Appareil Génital Féminin cours présentiel

Cette fiche est complète, la seule partie que je n'ai pas mise est celle sur le périnée car elle déjà dans la fiche du cours vidéo et le Pr Baque n'a rien ajouté de nouveau. Il y a pas mal de nouveautés mais ce sont des approfondissement des cours du Pr FDP, il est donc impératif que vous ayez vu les vidéos avant de commencer cette fiche. Je vous ai rajouté quelques explications (en gris italique) pour que visualisiez correctement.

Généralités

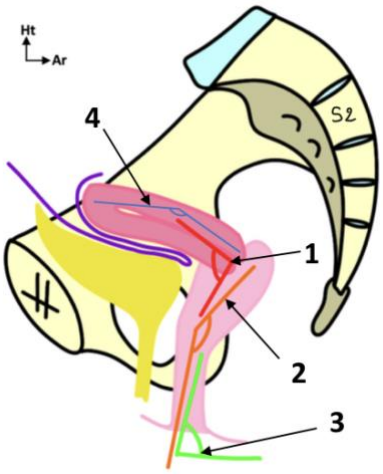
Au niveau de **S2** se trouve la grande incisure ischiatique avec l'épine sciatique, qui est un repère important, puis la petite incisure sciatique et le foramen obturateur.
La **pilosité** pubienne de la **femme** est **triangulaire** alors que celle de l'homme est losangique.

Angles de l'appareil génital

- Le vagin est orienté de **60/65°** par rapport à l'horizontal. Son grand axe coupe S2 ou S3.
- **Angle vaginale** ouvert vers l'arrière de **135°.** Cet angle est lié à la présence du diaphragme pelvien et notamment à la fronde du faisceau pubo-vaginale.
- Angle cervico-vaginal **d'antéversion** d'environ **90°** : La face antérieure de l'utérus repose donc sur la face supérieure de la vessie à travers des recessus péritonéaux (cul-de-sac utéro vésical)

NB : L'antéversion physiologique de l'utérus n'est pas présente chez toutes les femmes. Certaines femmes ont un utérus rétroversé, qui se verticalise (il y a différent degrés de rétroversion).

- Angle **d'antéflexion** de **135°** : angle très effacé entre le col et le corps de l'utérus



⊕ Ces angulations sont très importantes pour la **statique pelvienne**. Si l'utérus est **rétroversé** il est quasi verticalisé et aura tendance à sortir *(à travers le vagin)* sous l'effet de la poussée des viscères abdominaux.

Vagin

C'est l'organe de la copulation, de l'évacuation des menstruations et de l'accouchement (car c'est un organe élastique et très extensible).

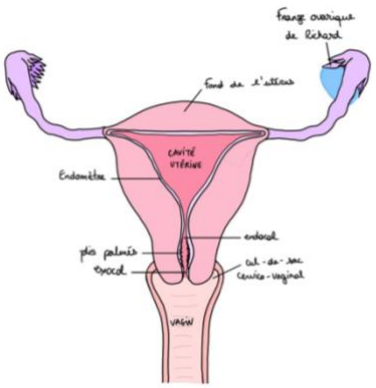
⊕ Lors de l'accouchement, sous l'effet des hormones, les ligaments sacro-iliaques, la symphyse pubienne se **relâchent** et le vagin se distend (élastique)

Lors de l'examen gynécologique avec un spéculum c'est surtout la paroi antérieure qui est visible (lorsqu'on regarde horizontalement), avec le col de l'utérus au fond.

Le tutorat est gratuit. Toute vente ou reproduction est interdite.

Utérus

Le col de l'utérus est centré sur l'**épine sciatique.**



On place :

- Fond de l'utérus
- Cornes de l'utérus : en lien avec les formations annexes
- Parois latérales
- Endocol
- Plis palmés
- Exocol

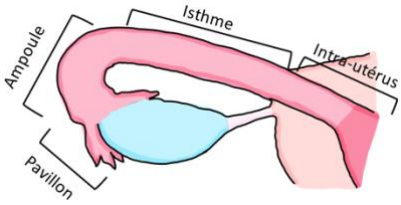
Zone des cancers du col de l'utérus

L'articulation entre le vagin et le col utérin s'appelle le **cul-de-sac cervico-vaginal** ou **fornix**.
Muqueuse utérine = endomètre : suit le cycle hormonale de la femme

Annexes

Les annexes de l'utérus se détachent au niveau des cornes et correspondent aux trompes (=organe de la fécondation) et aux ligaments.

