

I) l'examen gynécologique

- explique le déroulem^t de l'examen à 1 fe^e pour la rassurer
- c'est participer à la préparat° de la fe^e & parfois participer, de la limite des compétences iOE, aux ≠ méthodes Ag.

def: C'est l'examen réalisé par 1 Dr gynéc° ou 1 sage-fe^e. Il porte sur l'examen clinique de la fe^e :
- les organes génitaux externes (vulve, glandes mammaires)
- les organes génitaux internes (vagin, col de l'utérus).

But: - d'apprécier le développ^t des organes génitaux externes
- dépistage & suivi des affections gynéc° ds le cadre des act° de prévent°

- prévention primaire: dépistage de masses (tumeurs)
 - examen clinique au palper
 - frotis cervico-vaginal (avant les 2 ans)
 - Apprentissage de la technique d'auto-palpation des seins.

- prévention 2^daire: dépistage chez les fe^e à risque en fonct° de l'âge, des ATCD médicaux & familiaux

- prévention tertiaire: prévention des récidives (fe^e a déjà eu 1 KC, surveillance de non rechute).

Description: en 4 étapes

- 1^e/ observat° des organes génitaux externes
- 2^e/ examen au spéculum
- 3^e/ examen bi-manuel
- 4^e/ examen des seins

1^{er} tps: interrogatoire ou entretien médical

Précise l'âge, la profession, la situation conjugale & sociale
le motif de consultation
les symptômes

Va porter :

- sur l'hygiène de vie de la fé
- la date des dernières règles
- l'étude du cycle
- 1 contrôle poids / taille
- prise T / TA
- appréciat° extérieur des vêtements (aspect) & pilosité

Va rechercher :

- des ATCD familiaux (TA, ...) & gynécologiques (UC ovarie, ...)
- type de pilule
- ATCD obstétricaux (acc. eutociq, dystociq)
- nbre de grossesses, d'avortem^s spontanés
- de césariage
- d'IVG
- nbres de grossesses à terme

gestité : nbre total de grossesses

parité : nbre de grossesses à terme.

2^e tps: l'installation de la fé

la fé est installée en position gynéco traditionnelle, le corps est en décubitus dorsal. Elle est allongée sur 1 table d'examen, bien éclairée, munie d'étriers; soit allongée, soit demi-assise.

la fé doit avoir de préférence la vessie vide sauf si echo prouve après. Le rectum doit être vide.

la fé est dévêtue en fonction de l'examen: attent° à respecter la pudeur & les rites culturels

3° tps : le matériel

- gants non stériles
- spéculum vaginal
- lubrifiant
- spatule ou matériel de prélèvements

4° tps : examen de la vulve

- observat° de l'état cutané, de la muqueuse de l'orifice vaginal
- observat° des téguments externes, écoulements & type?
- examen du méat urinaire & des clitoris
- appréciat° du tonus du périnée à la recherche d'utérus, rectocele, prolapsus, incontinence urinaire.
- palpation du vagin: présence de l'hymen chez la vierge, sillon lobules hyménaux.

5° tps : l'examen au spéculum

spéculum: c'est 1 instrument qui est constitué de 2 valves de tailles variables. Soit en métal, soit en plastique, soit à usage unique ou stérilisable.

≠ taille de spéculum: en fonction de la patiente

ne être introduit de la vagin: va permettre de visualiser l'aspect du col utérin et la recherche de lésions éventuelles

prélèvements par écouvillonnage

un col bleu est le signe d'un début de GV: signe de Jacquemart.

Le retrait du spéculum doit être fait en ayant desserré les valves sans percer le col ni les téguments.

6° tps : l'examen bi-manuel

examen fait avec index & majeur, main gantée

↳ palpation des parois vaginales
du col de l'utérus

l'autre main est placée à mi-chemin entre l'ombilic & le pubis & appuie fermement en direction du vagin.

↳ apprécie^o position utérus, sa taille, sa mobilité & la ré-
gularité de ses contours.

↳ palpations des annexes D^{te} & G^{che} (ovaires & trompes).
recherche de masses, zones sensibles

L'examen est parfois complété par 1 toucher rectal :

↳ apprécie^o consistance & sensibilité de la cloison recto-vaginale
& des ligaments utéro-sacrés.

7° tps : les tests au cours de l'examen gynéc.

