annexes refoulées.

Il peut y avoir des lésions associés comme une hyperplasie, cancer, polype. *(La prof n'a pas trop développer ce point là)*



On peut aussi faire une hysteroscopie, qui est un examen diagnostic (pour voir à quoi ressemble le fibrome) et thérapeutique. Il peut s'agir d'une hysteroscopie opératoire. On ne peut voir seulement les fibromes sous muqueux et les lésions associées.

Image obtenue lors d'une hysteroscopie: fibrome très vascularisé.

5. Complications du fibrome

Les complications du fibromes sont:

- l'anémie
- La compression des organes de voisinage: dysurie, trouble digestifs
- Des torsions avec douleurs

- La nécrobiose aseptique avec douleurs
- L'infertilité: fausses couches, impossibilité de grossesses
- Des saignements importants: ménorragies, métrorragies

B. Kystes de l'ovaire

On peut avoir des kystes du corps jaune qui va alors devenir très volumineux, mais il peut y avoir toute sorte d'autres kystes de l'ovaire. C'est très douloureux, les douleurs sont aiguës (très brutale) ou chroniques, avec des torsions ou ruptures de l'ovaire. Les douleurs sont violentes ou modérées. On peut le sentir au toucher vaginal dans un cul de sac latéraux par exemple. Un kyste est une tuméfaction pelvienne latérale séparée de l'utérus par un sillon.

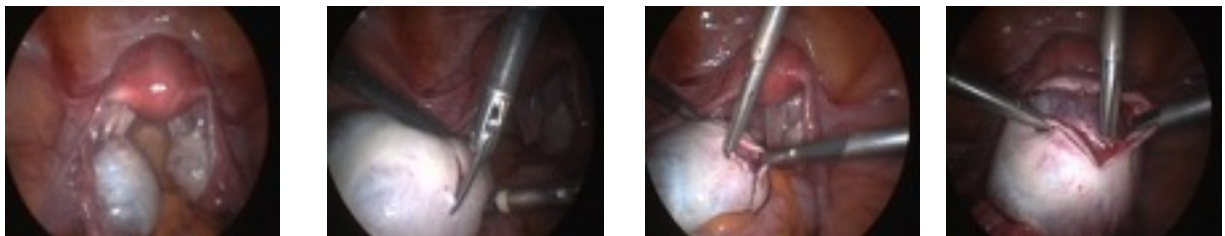
Il n'y a pas de saignement car il est dépendant de l'ovaire et non de la cavité utérine. On peut le diagnostiquer à l'examen clinique d'une part, puis on fait toujours l'échographie et ensuite l'IRM et scanner (surtout l'IRM que scanner).

1. Tumeurs ovariennes : Entité anatomo-clinique

Il existe plusieurs types de kystes:

- Les kystes fonctionnels: ce sont des kystes qui peuvent disparaître au bout de 2 mois.
- Les kystes organiques : ils persistent et il faut les enlever. Ils n'ont pas de contenu liquidiens mais plutôt un contenu solide: kyste démoïde (on retrouve des tissus provenant du feuillet ectodermique comme des cheveux, des dents), cystadénome séreux ou mucineux, endométriosique. (*surtout retenir le kyste démoïde*)
- Lorsqu'il s'agit d'une tumeur de l'ovaire, on parle d'adénocarcinome

On peut enlever le kyste en incisant l'ovaire, on le désolidarise du tissu ovarien et sortir le kyste en entier. En dessous: kystectomie per coelioscopie



2. Torsion d'annexe

Même si c'est un kyste fonctionnel bénin, si il est très volumineux, ce kyste peut se tordre, c'est-à-dire que tous les vaisseaux reliant l'utérus à l'ovaire font un tour de spire, ce qui provoque une ischémie de l'ovaire. Ceci est très douloureux = douleur aiguë, *la patiente aux urgences est pliée en 2, elle est en position fœtus*, elle a des vomissements à cause de la douleur, malaise (syncope). Les douleurs sont latéralisées, dans un cul de sac vaginal, avec des douleurs au moment du toucher vaginal. Il est possible que la patiente ait très mal puis qu'elle n'ait plus mal, cela signifie que l'ovaire est nécrosé. On doit alors opérer très vite en coelioscopie pour détendre le kyste et éviter la nécrose ovarienne, c'est une urgence chirurgicale. On n'oublie pas de faire une échographie-doppler au moment de l'examen clinique.