Les trompes :



1. Portion **intra-utérine** (segment 1) qui se poursuit par
2. L'**isthme** puis une dilatation : l'**ampoule** tubaire, lieu de la fécondation (segment 2)
3. **Pavillon** : c'est a partie terminale de la trompe (segment 3). Les franges du pavillon sont libres sauf une qui rattache l'ovaire = la **frange ovarique de Richard.**

Le pavillon est en contact avec l'ovaire (unité fonctionnelle trompe/ovaire). L'ovaire est dans la concavité de la trompe.
L'ovule sera sécrété par l'ovaire puis capté par le pavillon puis continue son trajet dans la trompe.

Patho : Grossesses tubaires

Au lieu de s'implanter dans l'utérus, l'ovule fécondé s'implante dans la trompe soit :

- Il a grossi trop vite et n'arrive pas à traverser l'isthme
- **Obstruction tubaire** : souvent lié aux **maladies infectieuses** qui entraînent des **synéchies** = rétrécissements tubaires. L'ovule fécondé a des difficultés pour progresser dans la trompe et donc le fœtus se développe dans la partie rétréci.

Dans les deux cas on parle de grossesse extra utérine. Il y a un risque de rupture tubaire et donc d'hémorragie interne. Les jeunes femmes qui arrivent aux urgences sont toutes blanches et avec des douleurs abdominales. Le choc hémorragique peut aller jusqu'à la mort.

L'ensemble (isthme, ampoule, pavillon, frange de Richard) est **recouvert de péritoine sauf l'ovaire**. Si l'ovaire était péritonisé l'ovule ne pourrait pas être capté par le pavillon.

Le tutorat est gratuit. Toute vente ou reproduction est interdite.

NB : Initialement l'ovaire était péritonisé, puis le péritoine « fond » pour que l'ovule soit capté.

Stérilité tubaire

La stérilité tubaire peut être d'origine :

- **Tubaire :** à proprement dit (synéchies) ou d'origine
- **Péritonéale :** lorsque c'est le péritoine qui a été le siège de la maladie. Lors d'une péritonite (=infection) il y a formation de brides (= adhérences) qui peuvent boucher l'orifice tubaire

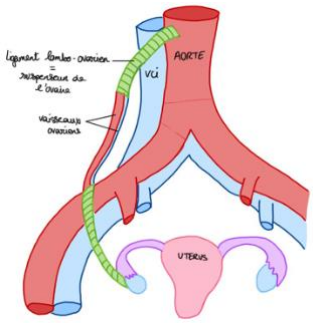
Les ligaments :

Ils forment un système qui soutient le ligament large et l'ovaire.

- Ligament rond : part de la corne utérine **en avant**, et rejoins l'orifice inguinal profond. Il s'étend du mont du pubis jusqu'aux grandes lèvres. Dans la portion inguinal, il est accompagné de fibres musculaires qui sont l'équivalent des muscles cremasters chez l'homme.

- Ligament utero-ovarien : de la corne utérine **en arrière**, au pole **inférieur** de l'ovaire

- Ligament lombo ovarien (= suspenseur de l'ovaire) : issue de l'aorte dans la **région lombaire**. Il rejoint le pole **supérieur** de l'ovaire. L'artère et la veine ovarienne longent ce ligament.
  En gros les vaisseaux ovariens vont soulever des replis fibreux sur leur passage. Ces replis fibreux vont engainer les vaisseaux et ainsi former le ligament lombo-ovarien, c'est pour ça que le Pr dit qu'il est issue de l'aorte.
  C'est lié à la descente de l'ovaire (comme pour le testicule) sauf qu'il s'arrête dans la cavité pelvienne alors que le testicule sort (via le canal inguinal).



- Ligament utéro-sacré : unis le col de l'utérus et le sacrum. Il participe à la formation du torus uterinus *(= union des deux ligaments utero-sacré)* en avant du rectum

VUE CŒLIOSCOPIQUE

C koi une cœlioscopie ??

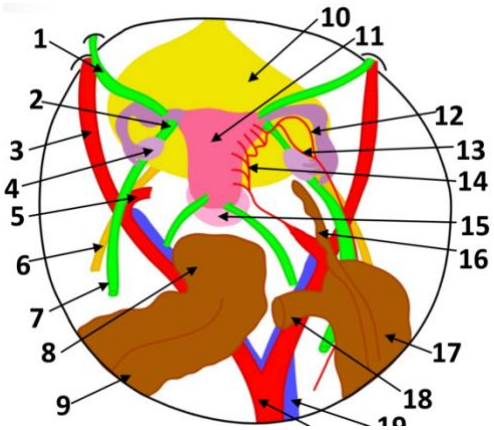
C'est un examen fréquent où l'on met une caméra au niveau du nombril et on regarde vers le pubis *(en gros par le haut du petit bassin)*. L'image obtenue est ronde.

