



Pathologie du système génital féminin

Thème: Pathologie du système génital féminin

I. Micropréparations:

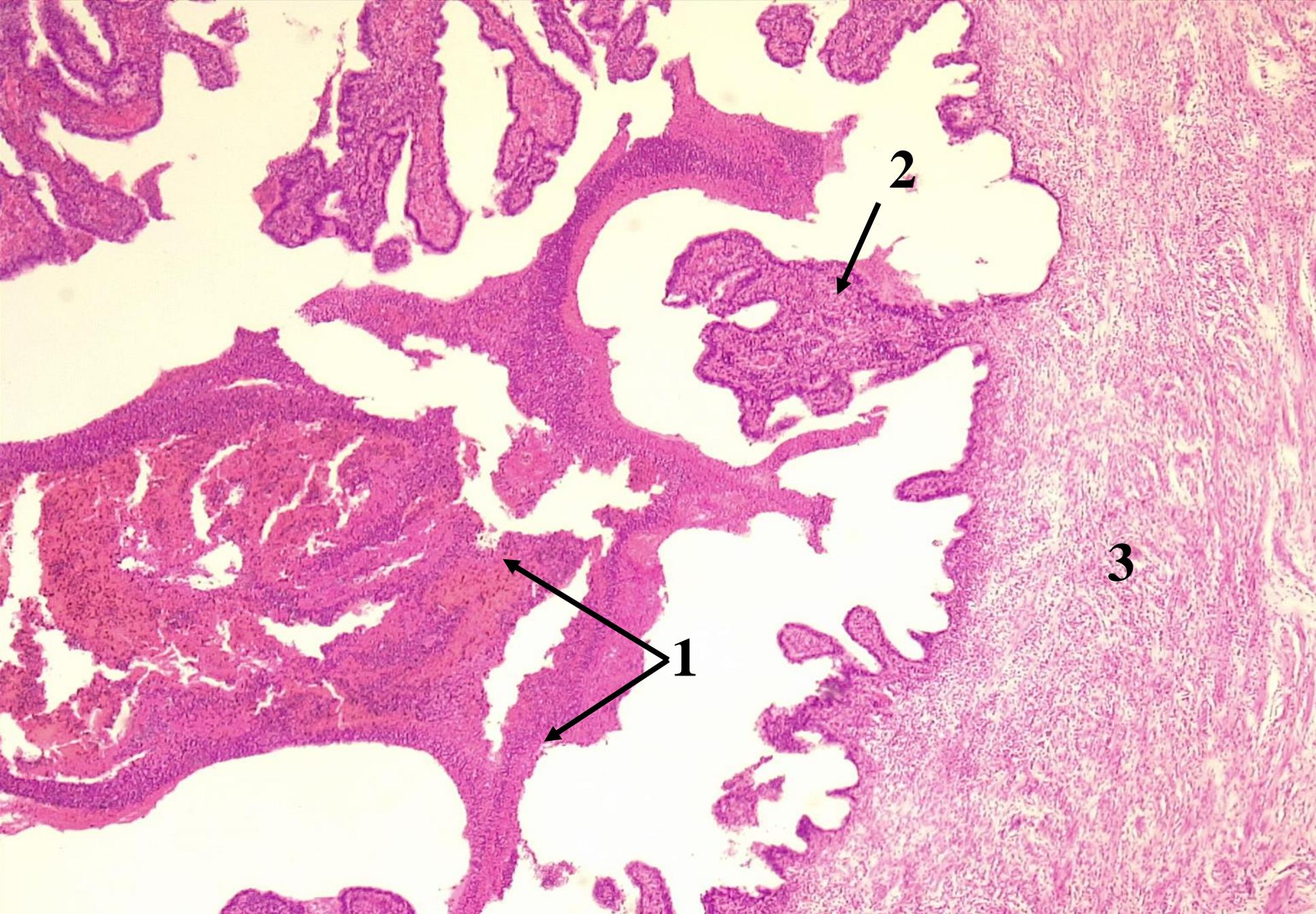
№ 63. Salpingite purulente (coloration H-E)

Indications:

- 1. Leucocytes neutrophiles dans la lumière de la trompe.**
- 2. Infiltration leucocytaire neutrophile des villosités de la muqueuse tubaire.**
- 3. La paroi de la trompe.**

Les villosités de la muqueuse de la trompe utérine sont épaissies, hyperémiées, infiltrées de manière diffuse par des leucocytes neutrophiles, entre les villosités se trouvent des agrégats de neutrophiles. La paroi de la trompe est épaissie, œdémateuse, les vaisseaux sont dilatés, hyperémiés, on observe une infiltration diffuse de la paroi par des leucocytes neutrophiles (inflammation phlegmoneuse).

La salpingite purulente est une inflammation de la trompe utérine d'origine infectieuse. Elle se rencontre dans la maladie inflammatoire pelvienne – infection ascendante du tractus génital féminin (avec Chlamydia, Mycoplasma, gonocoques, coli), inflammations post-partum ou post-avortement (avec streptocoques et staphylocoques), dans les cas de dispositifs intra-utérins. Elle peut se compliquer par une salpingo-ovarite, un abcès tubo-ovarien, un piosalpinx, une péritonite locale ou généralisée, une évolution vers une salpingite chronique.



№ 63. Salpingite purulente (coloration H-E)

Nº 41. Fibroleiomyome utérin. (Coloration tricromique de Masson).

Indications:

- 1. Faisceaux de cellules musculaires lisses (de couleur rouge).**
- 2. Faisceaux de tissu fibro-conjonctif (fibres de collagène de couleur bleue).**

La tumeur est constituée de faisceaux de cellules musculaires lisses, disposés de manière désordonnée, parfois en tourbillons, ayant des épaisseurs et des orientations variées, certaines sectionnées longitudinalement, d'autres obliquement ou transversalement, le cytoplasme est coloré en rouge; ces faisceaux musculaires sont entrelacés avec des faisceaux de fibres de collagène colorées en bleu.

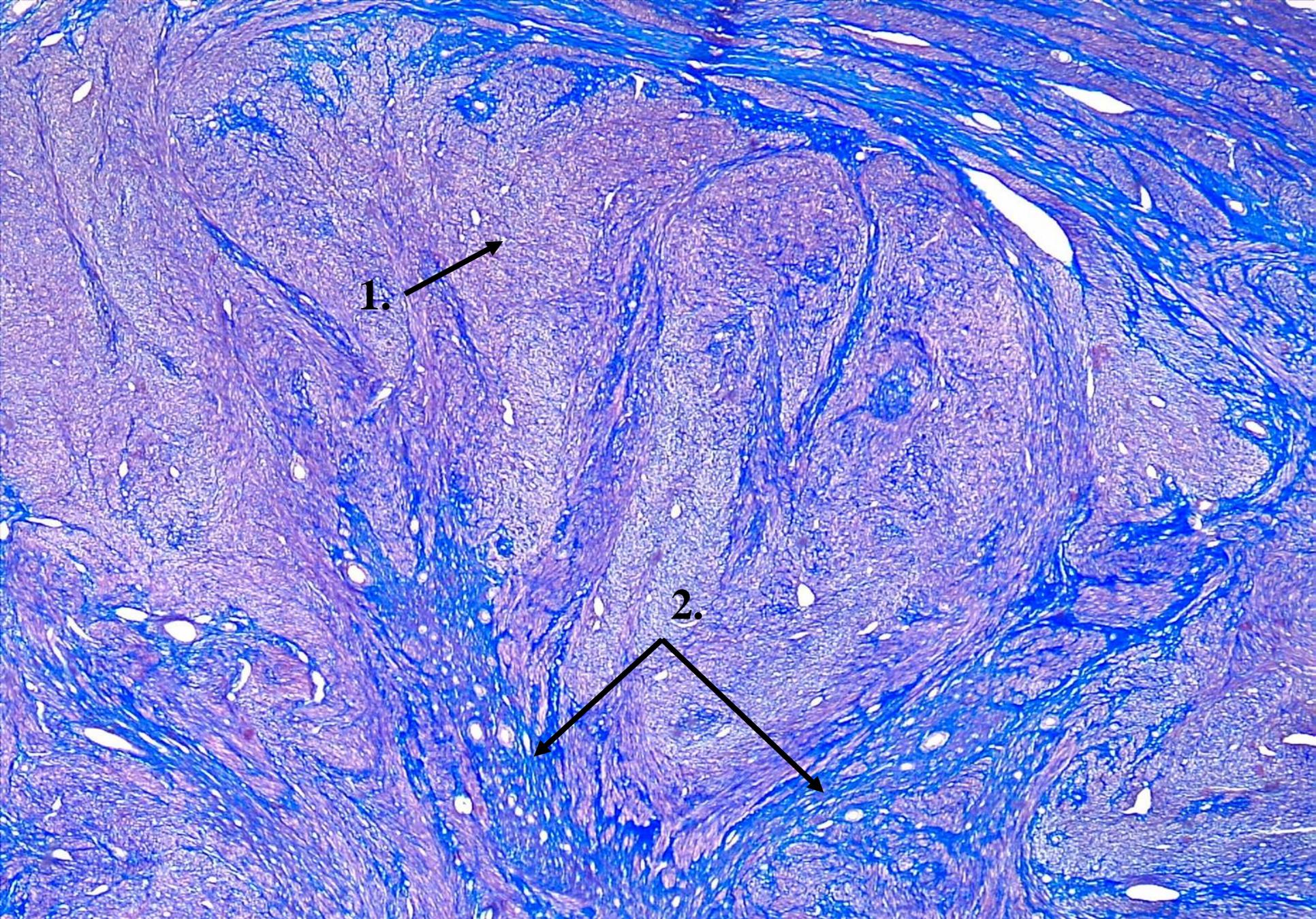
Nº 41. Fibroleiomyome utérin. (coloration H-E).

Indications:

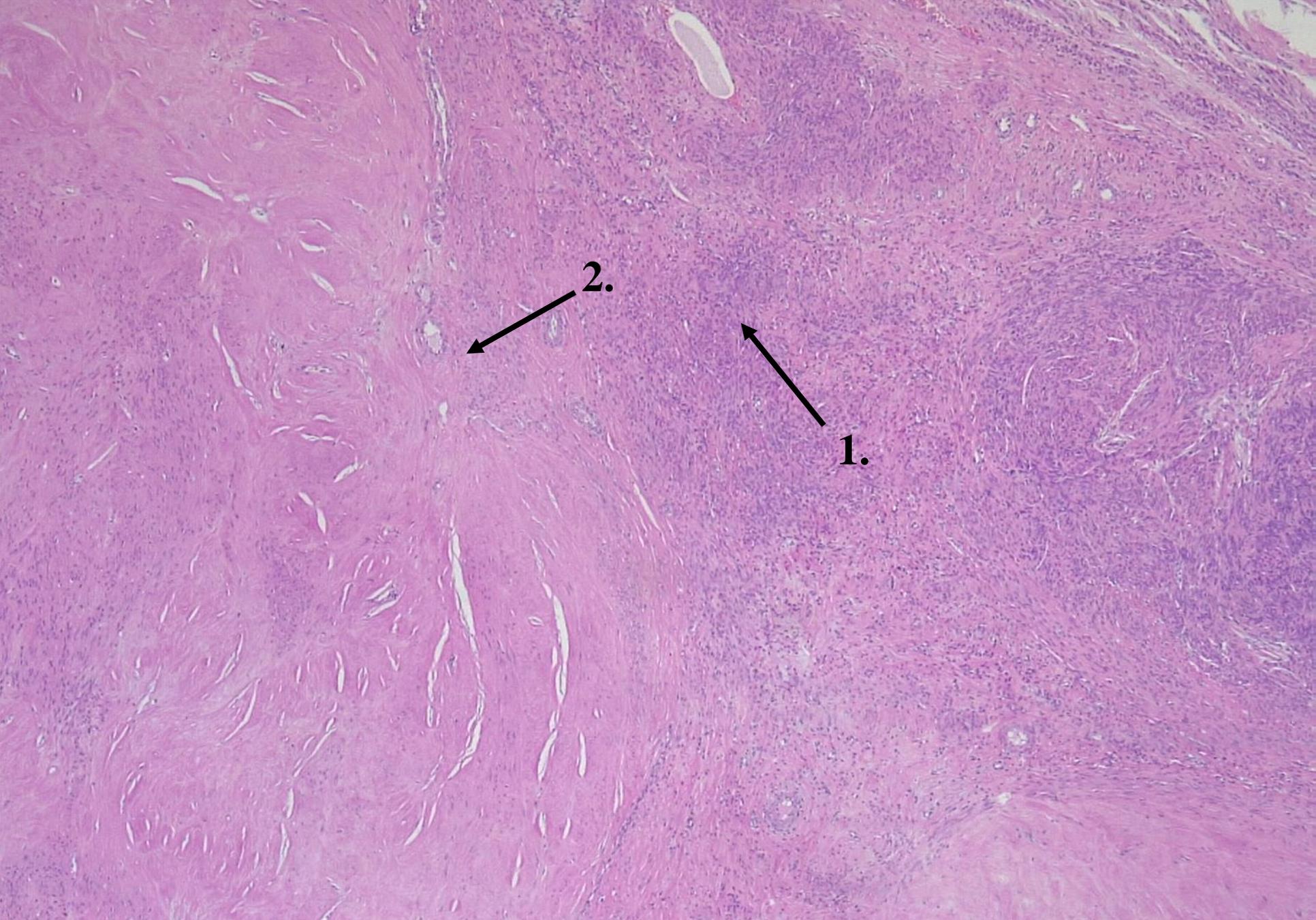
- 1. Faisceaux de cellules musculaires lisses.**
- 2. Faisceaux de tissu fibro-conjonctif.**

Les léiomyocytes sont bien différenciés, semblables à des cellules normales; le nodule tumoral est bien délimité, entouré d'une capsule fibreuse; on observe des foyers d'hyalinose, où se produisent la fusion et l'homogénéisation des faisceaux de collagène; ces foyers ont un aspect homogène et sont colorés éosinophile.

Le léiomyome est la tumeur bénigne la plus fréquente de l'utérus, qui dérive des cellules musculaires lisses du myomètre ou de la média des vaisseaux sanguins. On le retrouve chez 30-50 % des femmes en âge de procréer, évoluant souvent de manière asymptomatique et étant détecté accidentellement lors d'un examen gynécologique routine. Le premier symptôme clinique est l'hémorragie utérine (ménorragie/métrorragie). Il est sensible aux œstrogènes, raison pour laquelle il augmente pendant la grossesse et régresse durant la ménopause. Étant donné qu'en parallèle avec la prolifération du parenchyme musculaire, il se produit également une prolifération de la stroma fibro-conjonctif, il est plus correct de nommer cela un fibroleiomyome. La transformation maligne (léiomyosarcome) est extrêmement rare, dans moins de 0,5 % des cas.



№ 41. Fibromeutérin (coloration trichrome Masson)



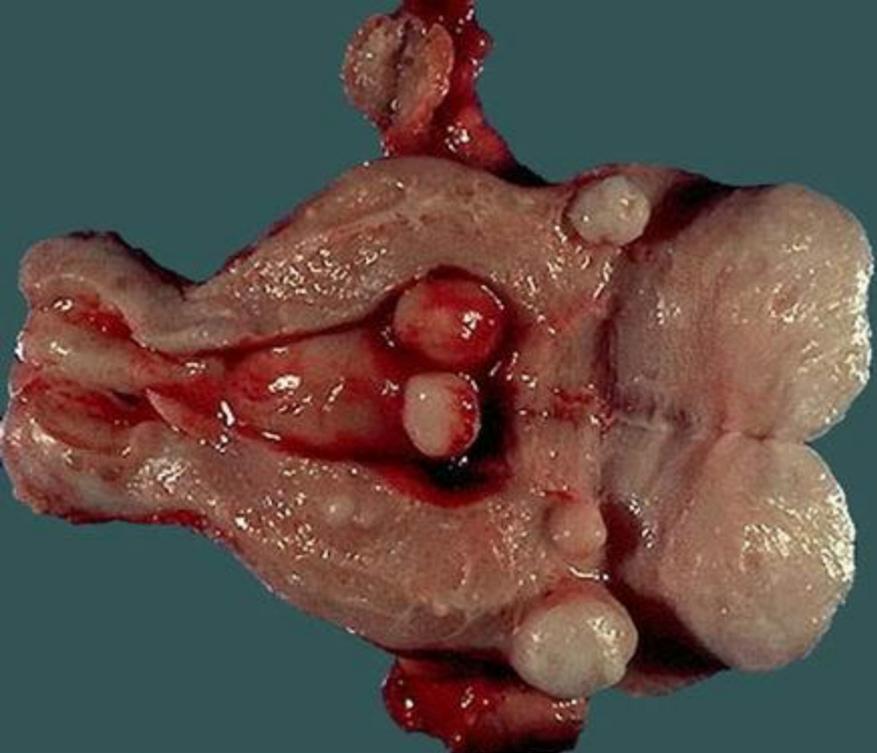
№ 41. Fibroleiomyome utérin (coloration H-E)

II. Macropréparations:

N^o 104. Fibroleiomyome utérin.