- le frottis cervico-vaginal : permet de dépister le col
prélev^t acheminer labo anatomie-pathologie

- la biopsie du col

- le frottis & biopsie de l'endomètre

- l'examen des seins

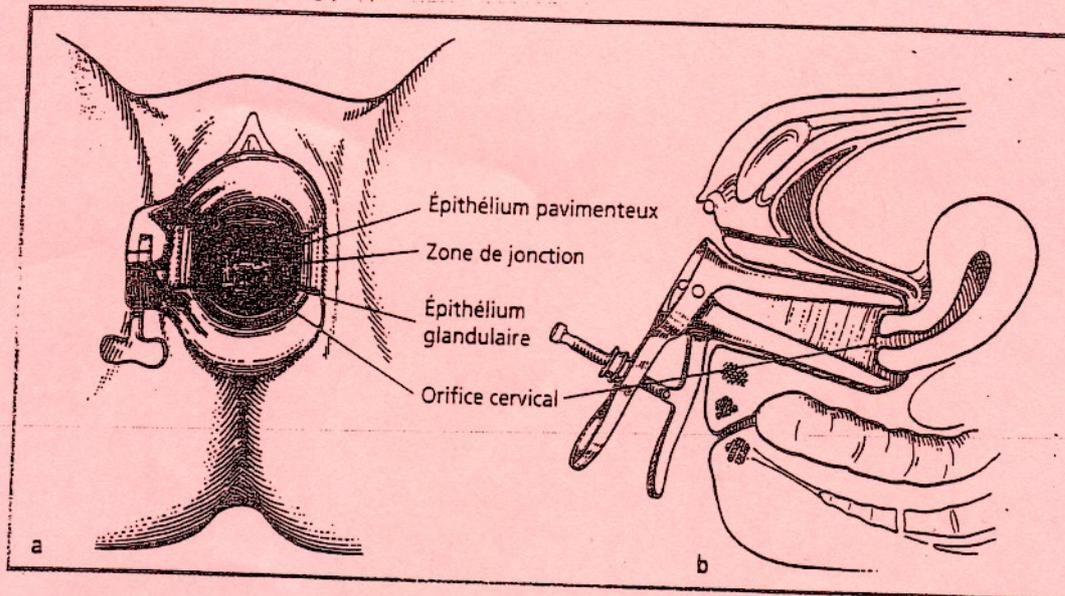
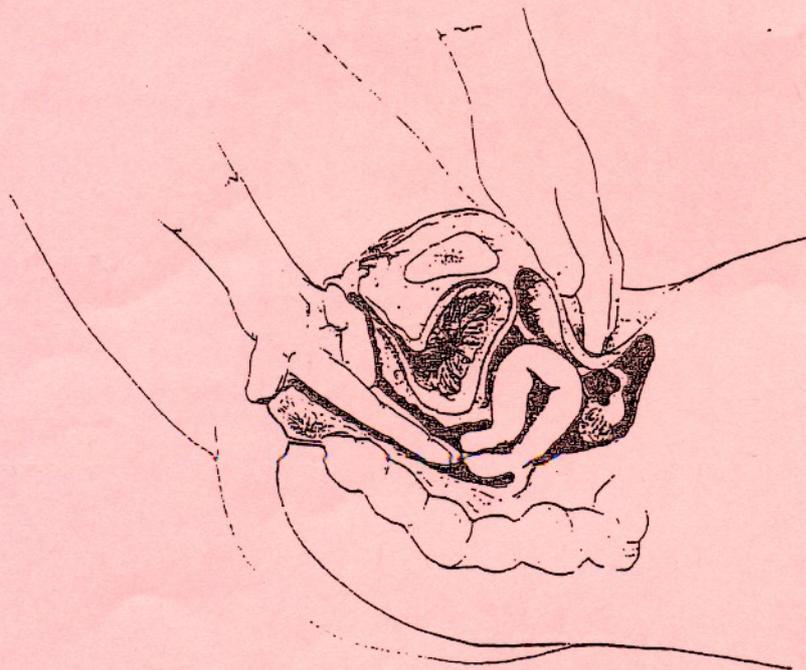


Figure 19. Examen au spéculum. a. Spéculum opérateur de Collin. b. Spéculum de Cusco, vessie vide.



Toucher vaginal combiné au palper abdominal.