C. Salpingite aiguë

La salpingite aiguë est une infection sexuellement transmissible généralement ascendante. Les IST ne sont pas seulement localisées au vagin mais peuvent remonter au niveau de l'utérus et des trompes: gonocoques, chlamydiae, ou d'autres germes banals.

Ce n'est pas forcément une infection symptomatique et on peut détecter plus tard des séquelles à long terme : obstruction tubaire, infertilité, grossesse ectopique.

Dans le tableau plus extrême, la patiente atteinte peut avoir:

- Douleurs pelviennes (mal au ventre)
- Fièvre et signes infectieux
- Leucorrhées sales qqfois saignements
- Pendant le toucher vaginal, on mobilise l'utérus et la patiente aura des douleurs
- Masse annexielle: abcès (pus) de la trompe qu'on sent à l'examen clinique. Dans ce cas, on prélève les leucorrhées = prélèvement vaginal
- Hyperleucocytose, C Réactive Protéine (CRP = protéine de l'inflammation augmenté) car il s'agit d'une infection

À l'échographie, on peut voir les collections liquidienne. On peut détecter la salpingite seulement si il y a des complications au niveau des trompes, dans ce cas on devra faire une coelioscopie (traitement chirurgicale). Sinon, le traitement est seulement des antibiotiques.

D. Grossesse extra-utérine

C'est la première cause de mortalité de la jeune femme. Toute femme en âge de procréer a une grossesse extra-utérine (GEU) jusqu'à preuve du contraire, jusqu'à ce qu'on prouve qu'elle a une grossesse à l'intérieur de l'utérus.

1. Facteurs de risques

- Si elle a des antécédents: de GEU, chirurgie tubaire, salpingites ou infection pelvienne, adhérences et chirurgie pelviennes, stérilisation tubaire, D.E.S.. (tout ce qui a pu abîmer la trompe). *Pendant la fécondation, l'ovaire chemine dans la trompe, et si elle est abîmée, l'ovaire peut se stopper dans la trompe et le spermatozoïde peut remonter dans la trompe et il peut y avoir fécondation. La trompe n'est pas extensible, ainsi il y a un risque de rupture et de saignements dans le ventre.*
- Traitements en cours : PMA, microprogestatifs, stérilet, pilule du lendemain
- Autres : tabac

2. Symptomatologie

La symptomatologie est variée mais associée typiquement:

Pendant l'interrogatoire, on peut détecter des douleurs pelviennes non spécifique (90%). Il y a un contexte d'aménorrhée (70%) suivie de métrorragies noires sépia (60%). La patiente peut avoir éventuellement signes de grossesse (25%). Si elle saigne beaucoup dans le ventre, elle peut faire des malaises, un choc hypothermique, des douleurs au niveau des épaules (scapulalgies)

Pendant l'examen clinique, on détecte: douleurs du cul de sac latéral ou cul de sac de Douglas ; des irritations péritonéale (70%): dysurie, ténésme, hoquet, cri du douglas ; douleur à la palpation abdominale (90%) ou douleur annexielle (80%) ; une masse annexielle (40%) : un utérus plus petit que ne le voudrait l'âge de la grossesse.

À l'échographie, l'utérus est complètement vide, on peut voir une masse latéro utérine, un épanchement dans le douglas (*il y a du sang dans le pelvis*). La réaction de grossesse est positive. Si c'est une GEU rompue (qui a saigné) il faut opérer une urgence = coelioscopie.