Dans la paroi utérine, on observe des nodules tumoraux solitaires ou multiples, de différentes tailles allant de 1-2 cm jusqu'à des tailles très grandes, bien délimités, de consistance dense, localisés sous-séreux, intramural (dans l'épaisseur de la paroi utérine) ou sous-mucosal; en coupe, ils présentent une structure fibrillaire, les faisceaux musculaires de couleur rose et les tissus fibro-conjonctifs de couleur blanchâtre sont répartis de manière désordonnée, en tourbillons (atypie tissulaire). Des modifications secondaires peuvent survenir: hémorragies, foyers de nécrose, cavités kystiques, foyers d'hyalinose, où se produit la fusion et l'homogénéisation des faisceaux de collagène; ces foyers ont un aspect lisse, brillant, de couleur blanche. Des foyers de myxomatose, de consistance flasque, peuvent également être présents.

Le léiomyome est une tumeur bénigne d'origine musculaire, qui se développe à partir du tissu musculaire lisse proprement dit ou des parois des vaisseaux sanguins. Étant donné que parallèlement à la prolifération du parenchyme musculaire, il y a également une prolifération de la stroma fibro-conjonctif, il est plus juste de nommer cela fibroleiomyome. Le léiomyome est la tumeur bénigne la plus fréquente de l'utérus, se manifestant cliniquement par des hémorragies utérines (métrorragie).



№ 104. Fibromyome utérin

Nº 105. Carcinome de corps utérin

Dans la cavité utérine, on trouve un nœud tumoral à croissance exophytique, qui remplit presque complètement la cavité, a une surface rugueuse, irrégulière, de couleur gris-blanchâtre à la coupe, avec une consistance friable.

Le carcinome du corps utérin est plus fréquent chez les femmes âgées de 60 à 70 ans, pendant la ménopause, mais peut également survenir chez des femmes jeunes. Les principaux précurseurs sont l'hyperplasie glandulaire sans atypie de l'endomètre (1-3 %) et surtout - l'hyperplasie glandulaire atypique / néoplasie endométriale intraépithéliale, qui coexiste avec le carcinome dans 25-40 % des cas. Les variantes histologiques les plus courantes du carcinome endométrial sont le carcinome endométrioïde (70-80 %), mucineux et séreux. La tumeur peut croître de manière diffuse ou exophytique, et des modifications secondaires, des foyers de nécrose, d'ulcération et d'inflammation peuvent survenir dans le nœud tumoral. Le carcinome du corps utérin peut infiltrer le myomètre, le paramètre, le col utérin, le vagin, la vessie, le côlon. Les métastases les plus fréquentes se trouvent dans les ganglions lymphatiques pelviens, para-aortiques et inguinaux. Des métastases hématogènes sont observées dans les poumons, le foie, les os et d'autres organes.

Nº 106. Carcinome du col utérin.

Dans le col de l'utérus, on observe un nœud tumoral à croissance exo-endophytique, qui infiltre la paroi cervicale, de forme irrégulière, avec des limites imprécises, une surface rugueuse, nodulaire, de couleur gris-jaune.

Le carcinome du col utérin est classé au 2e ou 3e rang parmi tous les cancers chez les femmes. Il apparaît plus fréquemment chez les femmes de 55 ans. Dans presque tous les cas, il est précédé par une infection à HPV, en particulier les sérotypes 16 et 18, le HPV 16 causant le carcinome squameux et le HPV 18 l'adénocarcinome cervical. Les manifestations morphologiques de l'infection à papillomavirus sont la lésion squameuse intraépithéliale, qui peut être de bas grade ou de haut grade (LSIL et HSIL). Les formes histologiques prédominantes du carcinome du col utérin sont le carcinome épidermoïde kératinisé ou non kératinisé (~ 70 %) et l'adénocarcinome (10-25 %). **Macroscopiquement**, le carcinome de la portion vaginale du col de l'utérus croît plus souvent de manière exophytique, tandis que le carcinome du canal cervical se développe de manière endophytique. La tumeur peut envahir la paroi cervicale, le vagin, les tissus et organes pelviens adjacents, par ex., la vessie, le rectum. Les métastases lymphogènes apparaissent dans les ganglions lymphatiques pelviens, rétro-péritonéaux, inguinaux, et les métastases hématogènes dans les poumons, le foie et d'autres organes.



№ 105. Carcinome du corps utérin



№ 106. Carcinome du col de l'utérus

№ 107. Salpingite chronique.

Les trompes utérines sont déformées, la membrane séreuse est opaque, scléreuse, blanchâtre, la surface est irrégulière.

La salpingite chronique est dans la majorité des cas une conséquence de la salpingite aiguë. Le processus inflammatoire chronique se solde par une fibrose et une sclérose de la paroi, une déformation de la trompe, le lumen devient inégalement sténosé, des adhérences apparaissent entre les villosités de la muqueuse, ce qui conduit à une grosseur tubaire, et si le processus est bilatéral – à l'infertilité. Dans certains cas, un hydrosalpinx se développe - la trompe est dilatée, la paroi est fine, atrophiée, dans le lumen un liquide aqueux. À la suite de la salpingite chronique, des adhérences peuvent apparaître entre la trompe et l'ovaire, l'intestin grêle, d'autres organes pelviens.



№ 107. Salpingite chronique

Nº 110. Chystadénome ovarien.

Dans l'ovaire est présente une formation kystique multicamérale (multiloculaire) collapsée, avec des parois fines, d'une épaisseur de 1 à 2 mm, une surface interne lisse, propre, de couleur blanc-grisâtre, sans contenu.

Les tumeurs ovariennes les plus fréquentes sont les tumeurs de l'épithélium de surface – environ 65% du nombre total, parmi elles, les tumeurs séreuses, mucineuses et endométrioïdes prédominent, qui ont généralement une structure kystique. Dans les tumeurs séreuses, les kystes contiennent un liquide séreux, clair, les mucineuses contiennent de la mucine, et les kystes endométrioïdes ont un contenu hémorragique, de couleur «chocolat». Les kystes séreux et mucineux sont dans la majorité des cas bénins, tandis que 25% des séreux et 10% des mucineux sont malins.

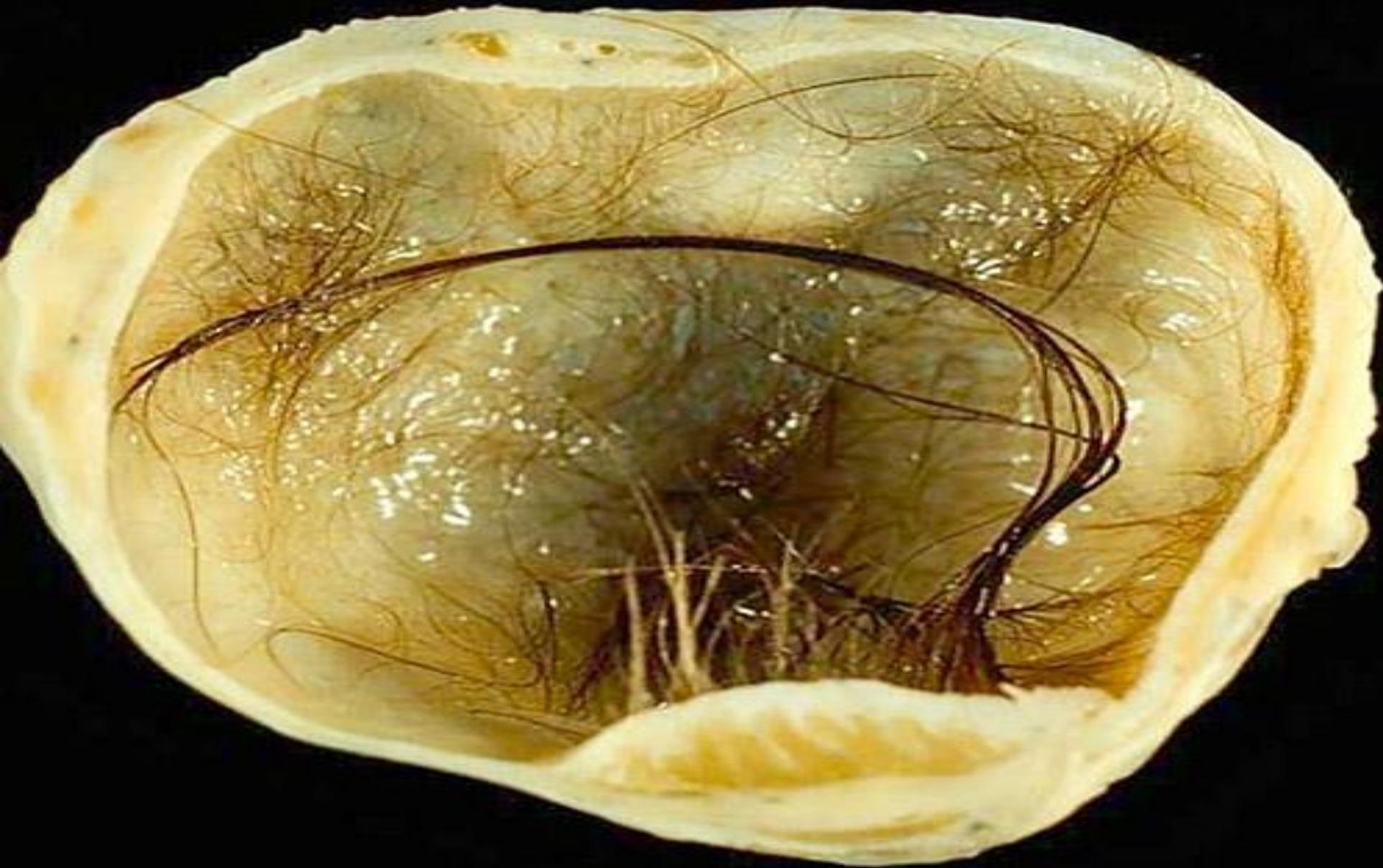
Nº 111. Kyste ovarien dermoïde.

Le macropréparat présente une formation kystique remplie de sébum, de cheveux, ayant un aspect spongieux, de couleur blanc-jaunâtre, il peut occasionnellement y avoir des foyers d'os, de cartilage, de dents.

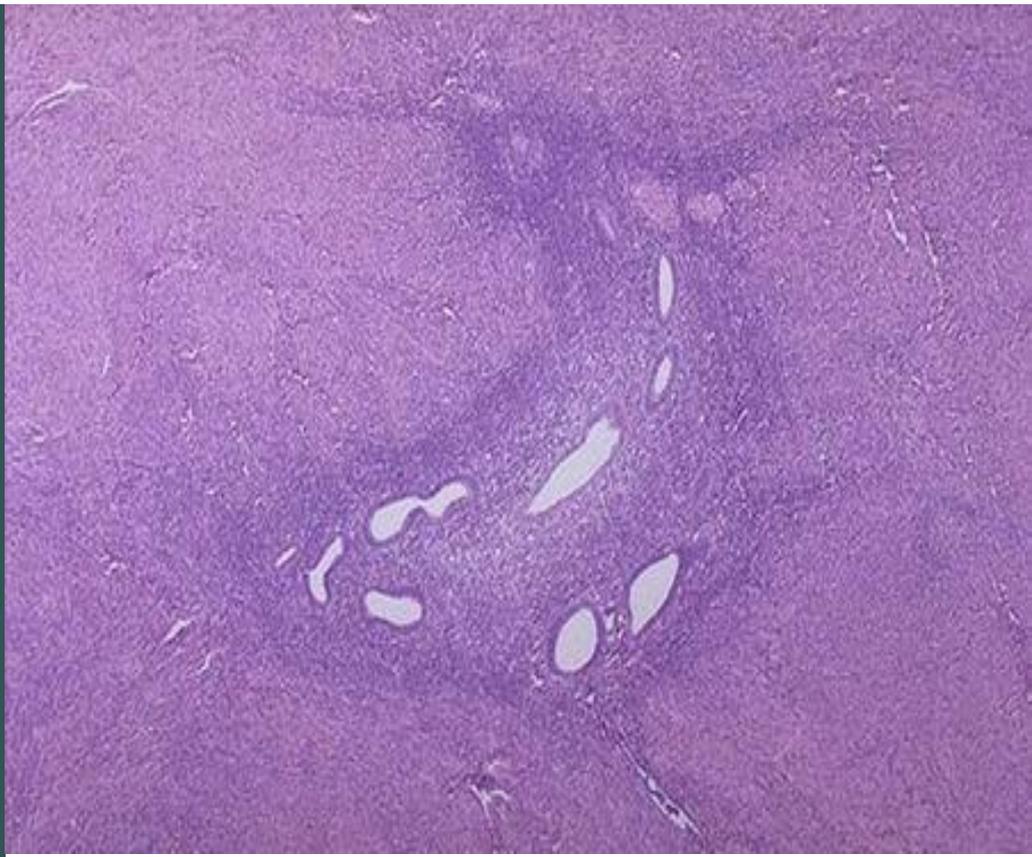
Les kystes dermoïdes sont une variante des tératomes ovariens matures, qui dérivent des cellules germinales des 3 feuilletts embryonnaires: l'ectoderme, l'endoderme et le mésoderme. Ils représentent 15 à 20% des tumeurs ovariennes, en particulier chez les jeunes femmes, généralement unilatérales. Dans la quasi-totalité des cas, ce sont des tumeurs bénignes, et environ 1% peuvent se maligniser, généralement en carcinome épidermoïde.