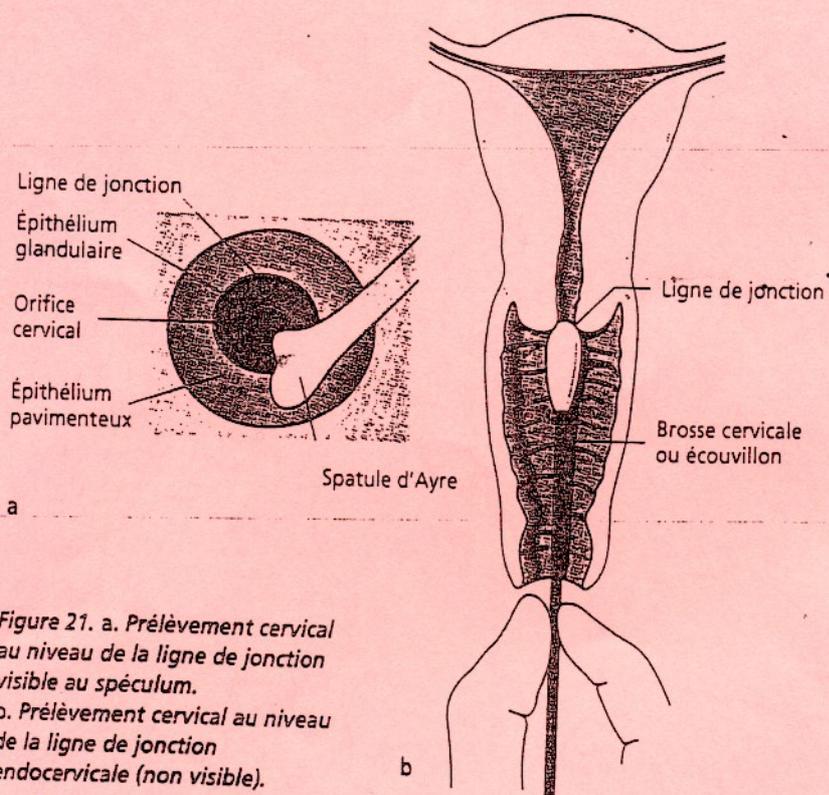


Figure 21. a. Prélèvement cervical au niveau de la ligne de jonction visible au spéculum.
 b. Prélèvement cervical au niveau de la ligne de jonction endocervicale (non visible).

II) L'échographie abdomino-pelvienne

↳ les principes

technique qui utilise les ultra-sons.

examen facile à réaliser & qui peut être répété sans danger.

L'image échographique est construite à partir de la réflexion d'ultra-sons sur les structures pelviennes.

examen donne des indicat° sur le contour & la mobilité des structures solides ou liquides contenues de la cavité pelvienne.

va permettre de voir : les organes génitaux internes de la femme
seuils évolut°, croissance fœtus au cours de la G.

Elle peut être réalisée par 2 voies ≠ :

→ voie transabdominale

- la femme doit avoir la vessie bien pleine

examen difficile en cas d'obésité, de flatulences & l'accumulat° de gaz de les intestins.

→ voie vaginale

Permet l'imagerie haute définit° par l'utilisat° de sondes à haute fréquence.

Par contre le pelvis est vu de façon fragmentaire.

- la femme doit avoir la vessie vide.

La sonde est encapsulée d'un préervatif rempli de gel : favoriser la diffusion des ultra-sons.

• privilégié en cas d'obésité

• si la femme a subi x interventions au niveau de l'abdomen

• si la femme a des encroûtements utérins

• si la femme est dialysée péritonéale

Permet de voir :

- utérus rétro versé

- ovaires position basse

Les buts

Permet de poser l'Ag & de prendre des décisions thérapeutiques.

Le déroulement de l'examen

- La PS est en décubitus dorsal
- La lumière est partiellement occultée ds la salle d'examen
- Le soignant pose 1 gel sur la zone à étudier
- dure 15 à 20 min
- examen échotone
- résultats transmis au Dr traitant rapidement.

III) Les examens gynécologiques

1) Les dosages hormonaux

• le dosage des œstrogènes

Def: c'est l'examen sanguin qui permet de mesurer le taux d'œstrogènes dans le sang (secrété par ovaires)

Buts:

- renseigne sur l'état de la fonction ovarienne
- permet de suivre le développ^t fœtal
- résultats disponibles quelques jours @ tard ; ils varient selon les méthodes utilisées en labo.

• le dosage de la progestérone plasmatique

Def: c'est l'examen sanguin qui consiste à mesurer le taux de progestérone de le sang (secrété par ovaires)

Buts: - cet examen associé à l dosage des œstrogènes & à l'écopie de l'endomètre permet de dépister l' hormonal cause de stérilité.