On met la patiente en position de Trendelemburg (jambes écartées et la tête en bas).

La masse viscérale remonte et ainsi on peut voir les viscères pelviens dans la cavité péritonéale.

On voit 3 étages :

- En **avant** : la **vessie (10)**. Elle doit être vidé pour la cœlioscopie sinon elle masque les autres viscères.
  On voit la face supérieure de la vessie qui se prolonge jusqu'au nombril par l'ouraque (= ligament ombilical médian), c'est un résidu du diverticule alentoidien. La vessie est recouverte par l'utérus.



- Au **milieu** : l'utérus **(11)** couché sur la vessie (antéversion). Il s'articule avec le vagin au niveau du fornix (= cul-de-sac vaginal) (15), qui lui repartira vers l'avant.

- En **arrière** : le **rectum,** qui fait suite au colon sigmoïde (9) avec ses bosselures (= haustrations coliques). Il y a des taenias coliques (= condensation de fibres longitudinales musculaires lisses), qui s'arrêtent à la jonction colon sigmoïde/rectum. On peut voir la dilatation du rectum (=ampoule)(8) qui fait suite au sigmoïde.

On place ensuite le colon droit (17) avec le caecum (18), le taenia du colon droit (= base de l'appendice), et l'arrivée de la dernière anse intestinale. On remarque que l'appendice (16) en position pelvienne flirt avec l'ovaire = **flirt apendiculo-ovarien.**

Patho : Douleurs pelviennes

Il y un grande proximité entre la pointe de l'appendice et l'ovaire. Donc lors d'une **douleur de la fosse iliaque droite** c'est difficile de faire la différence entre :

- une **maladie des annexes** : kyste de l'ovaire, torsion de kyste, grossesse extra-utérine, salpingite, tumeur de l'ovaire, ovarite (= infection de l'ovaire
- **Douleurs de l'appendice** (perforation de l'appendice par ex).

Derrière ça, il y **l'uretère**, qui arrive de la région lombaire et qui amène l'urine dans la vessie. Donc une colique néphrétique à droite (= un calcul dans les voies urinaires) entraîne une douleur dans la même zone que les patho des annexes ou de l'appendice.

Il y'a aussi des **pathos vasculaires pelviennes**. Notamment les thrombophlébites de la veine hypogastrique *(= caillot dans la veine iliaque interne)* ou une **stase veineuse** chez une patiente avec des difficultés de retour veineux. Cela donne des douleurs pelviennes.

Donc **douleurs pelviennes = origines multiples** à cause de la proximité des organes notamment à **droite**. Il y a moins de causes de douleurs de la fosse iliaque gauche.

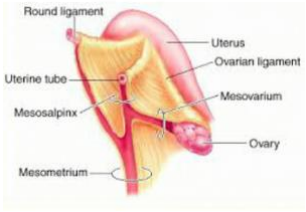
Chez les personnes minces, la cœlioscopie permet de voir l'**axe vasculaire** à travers le péritoine.
L'aorte va donner (la bifurcation est visible) les artères iliaques communes qui se poursuivent en artères iliaques externes (3) (passage dans l'orifice inguinale profond) et iliaques internes (5).
Les veines suivent le plan artériel en dedans.

⇨ Tout ça est **recouvert de péritoine viscéral**, « comme un linge mouillé sur un étendage »

Péritoine

Le péritoine viscéral recouvre le ligament lombo-ovarien et les vaisseaux.
En arrière de l'utérus, le péritoine forme le recessus recto-utérin (= cul-de-sac de Douglas). Ce recessus est bordé par le torus uterinus. Il fait la jonction entre péritoine pelvien et péritoine entourant les viscères abdominaux.

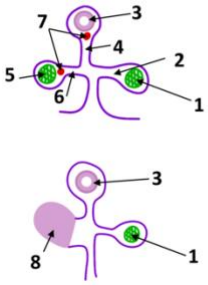
Le péritoine viscéral va former un creux entre le ligament rond et la trompe, et entre la trompe et le ligament utero-ovarien. Ce sont ces réflexions péritonéales qui forment le **ligament large**.



Ligament large

Sur une coupe para-sagittale du petit bassin, on coupe le ligament large (« broad ligament »)
Le ligament large est une formation péritonéale **paire et symétrique** qui **repose sur les annexes** de l'utérus. Donc si on fait une coupe para sagittale, on trouve 2 éléments fibreux (ligament rond + ligament utero-ovarien) et un élément génital (oviducte).