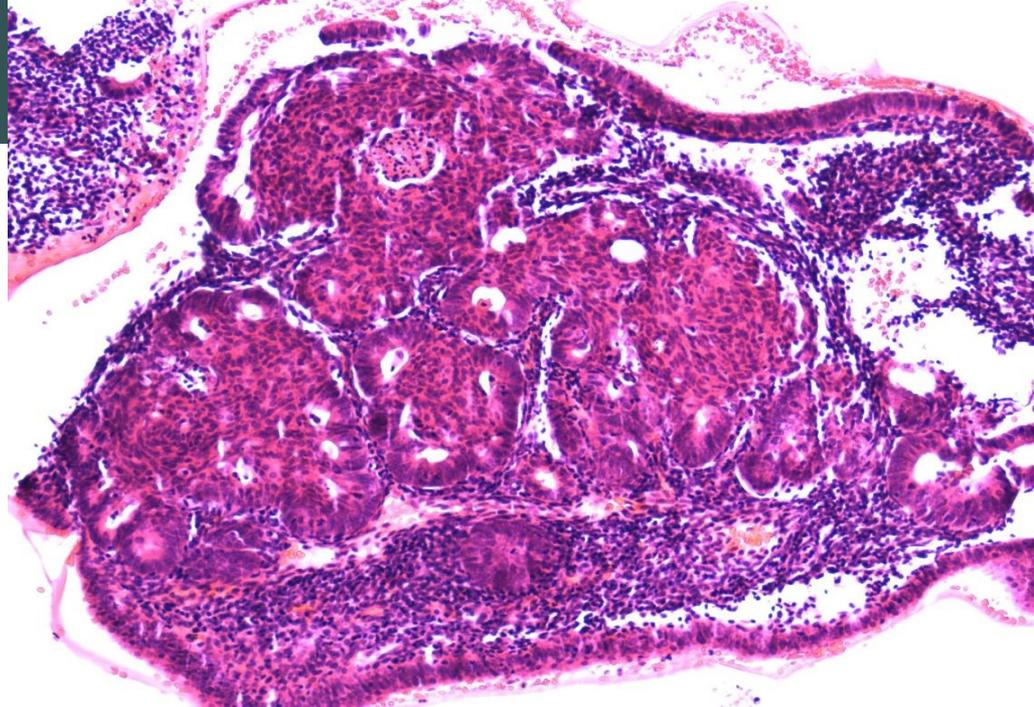
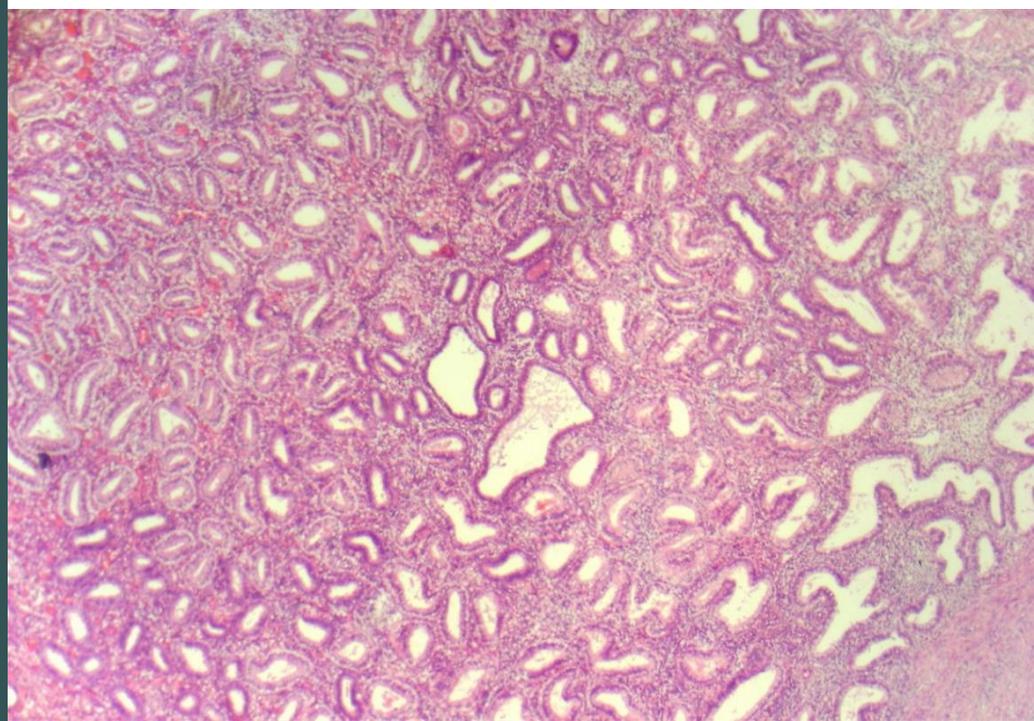
№ 110. Chistadénome ovarien



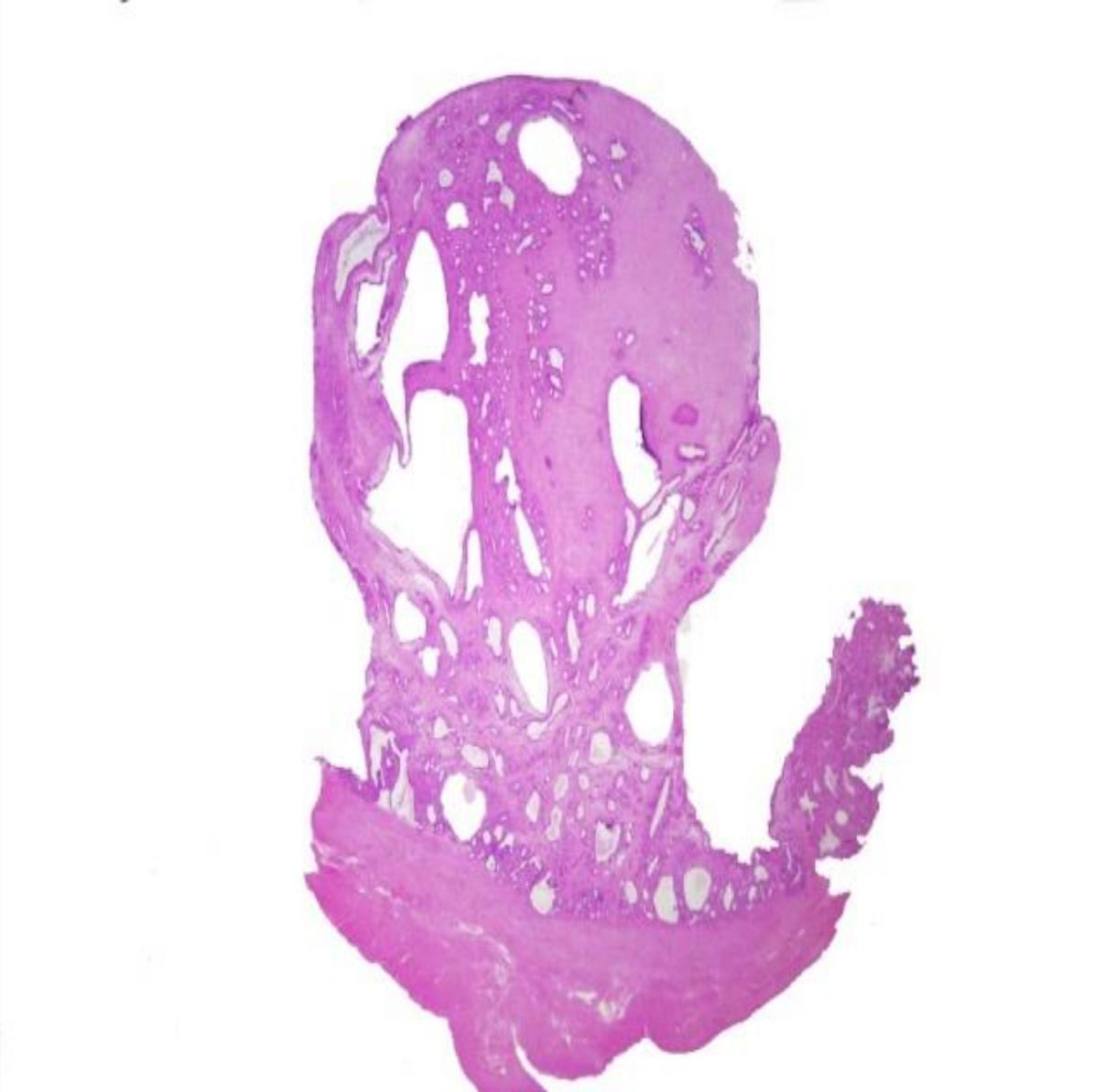
№ 111. Chyste dermoïde ovarien



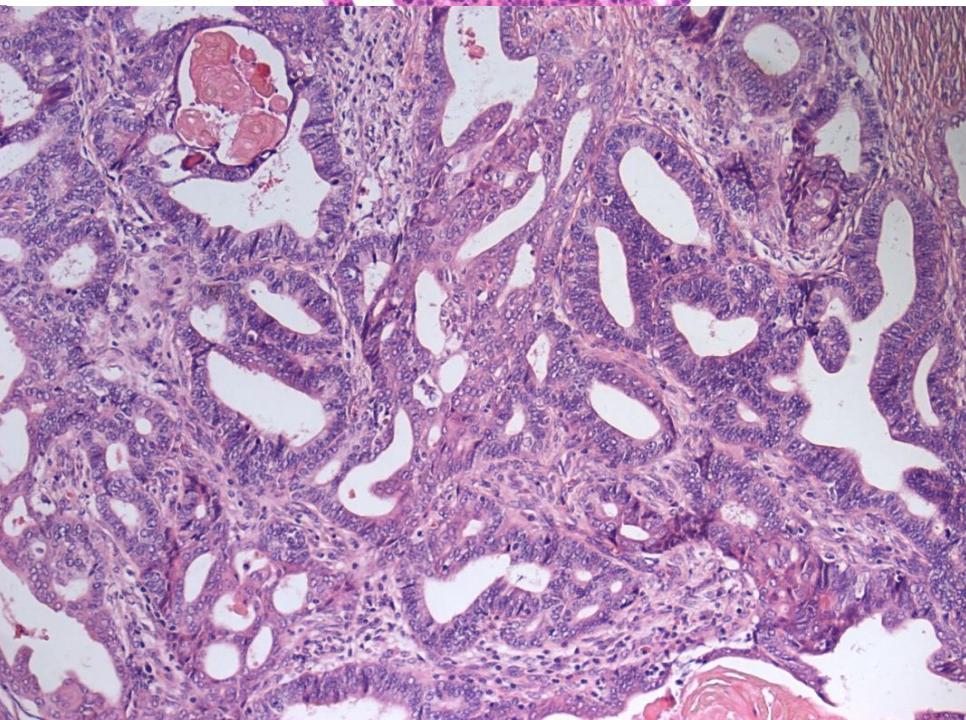
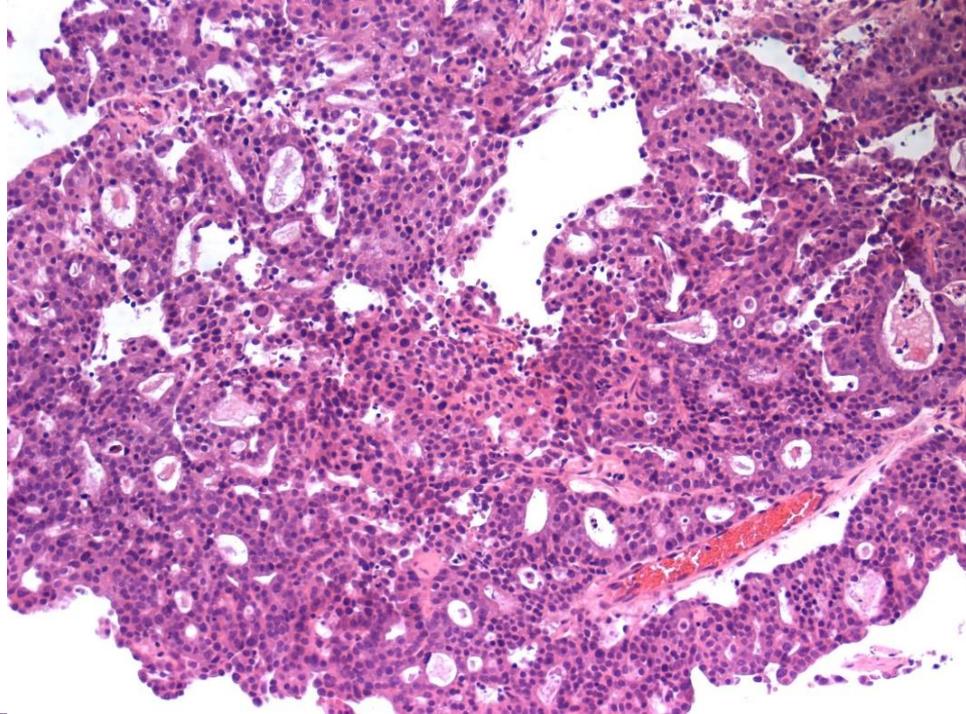
Adénomyose



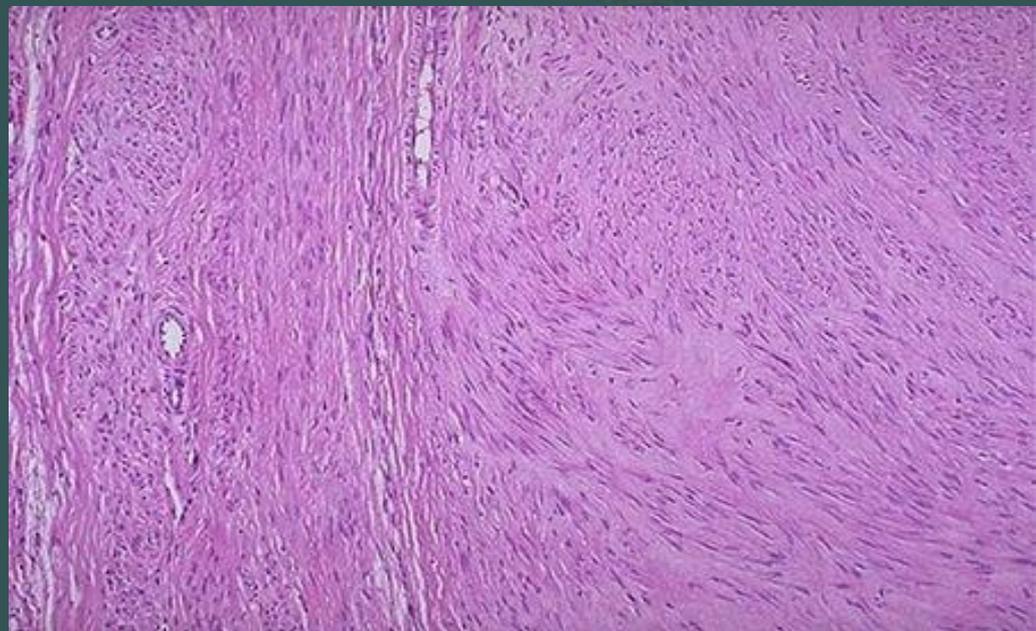
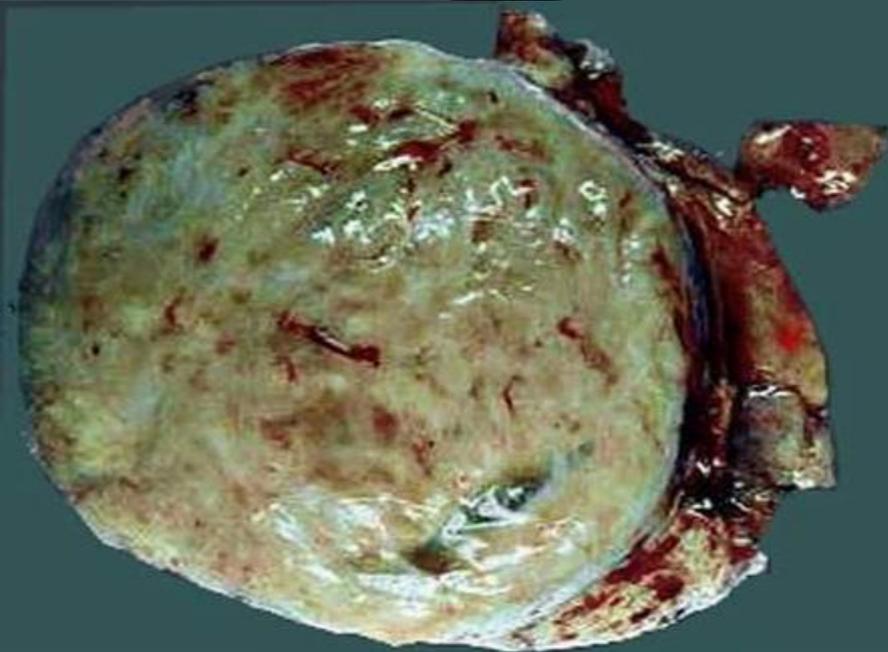
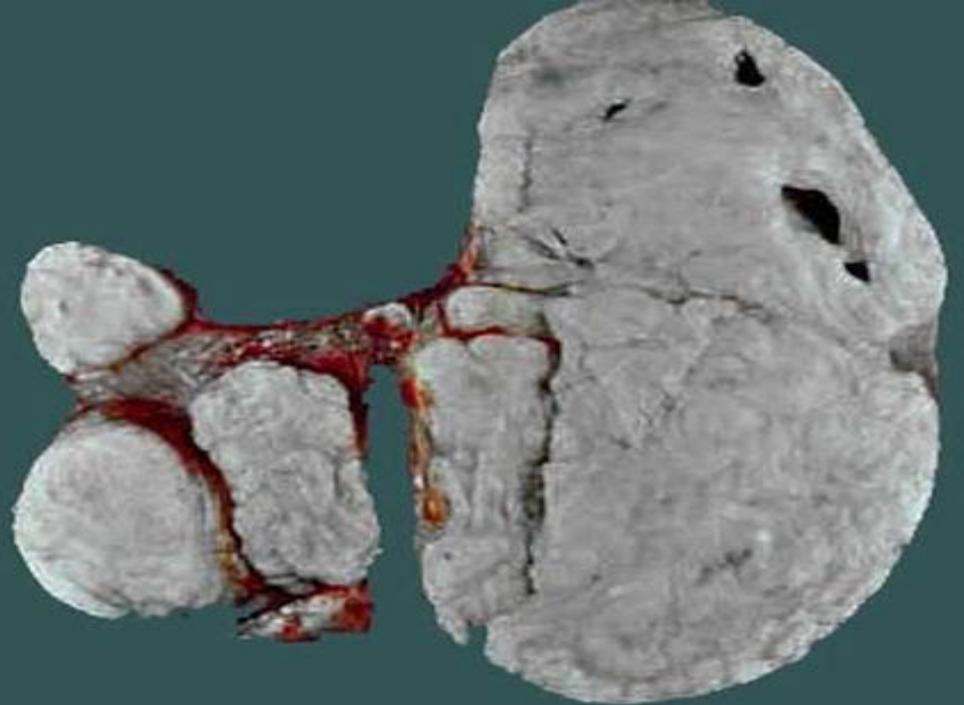
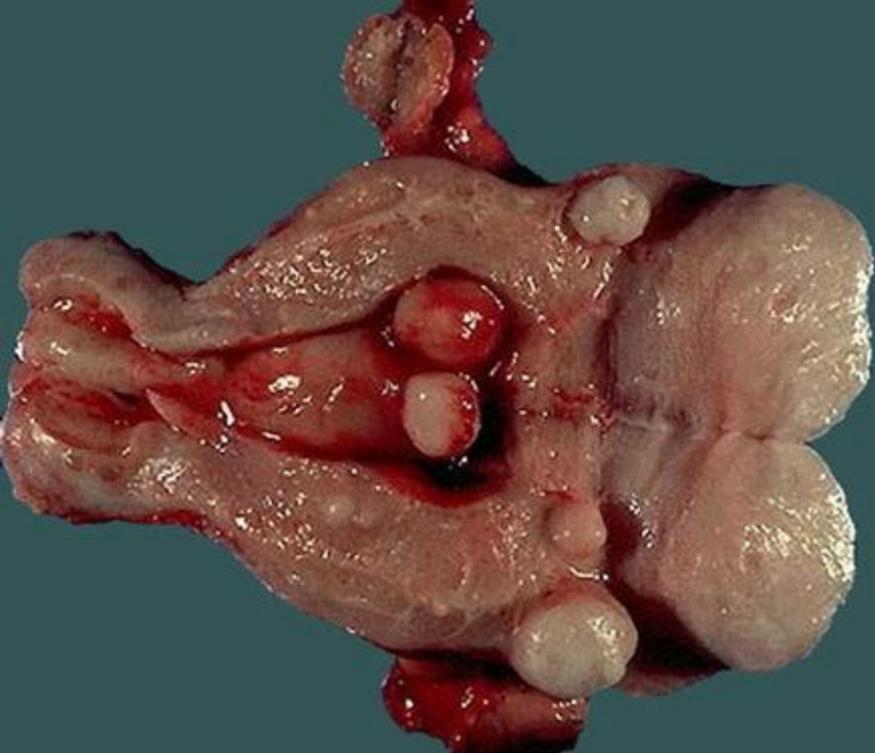
Hyperplasie simple et complexe de l'endomètre