Principes:

- doit s'effectuer en dehors de toute prise de médicament œstro-progestatif
- fait au cours de la 2nd partie du cycle
- s'accompagne d'un dosage des œstrogènes
- résultats disponibles quelques jours @ tard.

• Les BHC

C'est l'examen sanguin qui consiste à mesurer le taux de sécrété par le placenta qui est le tissu nourricier de l'œuf.

On ne le détecte qu'en cas de @ & dès la 1^{ère} s.

Le taux → jusqu'à la fin des 3^{es} mois de @ & > progressiv^t ensuite.

Buts: poser le dg précoc^t d' l' @

- Recherche des causes de fausses couches précoces
- Recherche de tumeurs malignes (tumeurs môle hydatiforme)
- maladie du placenta qui est caractérisée par la transformation des villosités chorionales en nombreuses vésicules groupées en grappe.

→ Résultats disponibles 24h à 48h après. possible en urgence.

2) Le frottis cervico-vaginal

↳ Rappel KC du col

KC est curable à 100% si pris tôt.

À partir de 30 ans, frottis systématique tous les 2 ans.

KC d'évolution lente & débute sur l'ectocervix.

Au début lésions mineures, invisibles à l'œil nu. Si non traitées, vont s'étendre de la lésion cervicovaginale du col → développent plus rapidement car tissu dense donc pénétration rapide & contiennent multitude de vaisseaux sanguins & lymphatique = extension rapide & départ possible de métastases.

80% des KC de haut grade peuvent être évitées si les frottis sont effectués régulièrement.

Les lésions pré-KC sont dues à des virus mais aussi co-facteurs tels que...

→ Examens:
 spéculum
 colposcopie + biopsie
 conisation

Si KC très avancé

urographie
 IRM - scanner

tt : chimiothérapie, radiothérapie.

Def. C'est 1 prél^t endocerviculaire réalisée au cours d'1 examen gyné-
co qui consiste à ébeler sous 1 lame de verre des 2 pour
lecture différée au microscope. Examen non douloureux.

Buts :

- détecter précocement les lésions pré-^{LC} ou malignes
du col ou de l'endomètre.
- détecter des infections
- apprécier le degré d'imprégnat^o hormonale (œstrogènes)
- mettre en évidence des lésions bénignes : ectropion
éversion de la muqueuse utérine (saillie de la mu-
queuse, bourrelet) au niveau du col.
- détecter des polypes, des myomes

Meilleur moment pour le prél^t

- période péri-ovulatoire
- 2^o phase du cycle

Le frottis ne doit pas être fait en période de menstruation : sang
empêche Ag.

Idem pour infect^o uulvo-vaginale.

Important que la f^o précise la date des dernières règles & tte
suivi.

Frottis possible pd^t (G)

Résultats : 10 à 15 jrs après examen.

3) Les biopsies de l'endomètre

Def. Prél^t tissulaire fait sous contrôle colposcopique ou
hystérocopique. Réalisés avec pinces coupantes. Doivent être

suffisamment profondes pour emmener les tresses conjonctives.
Sont immédiatement fixés dans du liquide de Bouin ou formol.
En général les biopsies cervicales ne sont pas DL. pas d'acétic.
contrairement aux biopsies utérines: très DL.

Buts: - évaluer la maturat° de l'endomètre, favorable à la néolat°
- dépister des pathologies de l'endomètre

A faire du 10° au 23° jrs du cycle.

Grâce à la biopsie, on sait si le UC a franchit la couche
de χ basales (= évaluer l'étendue du UC).

Prélèvements fixés dans du formol \rightarrow anatopath Labo.

a) Les biopsie du col

\rightarrow Biopsie simple: ambulatoire, pas de prémédication

\rightarrow Biopsie étendue: ambulatoire, préparation sédatrice avec ou sans AG.

b) Les biopsies de l'endomètre

en ambulatoire, toilette vulvo-vaginale rigoureuse
antiseptique

Préparat° la veille pour dilater le col: cytotec*

30 min avant: 1tt anti-spasmodique & anti-DL.

c) Le test au Lugol de Schiller

Examen sans préparation

Lugol: solut° iodé qui est fixé par les χ normales du col
cervix & non par les χ malades.

Examen fait au cours d'une colposcopie.