Schéma 22 – Coupe latérale du ligament large (Broad ligament) à 2 étages différents :



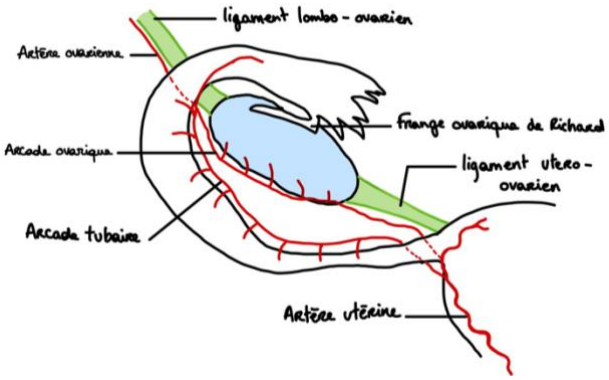
1	*Ligament rond*
2	*Méso du ligament rond*
3	*Trompe*
4	*Méso-salpynx*
5	*Ligament utéro-ovarien*
6	*Méso du ligament utéro-ovarien*
7	*Vaisseaux*
8	*Ovaire*

Il y a alors la formation de méso. Pour la **trompe** il prend le nom de **mésosalpinx.**
Dans les méso circulent les vaisseaux (7). Donc au niveau du ligament large on retrouve la circulation utérine et annexielle.

Vascularisation

L'**artère hypogastrique**, et notamment le tronc antérieur, vascularise tout les organes du pelvis elle donne les artères :

- Rectales
- **Utérine**
- Ombilical (pour la vessie)
- Vaginale



L'**artère utérine** est tortueuse car l'utérus doit se dilater pendant la grossesse (utérus gravide). Elle se divise en :

- Rameau tubaire (=arcade tubaire) qui longe la trompe
- Rameau ovarien (arcade ovarienne) qui longe le ligament tubo-ovarien.

Ces deux systèmes artérielles s'anastomosent et rejoignent l'artère ovarique (= artère gonadique) qui vient de l'aorte.

Si on fait une coupe du ligament large on retrouve l'arcade tubaire et, le long du ligament utero-ovarien, l'arcade ovarienne.

Patho : Hémorragies de la délivrance

Quand on doit faire une hystérectomie d'hémostase *(on retire l'utérus pour arrêter le saignement)* chez une patiente en fin de grossesse qui fait une **hémorragie de la délivrance** c'est très difficile. C'est encore un des rares cas où la mère peu encore mourir en couche en France.

Patho : Grossesses extra-utérines *(oui encore)*

En cas de grossesse extra-utérine avec **déchirure de la trompe** au niveau de l'isthme, l'**arcade tubaire va se rompre** brutalement. C'est une urgence chirurgicale.

C'est souvent des femmes qui ont eu des infections génitales qui ont bouchées les trompes. Les patientes arrivent aux urgences en état de choc avec pâleur, soif++, défense abdominale, douleurs, tachycardie, hypotension, signes d'hémorragie interne *(vous verrez ça en P2)*.

Le traitement c'est la **coagulation de l'artère tubaire**. Il y a fort risque de récidive car les trompes et l'artère sont à présent fragiles

Cas clinique

Il y a une **communication** entre l'intérieur et l'extérieur. Si on fait une **hystérographie** (=injection produit de contraste), on injecte un produit de contraste au niveau du col de l'utérus qui va se disperser dans l'utérus puis les trompes et sort dans la cavité péritonéale.
C'est comme ça qu'on recherche si les femmes ont une stérilité tubaire (on test la perméabilité tubaire).

Le Pr nous racontes le cas d'une patiente présentant un pneumo-péritoine (= air dans la cavité péritonéale, qui dans 99% des cas est d'origine digestive) sans signe d'infections *(1ère chose bizarre)*.
Il fait une cœlioscopie et là ça sent le chlore *(2ème chose bizarre)*. Ils retrouvent un liquide transparent dans le cul de sac Douglas *(Je trouve ça pour le moins bizarre)*.
La patiente c'était enfaite mise devant les jets d'eau de la piscine et donc l'eau est rentré par le vagin puis ressortis par les trompes. C'était un pneumo-péritoine d'origine génitale (*« peut-être que Pierre Palmade a connu ça »*).

Sur ces belles paroles c'est déjà la fin de cette fiche !
Dédicaces :

- *À toi qui lis ça avant la fiche*
- *À toi qui lis les dédis après la fiche*
- *À toi qui lis pas les dédis*
- *À Marseille, on se voit l'année prochaine <3*
- *Aux soirées qui finissent dans des plans improbables*
- *Au pesto (team rouge ou vert ?)*
- *À la PACES #c'étaitmieuxavant*
- *À Victor qui aime trop les stats (téléchargez sa fiche pour qu'elle soit à 800) et à Elsa qui est super aigri* 🙃

Le tutorat est gratuit. Toute vente ou reproduction est interdite.