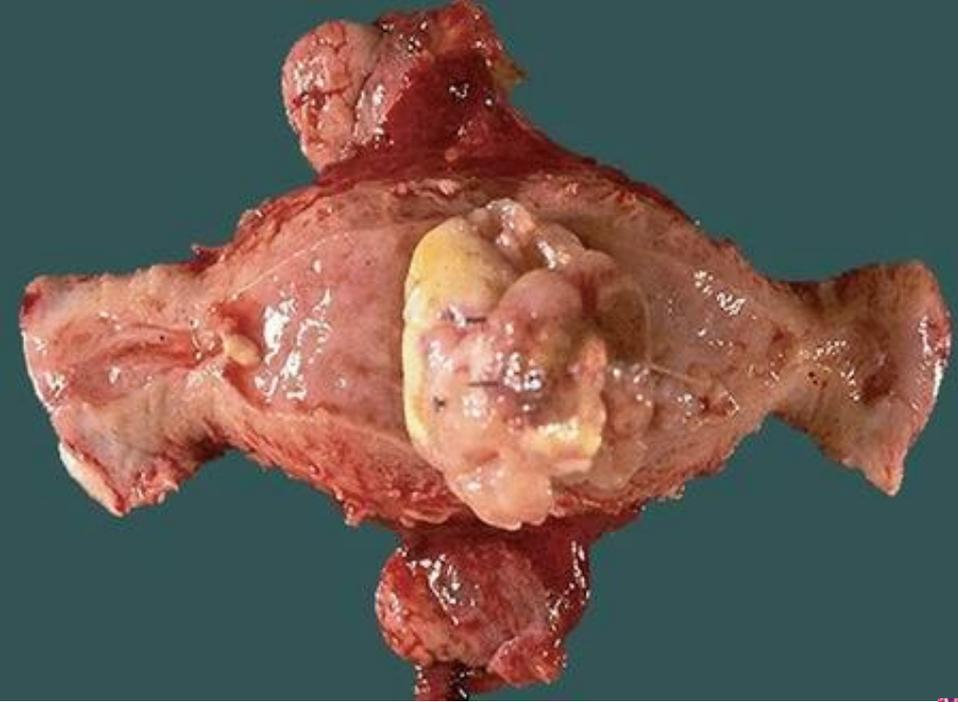
Polype endométrial



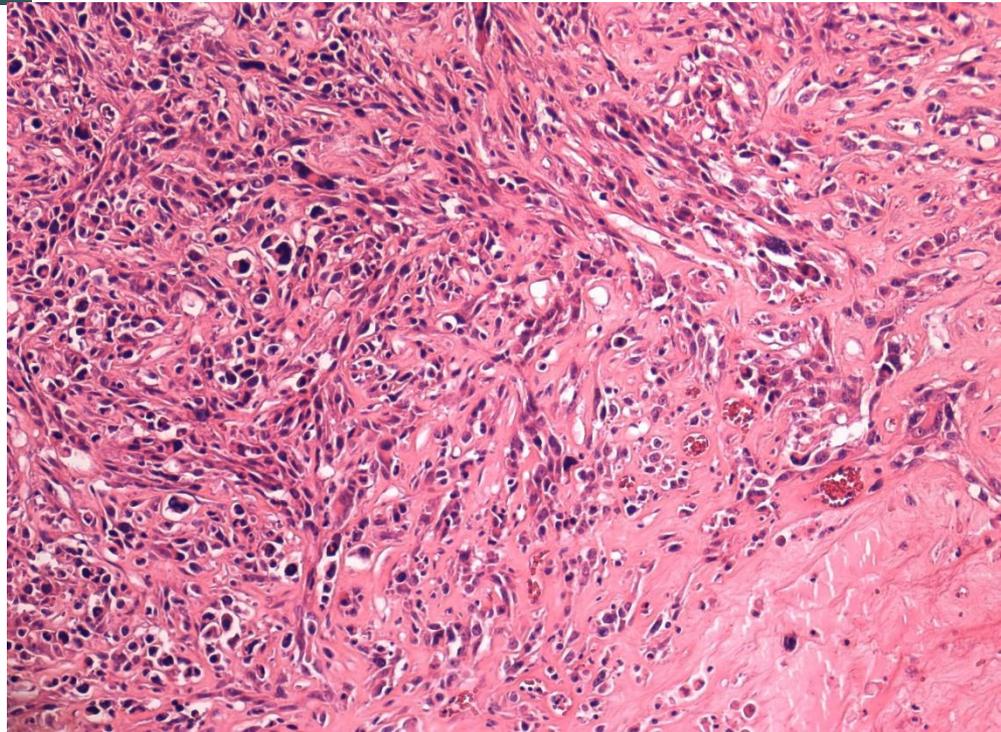
**Carcinome endométrial,
forme endométrioïde**

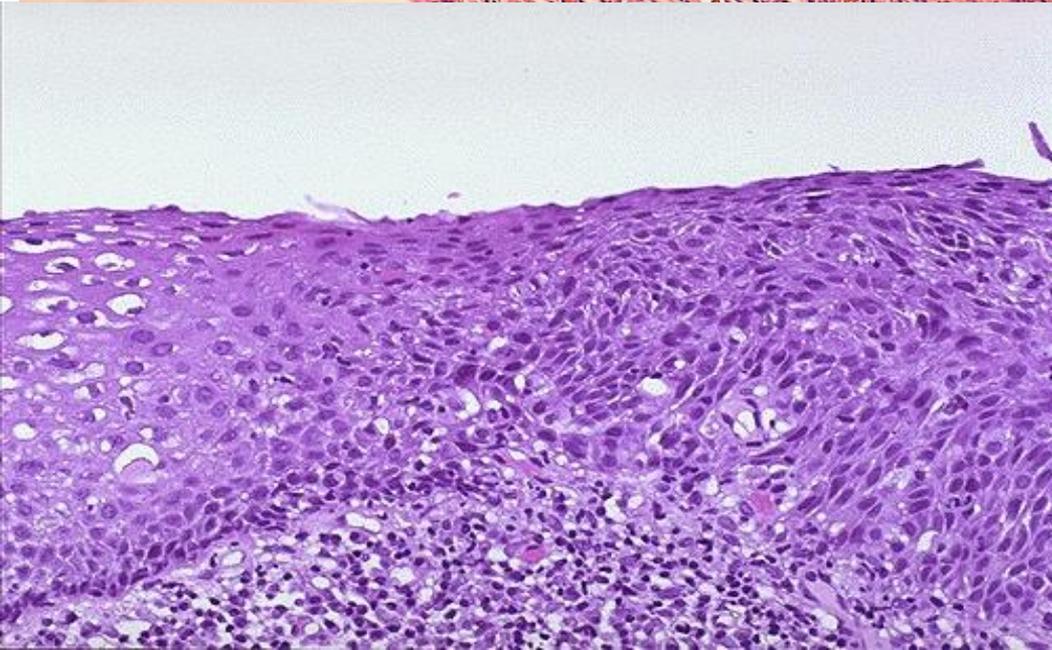
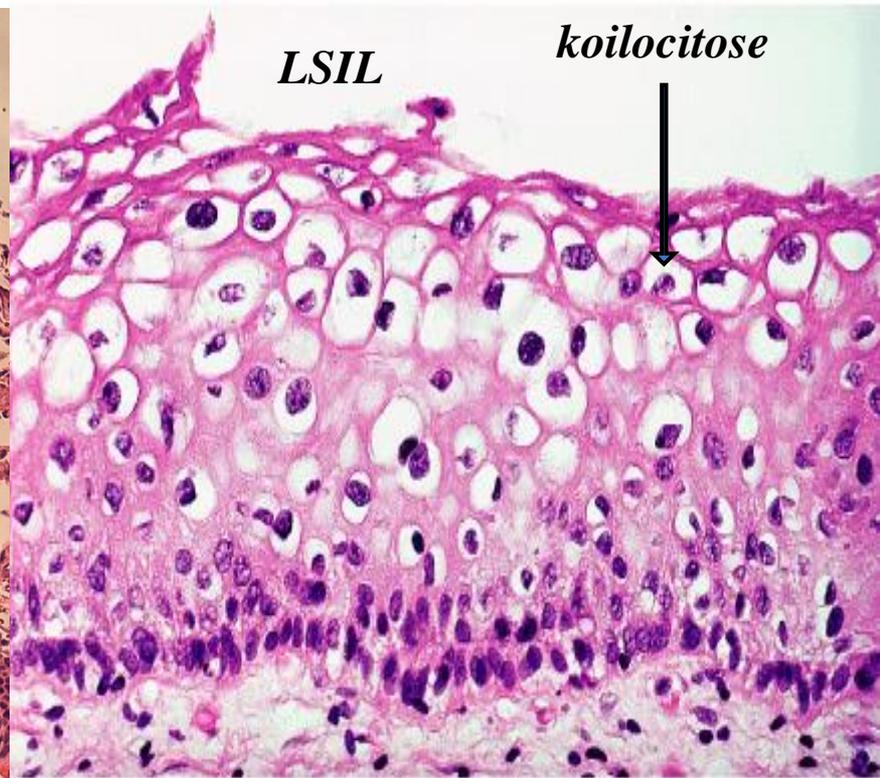
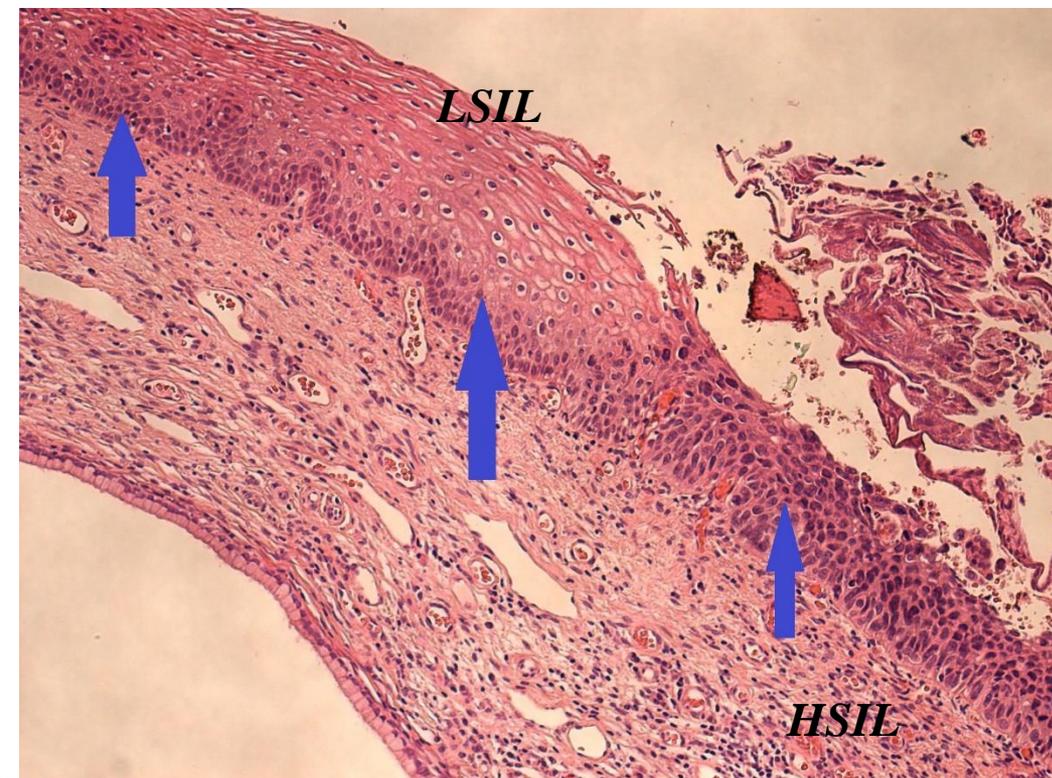