Le Dr badigeonne le col avec cette solut° afin de repérer

1 zone suspecte. La zone suspecte va rester doute & la zone saine va se heurté en bon arçieu.
↳ aide à repérer la zone à biopsier.

IV) Les examens radiologiques

1) La mammographie
sera fait en UF: sous infirmiers

2) L'hystérosalpingographie
Def: examen qui consiste à injecter ds les trompes & la cavité utérine 1 produit radiopaque aux rayons X puis clichés radios.

Principes: rendre opaque la cavité utérine & les trompes pour que ce soit visible à la radio pour 1 étude morphologique.
C'est le Dr qui injecte ce produit à l'aide d'1 sonde qu'il va introduire par le canal cervical.

Buts:
- Détecter les anomalies utérines ou des trompes (ex fibrome, tumeurs malignes)
- Détecter 1 rétrécissem^t des trompes ou anomalies congénitale des trompes
- vérifier efficacité ligatures des trompes.

Indications:
- Bilan de stérilité
- confirme 1 anomalie détecté au TV.
- pour trouver la cause de règles anormalem^t prolongé (fibrome) ou saignem^t entre les règles (KC)
si 1 écho au 1 examen.

Contre Indications: - Infection gynécologique: la ttt au préalable

- en cas de Ⓞ

↳ examen à faire de les 10^{es} jours du cycle

- allergie à l'iode : être + procédure de préparation de la B,
- en cas d'hémorragie interne.

Préparation & déroulement de l'examen

Se fait en Radiologie en consultat° externe.

Se fait en présence d'1 Dr & d'1 technicien.

- La patiente ne doit avoir subi aucun examen au baryte au cours des 4 jrs précédents.

Baryte: liquide de contraste absorbé qui permet de voir le tube digestif.

- La patiente doit prendre la veille au soir & le matin ou le matin ni l' laxatif: microtab^o ou normacol^o = meilleure vision de l' utérus & des annexes.

- La patiente doit uriner av^t l'examen.

- Elle est installée en posit° gynéco.

- Le Dr fait 1 CV puis met 1 spéculum: il nettoie le col avec 1 solution antiseptique.

- Il mesure la hauteur utérine & applique 1 appareil au niveau du col qui est destiné à l'inject° du produit de contraste.

- Il prend des clichés au début de l'inject° & ensuite après.

- Le Dr retire ensuite le spéculum, lui propose 1 garniture de protection, lui conseille de marcher pour évacuer partiellem^t le produit.

- Le radiologue prend ensuite 1 dernier cliché.

durée 15 à 20 min.

peut provoquer des contract° utérines: sédatif & antispasmodique av^t l'examen

Les examens complémentaires

Soins pré / post-op

La patiente est sut accueillie la veille de l'op avec des soins pré-op identiques à ceux d'1 chirurgie :

- préparation cutanée : rasage, douche Bôh
- préparation ψ
- prémédicat°
- A jeun à meruit.

En post-op :

- surveillance respiratoire : due à AG & pneumopéneum
- surveillance ψ vasculaire : T/TA due à AG & pneumopéneum

La patiente revient de la salle en décubitus dorsal.

- surveillance neuro : état de conscience = nivel recherche ψ cognitif° mentales \rightarrow embolie gazeuse ?

PS : déportée 3-4 h après.

- surveillance ψ : risque infect° m anti-biothérapie
- surveillance porte : toilette génitale si bassin

Réalimentat° légère 8 h après : passage fruits cuits (= léger éviter nausées vomissements)

- surveiller reprise du transit
- évaluer la DL : surtout DL scapulaire (\rightarrow diffusion scapulaire).
- bouger dès J1 +++ pour faciliter l'évacuat° du gaz + perspiration.

Se' coelio Ag : sortie J4

dur : 3-4 jours d'hospit°

embolisme mésentérique

- Jels (agressifs) : 7-8 jours après par le Dr traitant
- ↳ conseils des déchets plutôt que des bains pdt 1 mois
 - ↳ pas d'émigat° vaginales
 - ↳ pas d'anneles
 - ↳ pas de rapport sexuel avt 15 jrs / 1 mois selon PR.
 - ↳ toilette génitale aussi svlt que nécessaire.

Si pdt coelios, ligature des trompes : → électrocoagulat°
→ pose anneau de Yoon

↳ le chirurgien demande au préalable l'autorizat° signed
d'épité.