Léiomyome utérin

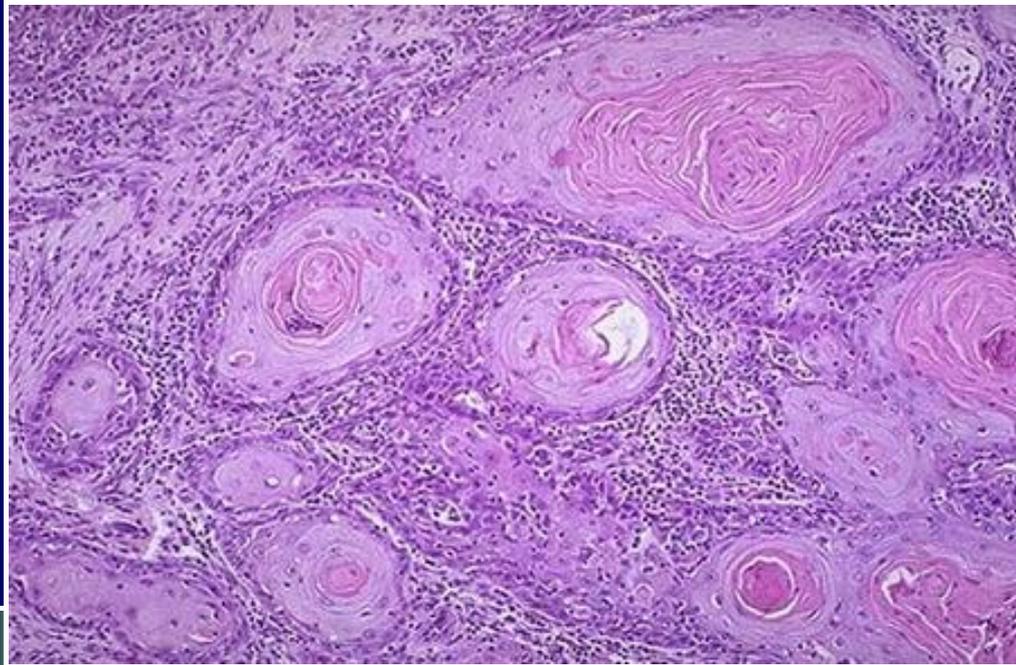


Léiomyosarcome

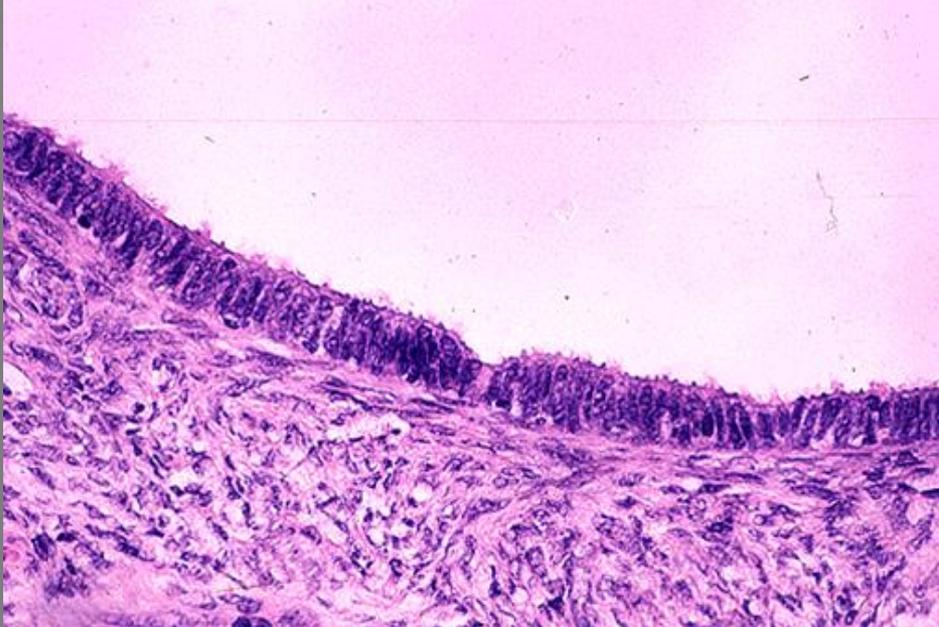
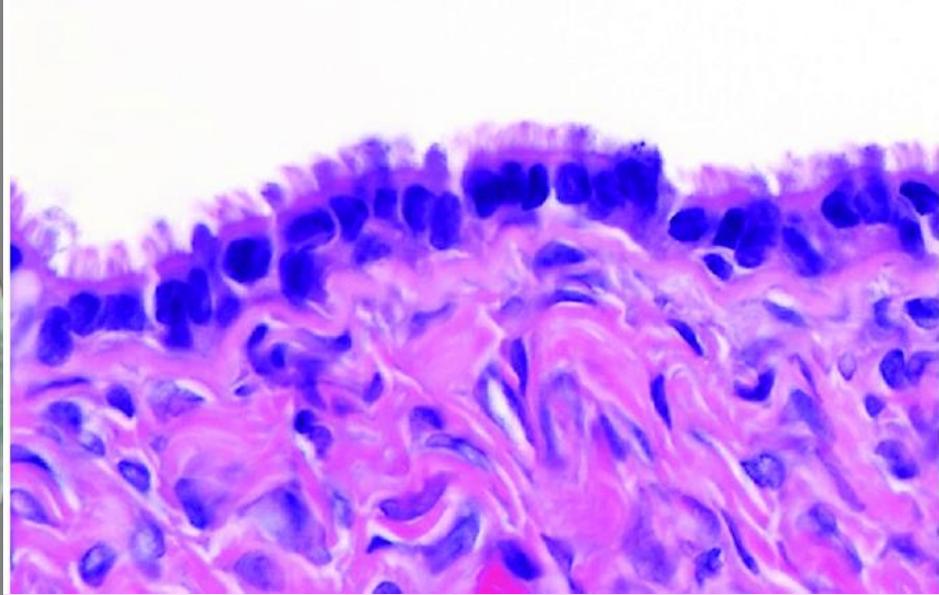
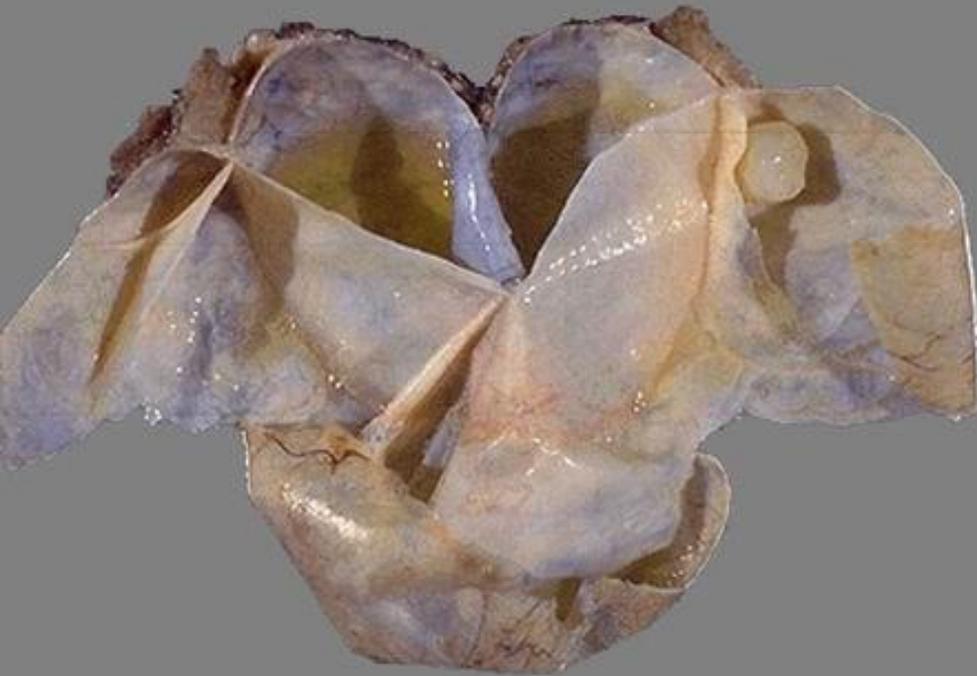




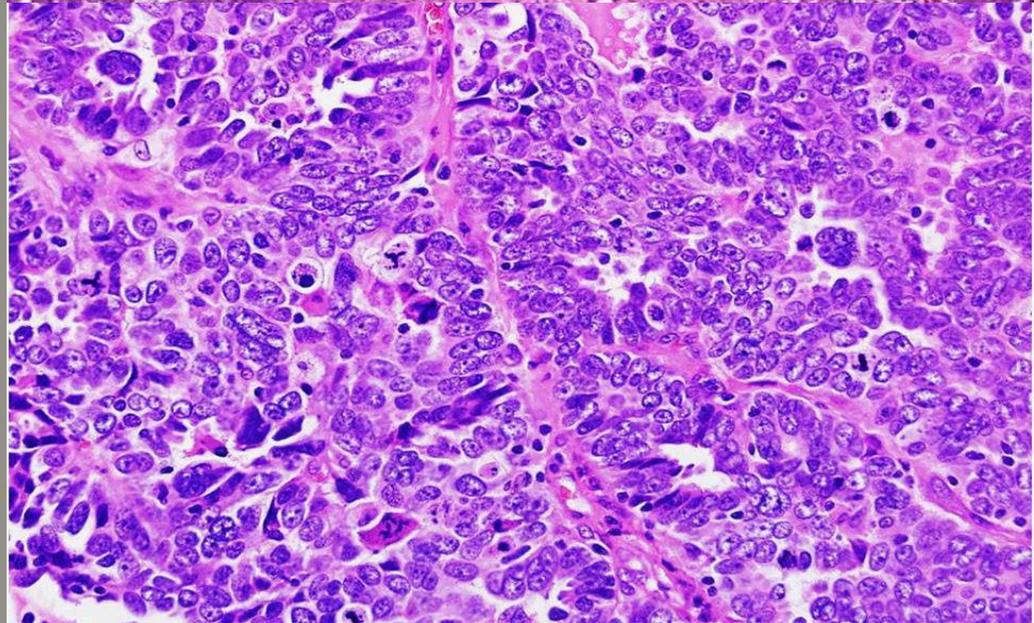
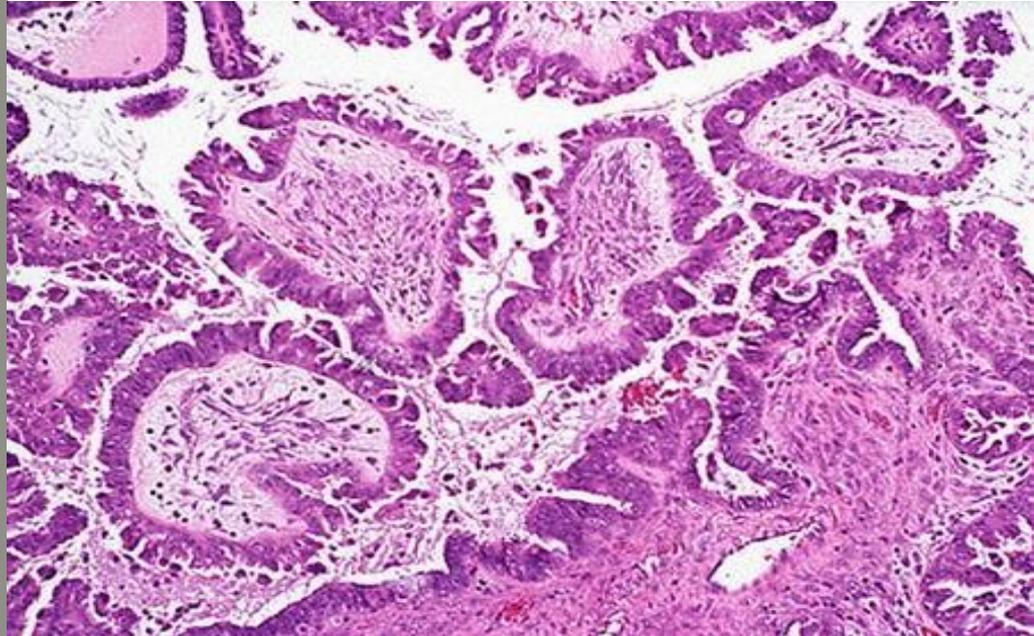
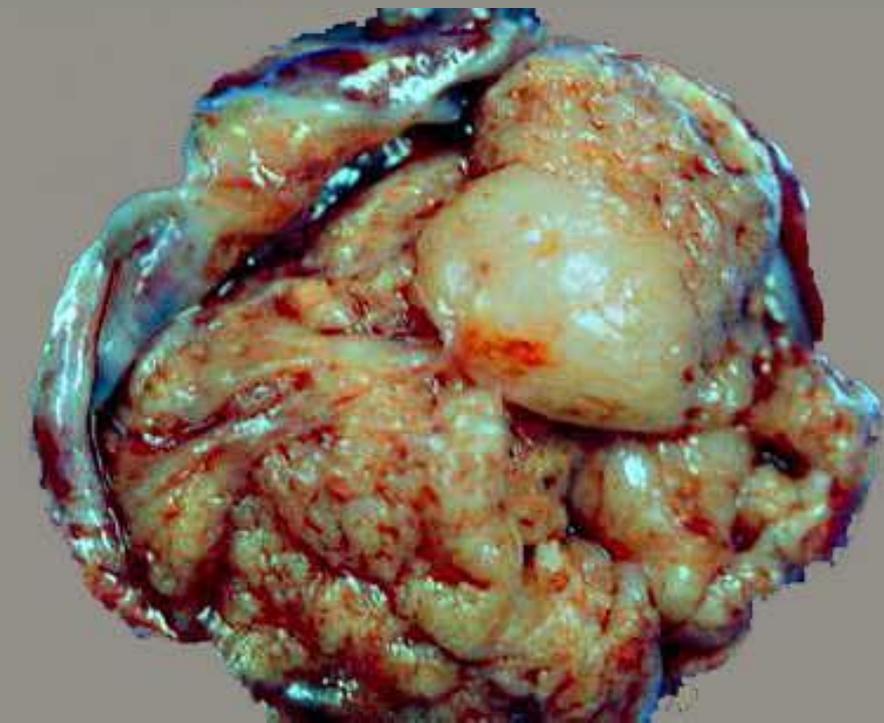
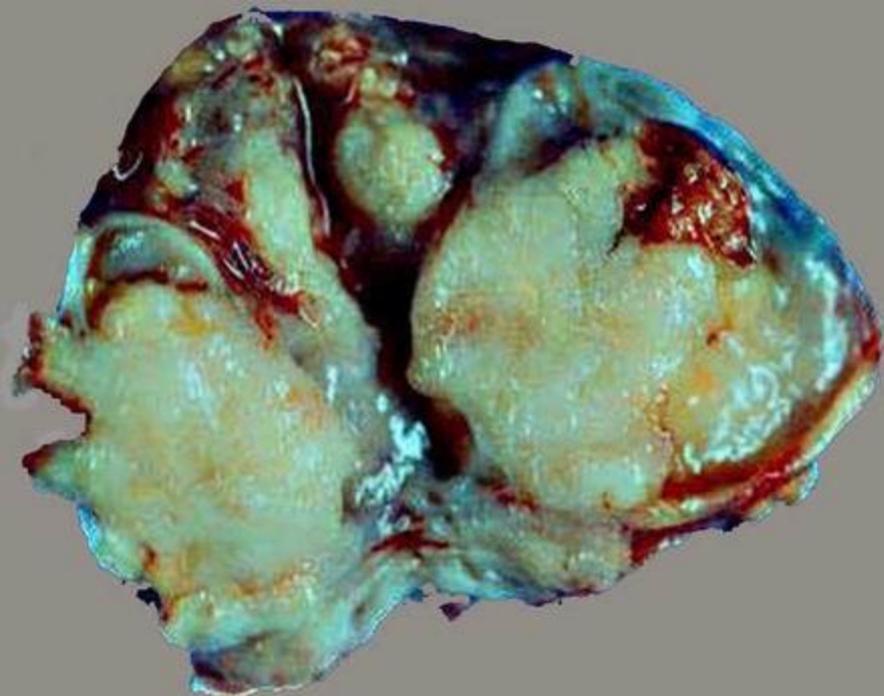
**Néoplasie intraépithéliale
cervicale
(koilocitose) HSIL (CIN 2,3)**



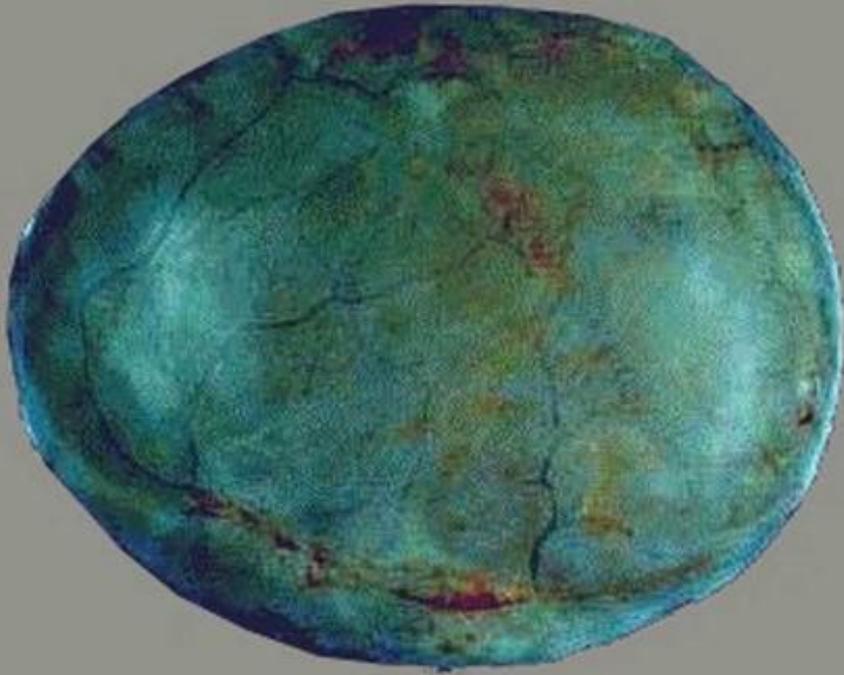
**Carcinome du col de l'utérus.
(micro – carcinome squameux
avec kératinisation)**



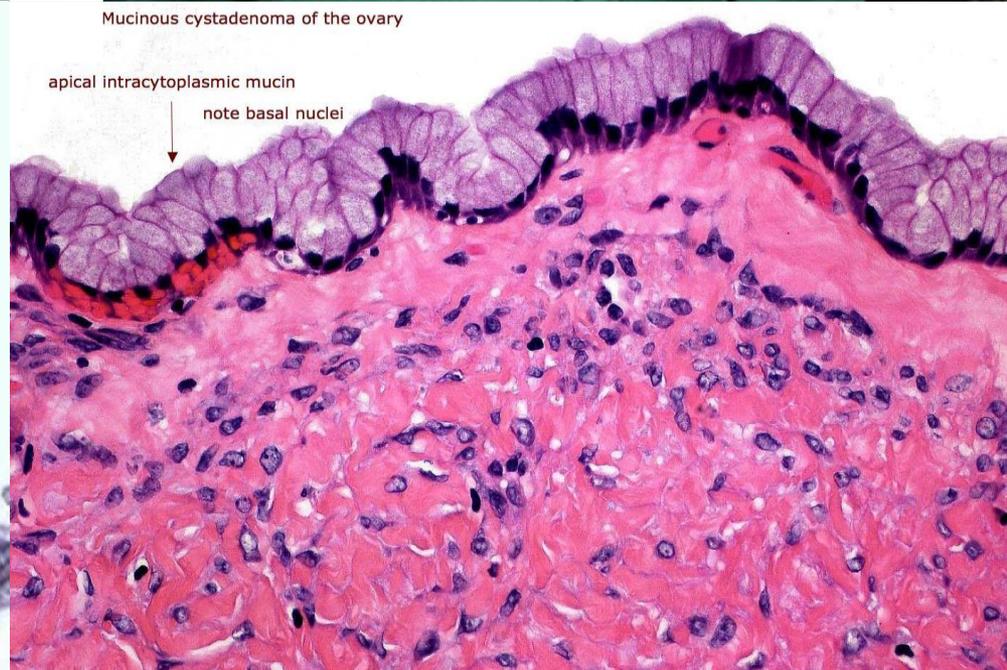
**Chistadénome séreux
ovarien**



**Tumeur ovarienne borderline de type séreux.
Carcinome séreux de l'ovaire**



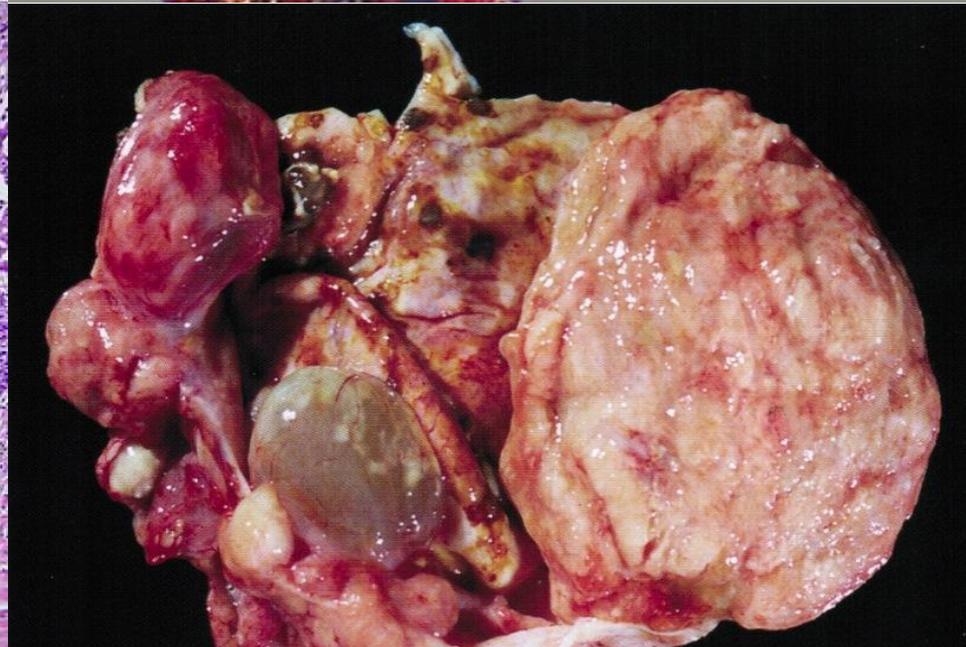
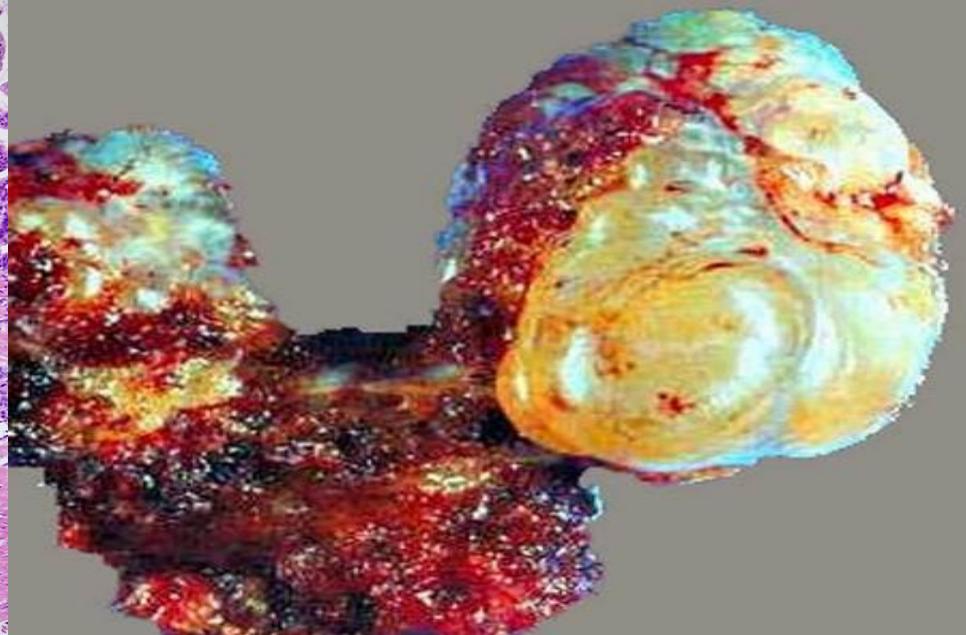
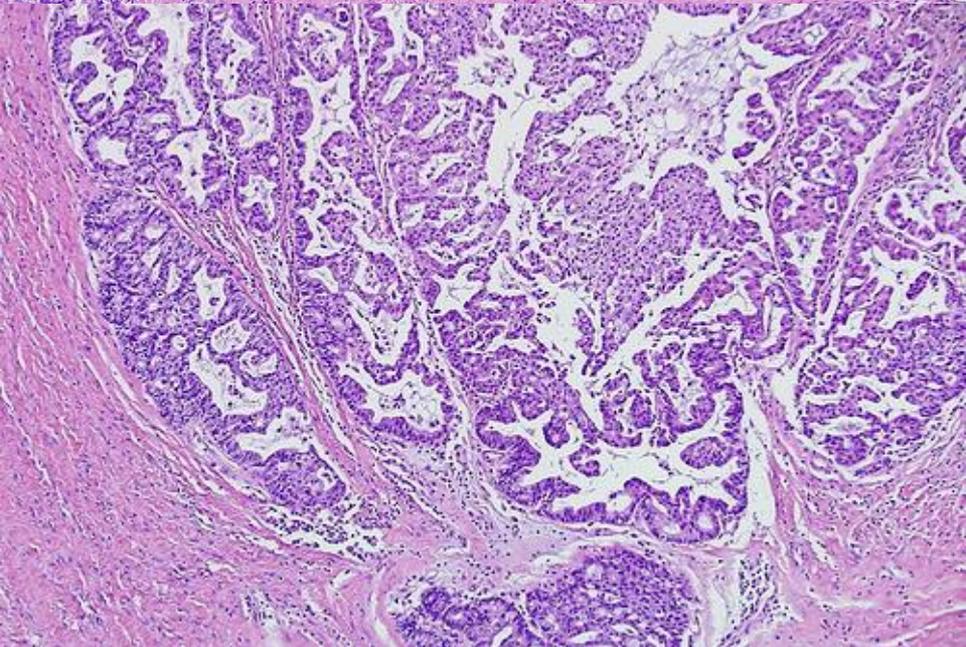
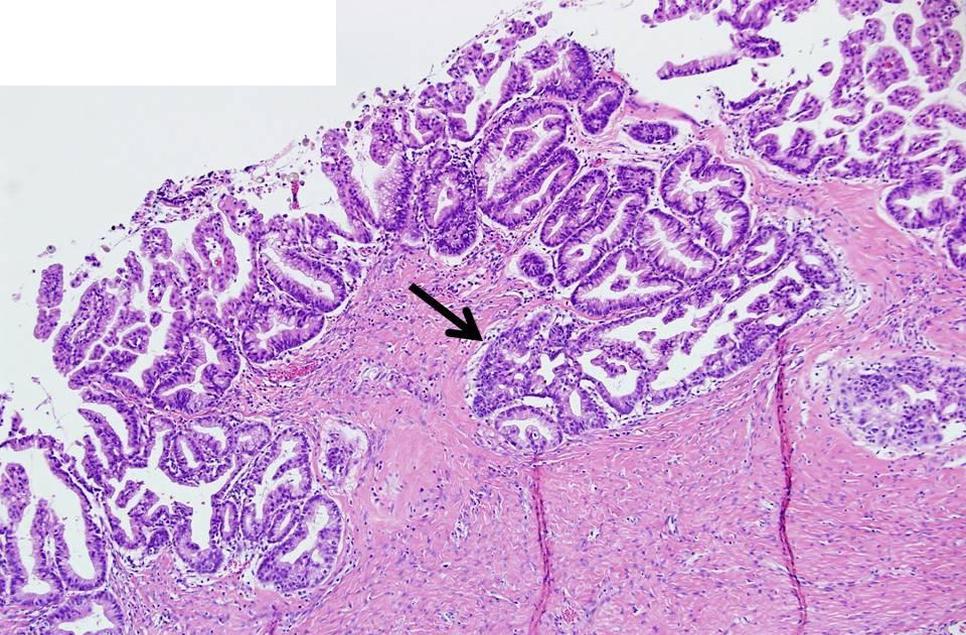
Chistadénome mucineux ovarien



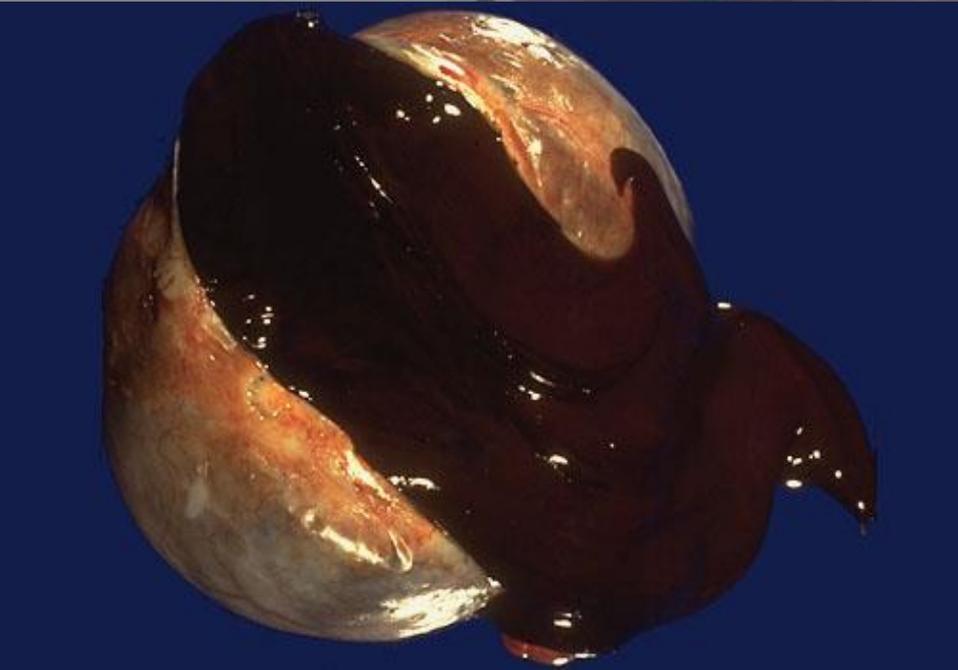
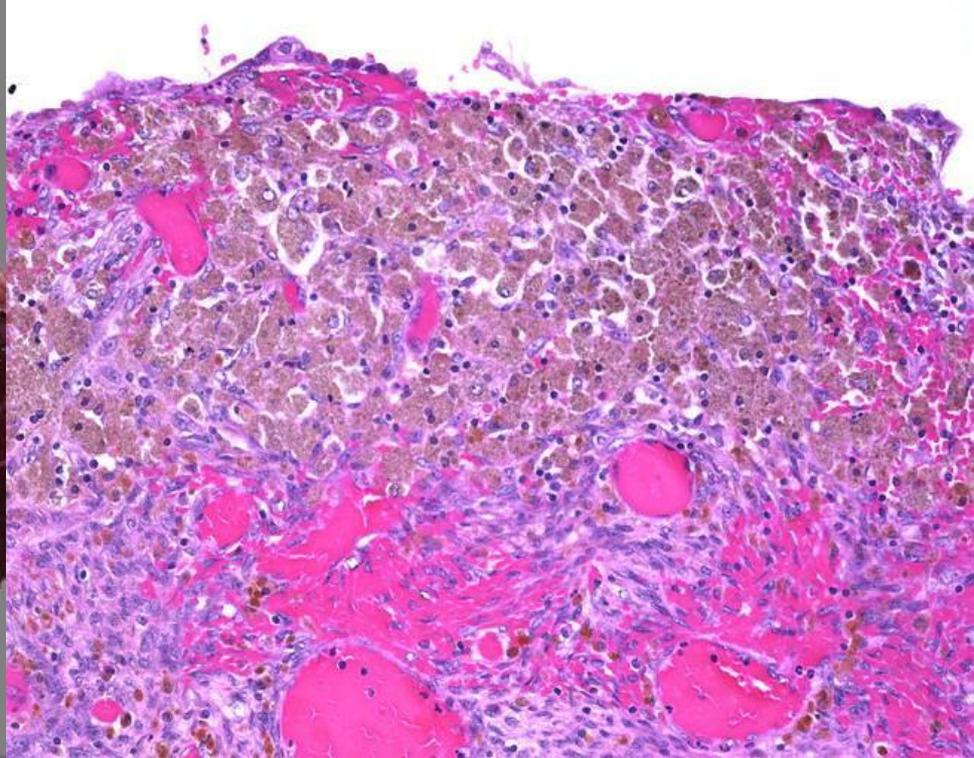
Mucinous cystadenoma of the ovary