ENDOSCOPIE

Jusqu'en 1868, l'endoscopie, exploration visuelle des cavités de l'organisme, est limitée à la région des orifices naturels. À cette date historique, Kussmaul explore l'œsophage d'un avaleur de sabre à l'aide d'un tuyau rigide. À partir de 1950, le dispositif se perfectionne, se dote d'un système d'éclairage : la trachée et les grosses bronches, le rectum sont accessibles au médecin. Puis sont apparus des tuyaux souples de petit diamètre, parcourus par un faisceau de fibres de verre permettant à la fois de voir et d'éclairer les cavités explorées : c'est la fibroscopie. Celle-ci est devenue interventionnelle, c'est-à-dire que par le même conduit

souple et creux, on peut manipuler du matériel chirurgical afin de biopsier, coaguler, sectionner... c'est-à-dire opérer.

- Dénomination des endoscopies en fonction des organes à explorer

Anuscopie
Arthroscopie
Arthroscopie du genou
Bronchoscopie
Cœlioscopie
Colono-fibroscopie ou coloscopie
Colposcopie
Cystoscopie
Écho-endoscopie digestive
Endoscopie
Endoscopie des voies biliaires
Endoscopie des voies respiratoires

Fibroscopie
Fond d'œil
Gastrosopie
Hystéroskopie
Laparoscopie
Laryngoscopie
Œsophagoscopie, œso-gastro-
duodénoscopie
Ophtalmoscopie
Otoscopie
Rectoscopie, recto-sigmoïdoscopie
Thoracoscopie

HYSTÉROSCOPIE

C'est l'exploration endoscopique de la cavité utérine.

I Indications

- Métrorragies.
- Malformations utérines.
- Surveillance des stérilets.
- Dyspareunies et douleurs pelviennes.
- Polypes accouchés par le col.
- Stérilités.
- Synéchies, rétentions placentaires.

➤ Incidents

Saignements gynécologiques sans gravité.

■ Contre-indications

- Infections gynécologiques évolutives.
- Grossesse.

■ Technique

L'examen n'est pratiqué qu'en début de cycle, pour éviter de perturber une grossesse débutante, si possible avec prémédication par antispasmodique et antibiothérapie de couverture.

Après désinfection locale, l'hystéroscope est introduit dans le canal cervical. Après la ménopause un traitement œstrogénique préalable peut s'avérer nécessaire pour favoriser ce cathétérisme du col. L'hystéroscope comporte une optique, un éclairage à lumière froide, un obus de gaz carbonique ce dernier étant destiné à dilater la cavité utérine, à en décoller les parois. Le débit gazeux est contrôlé par un manomètre. Pour une hystéroscopie opératoire on injecte par le col une solution liquide de glycolle. La patiente est en position gynécologique. L'hystéroscopie diagnostique ne nécessite pas d'anesthésie, ce qui n'est pas le cas pour l'hystéroscopie opératoire. L'introduction de l'hystéroscope est précédée d'une désinfection locale soigneuse (soluté de dakin). L'examen ne dure qu'une dizaine de minutes et permet de pratiquer des biopsies si nécessaire, des photographies.

■ Résultats

Normalement, la muqueuse de l'endocol et du corps utérin sont de couleur rosée. En pathologie on peut observer des polypes dont il est possible de pratiquer l'ablation, une atrophie de la muqueuse, un cancer de l'endomètre, une hyperplasie de la muqueuse, un fibrome, une endométriose.

synéchies: accolém^t ou soudures ⊕ ou ⊖ étendue de 2 tissus qui normalement sont séparés.

hyperplasie: proliférat^o anormal des tissus → des tissus

HYSTERO = UTERUS

COLPOSCOPIE

C'est l'étude, en vision binoculaire, au grossissement de 10 à 40, de la muqueuse de la face externe du col utérin.

COLPO }
COL } VAGIN

■ Indications

- Bilan gynécologique périodique systématique.
- Dyspareunies.
- Hémorragies, infections.

■ Technique = à effectuer 5 j après la fin des menstruations

La femme est en position gynécologique et un spéculum est introduit. L'observation du museau de tanche s'effectue d'abord sans traitement local, puis après application d'acide acétique à 30% dans le but d'éliminer le mucus local et de créer un léger œdème susceptible de souligner certaines lésions de la

muqueuse. Dans un 3^e temps, l'opérateur badigeonne la région du col avec du lugol dont l'iode se combine au glycogène de la muqueuse. Celle-ci se colore normalement en brun : l'iodo-test ou test de Schiller est considéré comme négatif ou normal. L'absence de coloration brune, le test de Schiller est dit positif, est anormale.

■ Résultats

- Normalement, si la muqueuse est saine, riche en glycogène, le test de Schiller est négatif.
- En cas d'inflammation ou d'atrophie de la muqueuse cervicale, la coloration est variable, inégale.
- En cas d'ectopie, l'épithélium endocervical glisse vers l'exocol, tranche par sa coloration rosée ou blanchâtre. Ces zones sont suspectes et doivent être biopsiées.
- Les cancers du col extériorisés apparaissent sous forme de zones muqueuses fragiles, saignant au contact, parfois bourgeonnantes, non colorées en brun (test de Schiller positif).

COLPOSCOPIE
et

• Intérêts :

HYSTÉROSCOPIE prélèvements par biopsies dans les régions suspectes

• destruction de tissu anormal par cryochirurgie (froid) ou au laser.

• complément de curetage :
dans le cas de stérilité
d'hémorragie non expliquée
de rétention d'un stérilet

• Contre-indications

(ystéroscopie) cancer du col utérin
" de l'endomètre

- salpingite aigüe

LAPAROSCOPIE

D'abord exploratrice, la laparoscopie est devenue interventionnelle, évitant certaines interventions « à ventre ouvert », leur inconfort et leurs complications. Il s'agit de créer un pneumopéritoine, d'introduire un appareillage permettant par voie ombilicale examen et chirurgie abdominale, sous anesthésie générale ou péridurale.

Voir « Cœlioscopie ».

■ Indications

- Exploration abdominale *de visu*, biopsies.
- Chirurgie abdominale : cholécystectomie, appendicectomie, ablation d'un diverticule de Meckel, interventions sur le bas œsophage, ulcères duodénaux perforés.

■ Contre-indications

- Troubles de l'hémostase.
- Adhérences importantes rendant l'examen impossible.

■ Technique

Après anesthésie générale ou régionale péridurale, on insuffle du gaz carbonique dans la cavité péritonéale sous pression contrôlée. Puis le chirurgien introduit le système optique et par différents trocarts étanches ses instruments miniaturisés (pinces, ciseau, porte-aiguille, aspirateur). Après exploration ou intervention, le gaz carbonique est exsufflé, les « boutonnières » chirurgicales suturées. En cas de problème technique qu'il faut toujours prévoir, le chirurgien procède à l'exploration ou à l'intervention par laparotomie.

➤ Incidents et accidents

- Perforation d'un organe creux.
- Douleurs abdomino-pelviennes.

➤ Préparation

- Bilan de l'hémostase (TS, TC, TP, plaquettes).
- Patient strictement à jeun.
- Matériel pour insufflation d'air.
- Boîte à laparoscopie.
- Champs stériles.
- Désinfectants cutanés, compresses...
- Nécessaire à anesthésie locale.

■ Résultats

- Diagnostic des affections hépatiques, ictères et ascites.
- Bilan des tumeurs abdominales.
- Chirurgie abdominale.

ascite : liquide entre abdominal

COELIOSCOPIE

C'est l'examen endoscopique de la cavité abdomino-pelvienne après création d'un pneumopéritoine dans un but diagnostique et thérapeutique (chirurgie), pratiqué sous anesthésie générale.

■ Indications

- Stérilisation tubaire.
- Aménorrhées et stérilités.
- Suspicion de grossesse extra-utérine.
- Bilan de douleurs pelviennes.
- Diagnostic des masses pelviennes.
- Bilan d'une extension néoplasique.
- Chirurgie endoscopique pelvienne (cœliochirurgie)...

■ Contre-indications

- Troubles de l'hémostase.
- Infection péritonéale.
- Adhérences multiples.

➤ Incidents et accidents

- Plaies vasculaires généralement bénignes...
- Insufflation accidentelle, bénigne, de gaz dans l'épaisseur de la paroi.
- Perforation d'un organe creux ou de la vessie, surtout en cas d'adhérences, par exemple après laparotomies ou multi-interventions.
- Embolie gazeuse.

■ Technique

La cœlioscopie se pratique généralement sous anesthésie générale, au bloc opératoire. La patiente, à jeun, est placée en position de Trendelenbourg. L'introduction du tube de cœlioscopie s'effectue au bord inférieur de l'ombilic, pour éviter une cicatrice inesthétique. L'opérateur vérifie par aspiration douce, qu'il ne vient ni sang, ni liquide intestinal, puis débute l'insufflation gazeuse, doucement, à l'aide d'une seringue. L'insufflation, en l'absence de résistance, se poursuit à l'aide d'une pompe. Le gaz utilisé est le dioxyde de carbone qui est plus rapidement résorbé par le péritoine. Le cœlioscope est introduit totalement lorsque le pneumopéritoine est complet, symétrique et tendu, après avoir introduit une canule dans l'utérus pour le maintenir en antéversion.

➤ Préparation

- Explications à la patiente.
- Bilan de l'hémostase, groupe ABO et Rhésus.
- Prémédication selon prescription.
- Apporter le dossier médical.
- La patiente doit être à jeun.
- Sa vessie doit être vide.

Matériel

La boîte à instruments stériles doit contenir un jeu d'au moins trois trocars sus-pubiens, des ciseaux coelioscopiques, des pinces avec et sans griffes, une pince à biopsie, une pince à électrocoagulation, un système de lavage. Préparer le matériel à insufflation, le nécessaire pour désinfection, anesthésie locale et sondage vésical.

► Surveillance

- Coloration et paramètres vitaux pendant la coelioscopie.
- ~~Mettre~~ *Accueil* en salle de réveil ensuite.

■ Résultats

- Prélèvement de liquide pathologique dans les culs-de-sac, à adresser au laboratoire pour analyse, culture, recherches cellulaires.
- Vérification de la perméabilité tubaire par injection de bleu de méthylène ou insufflation endo-utérine d'air dont on observe l'issue au niveau des pavillons.
- Section d'adhérences.
- Ponction de kystes ovariens, biopsies ovariennes...
- Électrocoagulation des trompes (stérilisation).
- Diagnostic des fibromes utérins, de l'endométriose, des cancers et kystes des ovaires, des infections tubaires...
- Chirurgie pelvienne ou coeliochirurgie (hystérectomie...), étendue en fait à certains organes abdominaux. On réalise ainsi des appendicectomies, cholécystectomies... sans traumatisme de la paroi, donc avec des suites opératoires moins douloureuses, une hospitalisation plus brève.

A compléter.

Conseils après l'examen

- du repos
- porter 1 garniture de protection (évacuat° jusqu'à 1 ou 2 jours)
- le liquide clair parfois rose
- contract° peut parfois persister après l'examen.

Résultats dispo le lendemain.

VI) autres

1) Courbe de \odot ménothermique

But: Repérer l'ovulat° de la cycle menstruel

Principe: fait par la patiente pdt 2 à 3 cycles consécutifs.

- \odot rectale de préférence, au réveil chaque matin, ni heures, ni condit° avt le lever, ni jeun,
- du 1^{er} jour des règles à l'apparit° des règles suivantes.
- noter de suite le résultat & le rapporter sur le graphique
- doit noter en // si crident peuvent modifier la \odot
- noter tous signes d'accompagnement en situant de la cycle & le caractérisant (\odot , sueurs, tensions mammaires, ...)

Normalité : \odot rectale: 36° P avt ovulat°
37° 2 après

Les cycles anovulatoires : peu de décalage \odot .

2) \odot amniocentèse

Def: c'est prol° de liquide amniotique. Les \odot du BB sont traités de façon à pouvoir examiner leurs chromosomes.

Principe: Entre 16° & 18° SA ; avt pas cessé de \odot ni de liquide et après la \odot est trop avancée & on hésite à pratiquer

1 coursetem: thérapeutique de anomalies du fœtus

N'est pas obligatoire: proposée:

- fœ > 38 ans : ⊕ à risque (gras risque trisomie 21) 1 pour 500
- ATCD

- Indications:
- détecter anomalies du fœtus chez la fœ > 38 (chromosomes)
 - réaliser chez tte fœ ayant eu des ATCD
 - ATCD fausses couches spontanées
 - ATCD maladies familiales graves
 - dosage alpha-fœtoprotéine = malformat^o naelle épinière
=> spina bifida
 - Après certaines maladies liées au sexe

- Technique
- pratiquer de 1 centre spécialisé (0,5% de fausses couches)
 - fœ allongé sur le dos, légèrement sur le côté
 - repérage de l'enfant à l'écho
 - enfoncement d'une aiguille de l'abdomen jusqu'à la cavité amniotique: prélève 5 à 10 ml
 - si fœ rhésus ⊖: inject^o immunoglobulines anti-D