apical intracytoplasmic mucin

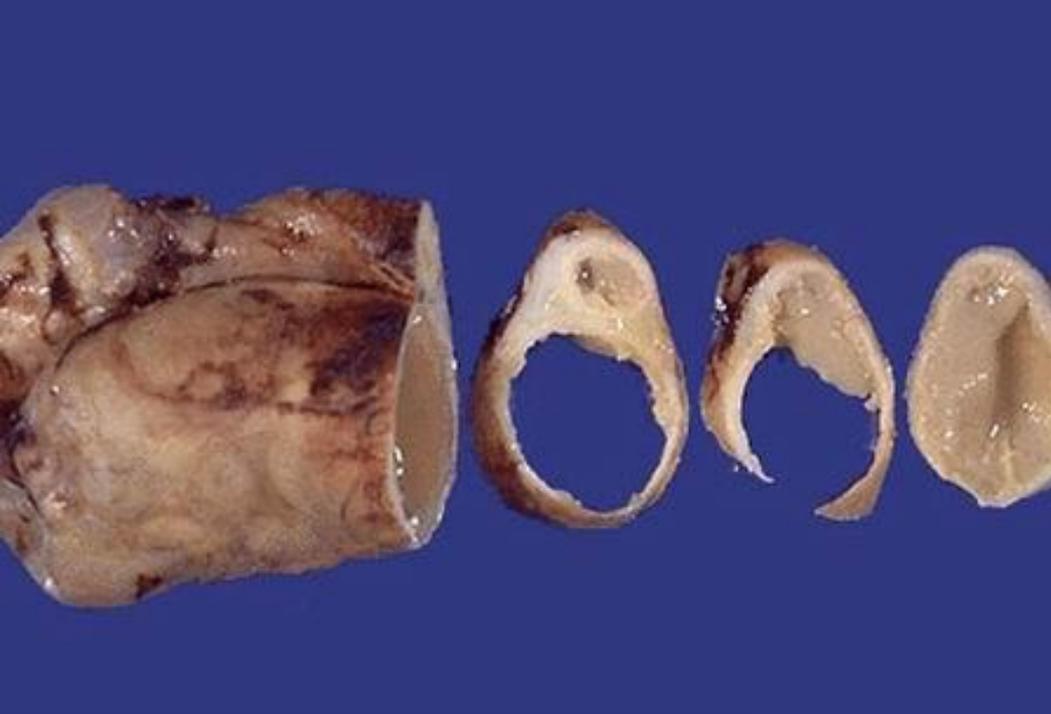
note basal nuclei



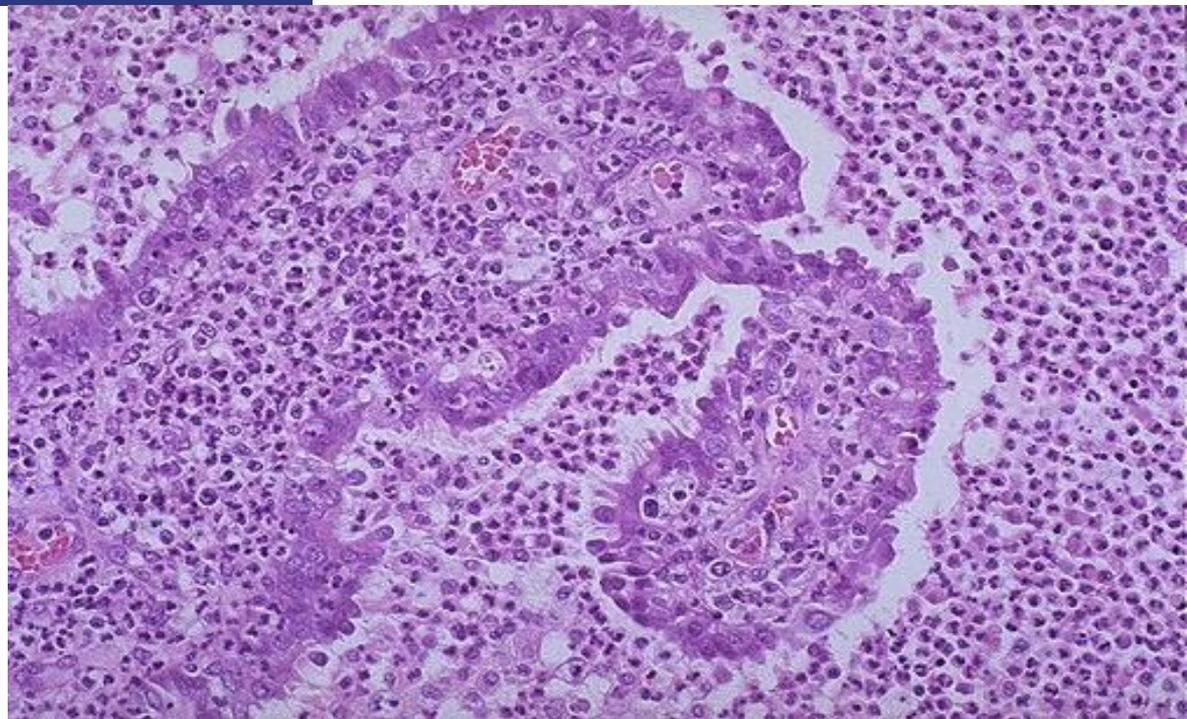
Carcinome ovarien mucineux



**Kyste endométriosique
ovarien
(kyste chocolat)**



abcès tubo-ovarien
Salpingite purulente



Vulve

La vulve est l'organe génital féminin externe et comprend la peau avec pilosité et la muqueuse de cette région. Le plus souvent, les affections de la vulve sont inflammatoires, étant plutôt désagréables que sévères. Les tumeurs malignes de la vulve, bien qu'elles présentent un risque vital, sont rares.

Vulvite

L'une des causes les plus fréquentes de vulvite est l'inflammation réactive en réponse à un stimulus exogène, qui peut être un agent irritant (dermatite irritative de contact) ou de nature allergique (dermatite allergique de contact).

La *dermatite eczémateuse irritative* de contact se manifeste par des papules et des plaques érythémateuses bien délimitées, qui forment des vésicules et des croûtes et peuvent être une réaction à l'urine, au savon, aux détergents, aux antiseptiques, aux déodorants ou à l'alcool. La dermatite allergique présente un aspect clinique similaire et peut être provoquée par une allergie aux parfums; aux additifs dans les crèmes, les lotions à base de savon; aux traitements chimiques appliqués sur les vêtements; ainsi qu'à d'autres antigènes.

Vulvite allergique



Фотография аллергического вульвита

Les petites vulves peuvent également être causées par des infections, qui dans ce cas sont souvent transmises sexuellement. Les agents infectieux les plus couramment rencontrés sont le virus du papillome humain (VPH), qui provoque l'apparition des condylomes acuminés et de la néoplasie intraépithéliale vulvaire.

Le virus de l'herpès simplex (VHS-1 et VHS-2), qui provoque l'herpès génital, avec une éruption vésiculaire caractéristique.

- *N.gonorrhoeae*, qui produit une infection suppurée des glandes vulvo-vaginales.
- *T.pallidum*, l'agent étiologique de la syphilis, qui produit le chancre primaire au site d'inoculation, sur la zone valvulaire, et *Candida*, une autre cause potentielle de vulvite.

Une complication importante de la vulvite est l'obstruction des canaux excréteurs des glandes de Bartholin. L'obstruction peut conduire à la dilatation douloureuse des glandes (kyste de Bartholin) avec formation d'un abcès.

Vulvite aiguë



Фото острого вульвита у женщины

Vulvită fungică



Фотография кандидозного вульвита

Vulvite chronique avec atrophie



Фото хронического вульвита у женщин

Affections épithéliales non néoplasiques

L'épithélium de la muqueuse valvulaire peut subir deux types de modifications:

- 1) Amincissement atrophique, suivi de l'apparition du lichen scléreux.
- 2) Épaississement hyperplasique, se manifestant sous forme de lichen simple chronique.

Le lichen scléreux (leucoplasie)

Le lichen scléreux se caractérise par l'amincissement et l'atrophie de l'épiderme, l'effacement du relief papillaire, la dégénérescence hydropique des cellules basales, la fibrose du derme, et l'apparition d'un infiltrat inflammatoire réduit, périvasculaire, composé de cellules mononucléées.

Elles se présentent sous la forme de plaques blanches lisses (appelées *leukoplasie*) ou de papules, qui peuvent s'étendre et fusionner avec le temps. Lorsque la vulve est entièrement touchée, les lèvres deviennent quelque peu atrophiées et dures, et l'orifice vaginal est rétréci.

Le *lichen scléreux* apparaît à tous les groupes d'âge, mais il touche le plus souvent les femmes après la ménopause. La pathogénie est mal comprise, mais la présence de lymphocytes T activés dans l'infiltrat inflammatoire sous-épithélial et la fréquence accrue des maladies auto-immunes chez les femmes affectées suggèrent une étiologie auto-immune.

Le *lichen scléreux* est une affection bénigne; cependant, un petit pourcentage de femmes présentant un lichen scléreux symptomatique (1-5 %) développe un carcinome épidermoïde vulvaire.

Lichen scléreux (leucoplasie)



Le lichen simple chronique

Le lichen simple chronique est caractérisé par un épaissement de l'épithélium, en particulier de la couche granuleuse et une hyperkératose. Au niveau des couches basale et suprabasale, on observe une augmentation de l'activité mitotique; cependant, il n'existe pas d'atypies épidermiques.

Parfois, l'infiltrat leucocytaire dermique est assez prononcé. Ces modifications non spécifiques sont la conséquence d'une irritation chronique, souvent causée par le prurit associé à une dermatose inflammatoire sous-jacente. Le lichen simple chronique se manifeste sous la forme d'une zone de leucoplasie.

Les lésions isolées ne présentent pas de risque accru de cancer, mais le lichen simple chronique est fréquemment présent à la périphérie d'un cancer valvulaire diagnostiqué, ce qui soulève l'hypothèse d'une association avec la maladie néoplasique.

Le *lichen scléreux* et le lichen simple chronique peuvent coexister dans différentes zones du corps chez certaines personnes, et les deux lésions peuvent se présenter sous forme de leucoplasie. Des macules de plaques similaires sont fréquemment rencontrées également dans d'autres types de dermatoses bénignes, telles que le psoriasis ou le lichen plan, ainsi que dans les lésions malignes de la vulve, telles que le carcinome épidermoïde in situ ou le carcinome épidermoïde invasif. Par conséquent, pour différencier ces lésions à aspect clinique similaire, la biopsie et l'examen microscopique sont nécessaires.

Condylomes

Le terme *condylome* désigne toute lésion vulvaire ayant l'apparence d'un verrue. La majorité des lésions de ce type peuvent être classées dans l'une des deux catégories distinctes:

1. *Le condylome plan* (**Condylomata lata**), rarement rencontré de nos jours, est une lésion plate, humide et légèrement surélevée qui apparaît dans le cadre du syphilis secondaire.

2. *Le condylome acuminé* (**Condylomata acuminata**), beaucoup plus fréquent, peut être papillaire et surélevé ou plus aplati et rugueux.

Les *condylomes* peuvent apparaître n'importe où sur la surface ano-génitale, parfois sous la forme d'une seule lésion mais plus souvent comme des lésions multiples. Lorsqu'ils sont localisés au niveau de la vulve, ils ont un diamètre compris entre quelques millimètres et plusieurs centimètres et ont une couleur allant du rouge-rose au rose-brun.

Condylome plan (Condylomata lata)



Condylome acuminé (Condylomata acuminata)



Lors de l'examen histologique, la lésion cellulaire caractéristique est la coilocytose, une modification cytopathique représentée par la vacuolisation périnucléaire du cytoplasme et l'aspect plissé de la membrane nucléaire, spécifique de l'infection par le HPV. L'infection par les types 6 et 11 de HPV présente un faible risque de transformation maligne, et les condylomes vulvaires n'évoluent généralement pas vers un cancer.

Carcinome vulvaire

Le carcinome vulvaire représente environ 3 % de l'ensemble des cancers génitaux féminins et survient plus fréquemment chez les femmes de plus de 60 ans. Environ 90 % des carcinomes sont épidermoïdes; les autres tumeurs sont principalement des adénocarcinomes ou des carcinomes basocellulaires.

Il existe deux formes différentes de carcinome épidermoïdes vulvaires. La forme la plus rare est causée par des souches de HPV à risque élevé (en particulier les sous-types 16 et 18) et survient chez les femmes d'âge moyen, en particulier chez les fumeuses. Dans cette forme, le début du carcinome est souvent précédé de modifications épithéliales précancéreuses, appelées néoplasie vulvaire intraépithéliale.

La deuxième forme de carcinome vulvaire apparaît chez les femmes âgées. Elle n'est pas associée au VPH, mais est souvent précédée par plusieurs années de modifications épithéliales réactives, principalement de lichen scléreux. L'épithélium superficiel ne présente généralement pas de modifications cytologiques spécifiques de la néoplasie intraépithéliale vulvaire, mais de légères atypies de la couche basale et une kératinisation basale peuvent être présentes. Les tumeurs invasives de ce type ont tendance à être bien différenciées et fortement kératinisées.

Les néoplasies vulvaires intraépithéliales sont des carcinomes vulvaires débutants, qui se manifestent par des zones de leucoplasie sous la forme de macules blanchâtres d'épithélium épaissi. Dans environ un quart des cas, les lésions sont pigmentées en raison de la présence de mélanine. Avec le temps, ces zones se transforment soit en tumeurs exophytiques, soit en tumeurs endophytiques ulcéreuses. Les tumeurs HPV positives sont multifocales et verruqueuses, tandis que les tumeurs HPV négatives sont généralement des carcinomes spinocellulaires kératinisés, bien différenciés et unifocaux.

Carcinome vulvaire



Le vagin

La vaginite – est une affection relativement fréquente, généralement transitoire et sans conséquences cliniques. Elle est associée à l'apparition d'une sécrétion vaginale abondante (leucorrhée). Elle est causée par divers micro-organismes: bactéries, champignons et parasites. Beaucoup d'entre eux sont commensaux (appartiennent à la flore vaginale normale) et ne deviennent pathogènes que lorsqu'il existe certaines conditions prédisposantes, telles que le diabète sucré, l'antibiothérapie systémique (qui entraîne la destruction de la flore microbienne normale), l'immunodéficience, la grossesse ou l'avortement récent.

Le **carcinome épidermoïde vaginal** est très rare et se produit généralement chez les femmes de plus de 60 ans en présence de facteurs de risque similaires à ceux du carcinome du col de l'utérus. La néoplasie intraépithéliale vaginale est une lésion précurseur qui est presque toujours associée à une infection par le HPV.

Affections dishormonales:

L'hyperplasie de l'endomètre - se caractérise par la prolifération des glandes et du stroma de l'endomètre en rapport avec les troubles neurohormonaux du cycle menstruel.

Le principal mécanisme pathogénétique est l'hyperestrogénie. Elle est observée dans l'insuffisance fonctionnelle des ovaires, en particulier pendant la période climatique. Chez les femmes en âge de procréer, elle est plus fréquemment rencontrée dans le cas de la polykystose ovarienne, ainsi que dans l'obésité.

On l'observe plus fréquemment après l'âge de 40 ans.

On distingue 2 variantes d'hyperplasie de l'endomètre:

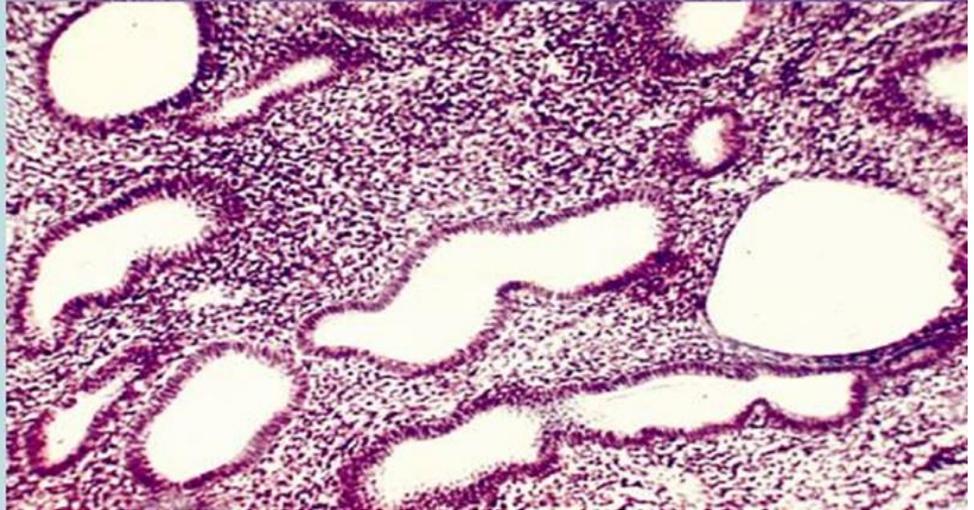
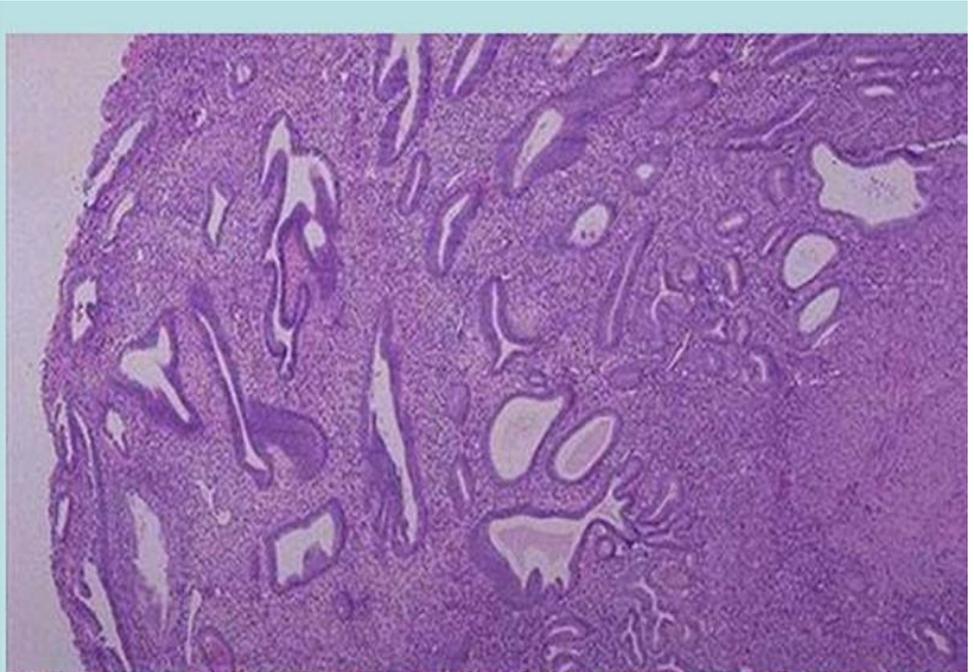
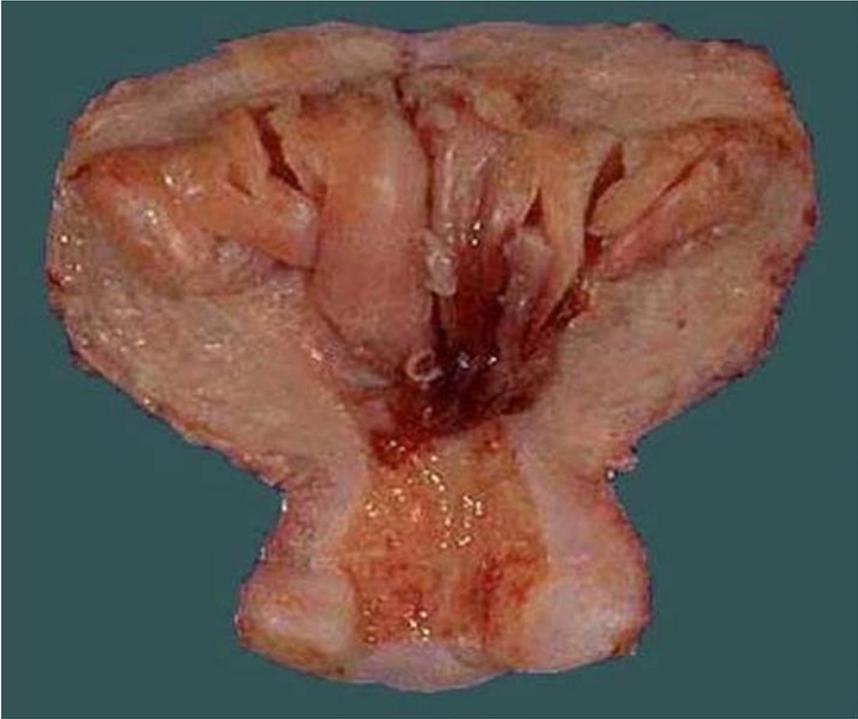
- 1) Simple glandulaire ou glandulo-kystique
- 2) Atypique

Morphologie

Il y a un épaississement considérable de l'endomètre en raison de la prolifération de la couche fonctionnelle. Les signes microscopiques - l'épithélium devient cylindrique, le nombre de mitoses augmente, la stroma est œdémateuse, juteuse, en état de prolifération. Les glandes augmentent en taille, deviennent allongées, avec un aspect serpentin et des dilatations kystiques. On observe des hémorragies des vaisseaux superficiels de la muqueuse utérine avec des modifications dystrophiques, la thrombose des vaisseaux et des foyers de nécrose.

La muqueuse remplit toute la cavité utérine, les surfaces antérieure et postérieure de la cavité utérine se compriment mutuellement, ce qui provoque des troubles circulatoires, des nécroses, le détachement de la muqueuse et des hémorragies abondantes.

Les hémorragies acycliques sont stimulées par les troubles circulatoires qui se produisent sous l'action des œstrogènes sur l'endomètre.



**Hiperplazie glandulo-
chistică a endometrului**

L'hyperplasie atypique/l'adénomatose focale/se caractérise par la prolifération intensive de l'épithélium et/ou des glandes endométriales.

C'est un état précancéreux. Elle est plus fréquente après 50 ans. Cliniquement, des hémorragies anovulatoires.

Morphologiquement - le stroma est riche en éléments cellulaires, on observe de grandes cellules avec un cytoplasme clair, mousseux, qui contiennent des lipides, il peut y avoir des foyers de métaplasie pavimenteuse. Dans les cas d'hyperplasie atypique de l'endomètre chez les femmes en période de ménopause, une hystérectomie est effectuée.

- La plupart des lésions du col de l'utérus sont représentées par des inflammations relativement banales (cervicite), mais le col de l'utérus est également le site d'un des cancers les plus répandus chez les femmes à travers le monde.
- Les lésions inflammatoires du col de l'utérus sont très fréquentes et sont associées à une sécrétion vaginale purulente. Les cervicites peuvent être classées en infectieuses et non infectieuses, bien que leur différenciation soit difficile en raison de la présence de la flore vaginale normale, qui comprend des aérobies et des anaérobies vaginaux occasionnels, des streptocoques, des staphylocoques, des entérocoques et de l'*Escherichia coli*.

Endocervicose

C'est la pathologie la plus fréquente du col de l'utérus. *Macroscopiquement*, autour de l'orifice externe du col de l'utérus, on observe une zone de couleur rougeâtre en raison de l'abondante vascularisation de la couche sous-épithéliale. *Histologiquement*, des foyers d'épithélium prismatic apparaissent à la surface de la portion vaginale du col de l'utérus et des structures glandulaires, recouvertes d'épithélium de type endocervical.

**La cause n'est pas connue, le rôle des troubles dishormonaux est supposé.
Les variantes morphologiques/stades/-**

1. Simple/stationnaire/
2. Proliférante/progressante/
3. Avec épiderme

Complications

- Erosion of the cervical mucosa at the level of the external orifice
- Inflammation of the mucosa/cervicitis/
- Dysplasia of the epithelium
- Development of cancer

Les polypes du col de l'utérus

Ils sont plus fréquemment observés dans le canal cervical. Ils sont causés par des déséquilibres hormonaux.

Les variantes morphologiques:

1. Polype simple
2. Polype proliférant
3. Polype avec épithélisation

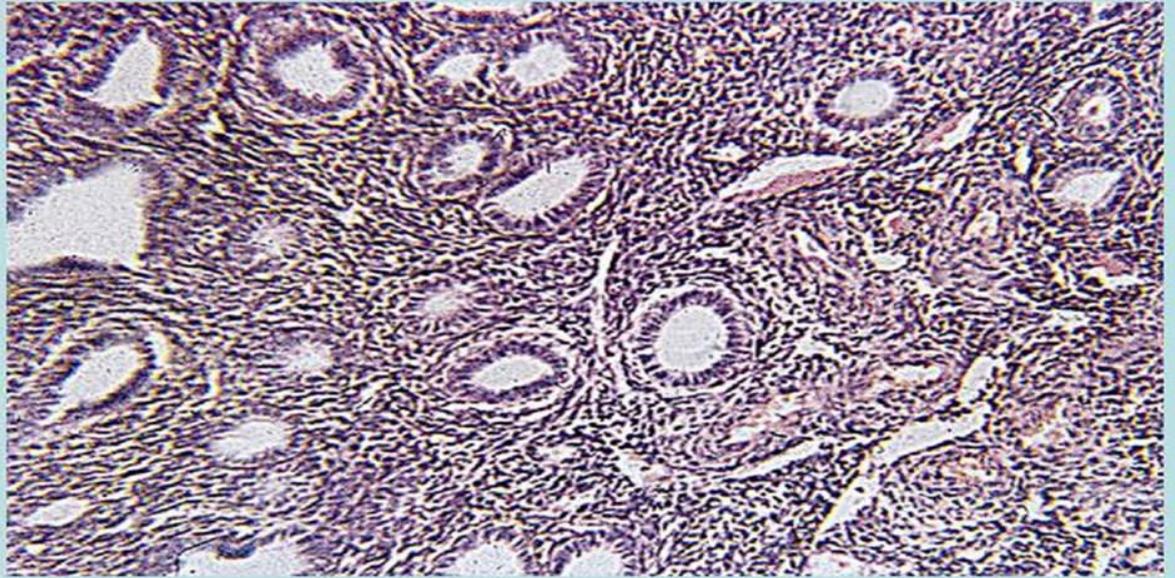
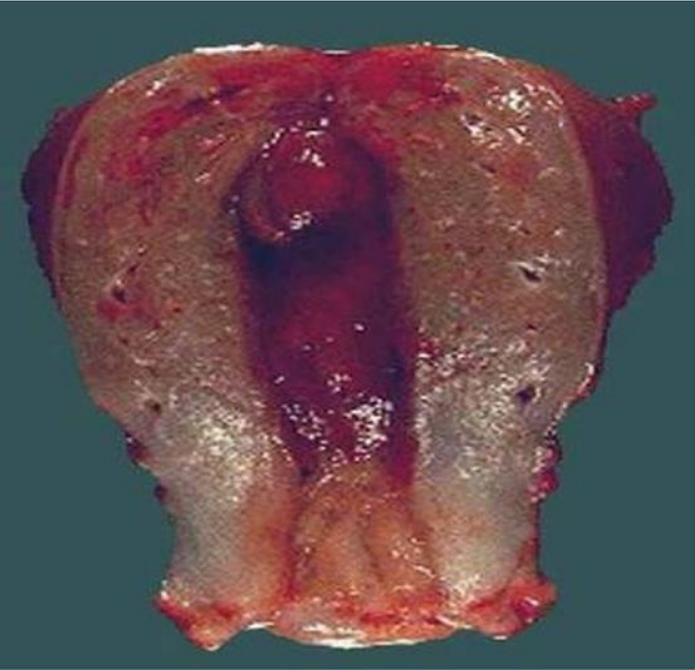
Morphologiquement, il y a une distribution inhomogène des glandes de forme et de taille différentes, et à la base du polype, on observe une pelote de vaisseaux aux parois épaissies et sclérosées.

Les polypes de la cavité utérine

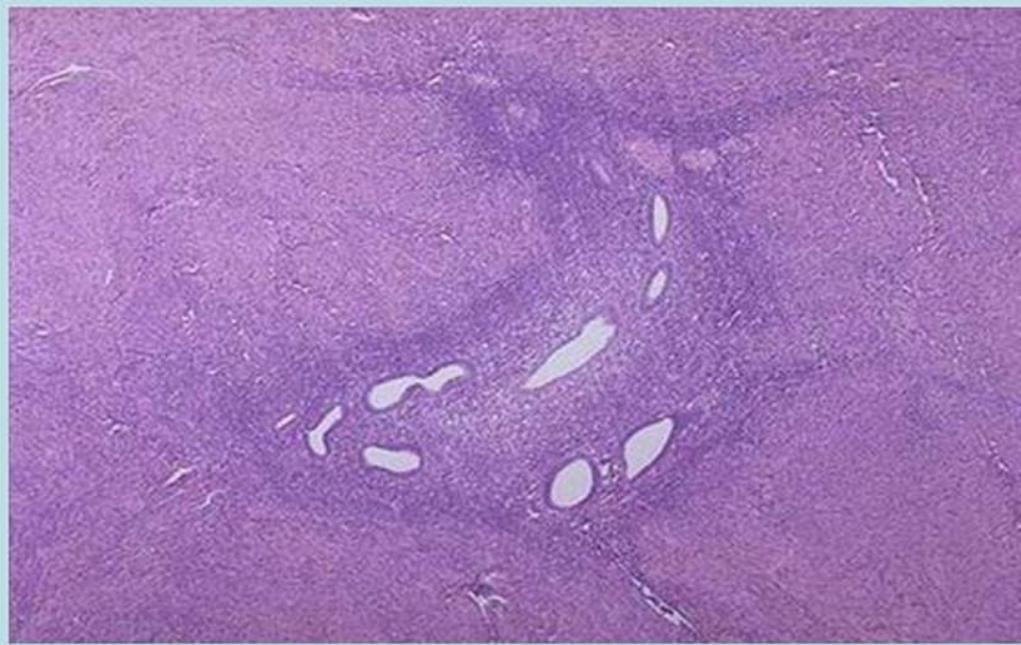
Les variantes:

- Glandulaire
- Glandulo-fibreux
- Fibreux

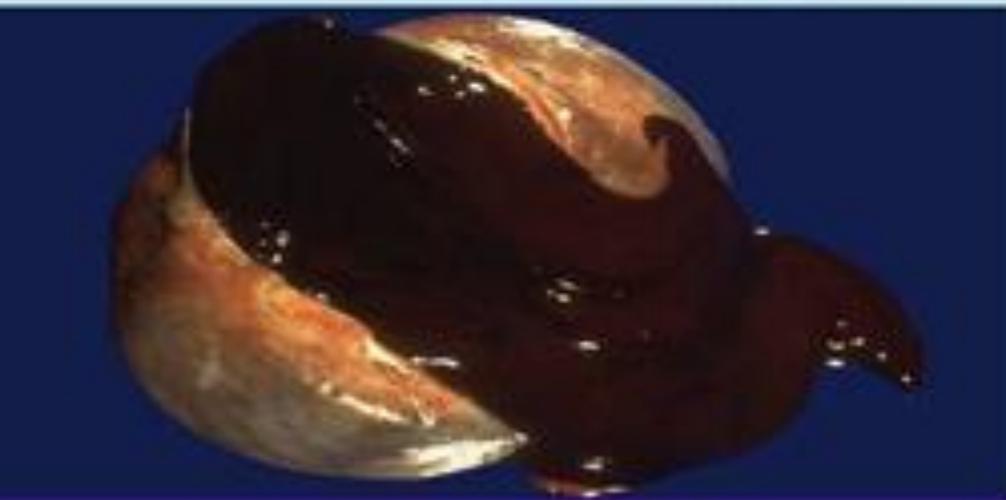
Adénomyomateux/contenant des cellules musculaires lisses/



Polip endometrial



Adenomioza peretelui uterin



Chist ovarian endometrioid
(ciocolatiu)

Les affections inflammatoires

Endométrite – inflammation de la muqueuse utérine. Elle peut être aiguë ou chronique. L'endométrite aiguë se rencontre généralement pendant la période postpartum ou postavortement. L'étiologie est infectieuse, plus fréquemment staphylocoque ou streptocoque, colibacille, infection anaérobie.

Les formes morphologiques:

- Catarhale
- Fibrineuse
- Hémorragique
- Purulente

L'endométrite chronique se caractérise par l'atrophie ou l'hypertrophie de l'endomètre.

Le carcinome du col de l'utérus

- Les états précancéreux:

- Dysplasie du col utérin

- Leucoplasie avec signes d'atypie

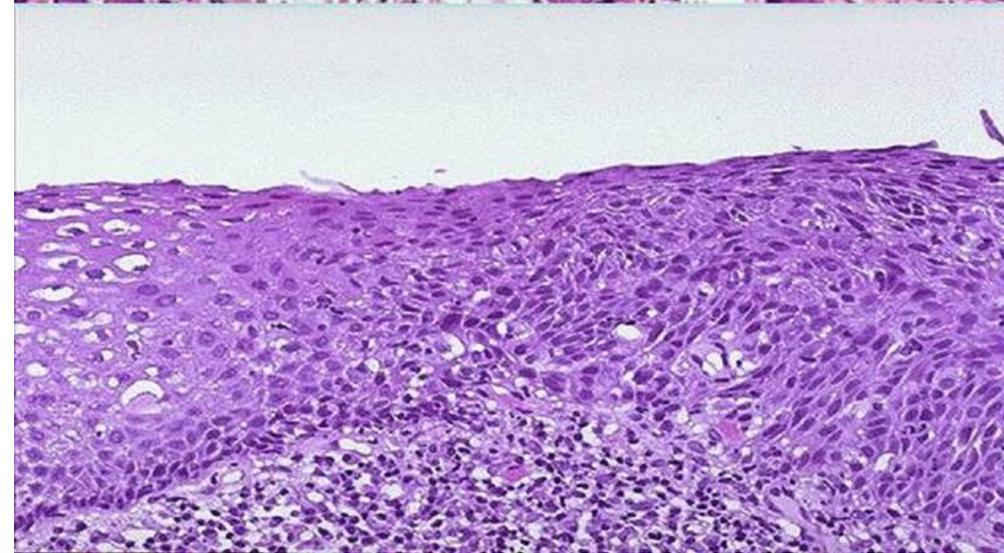
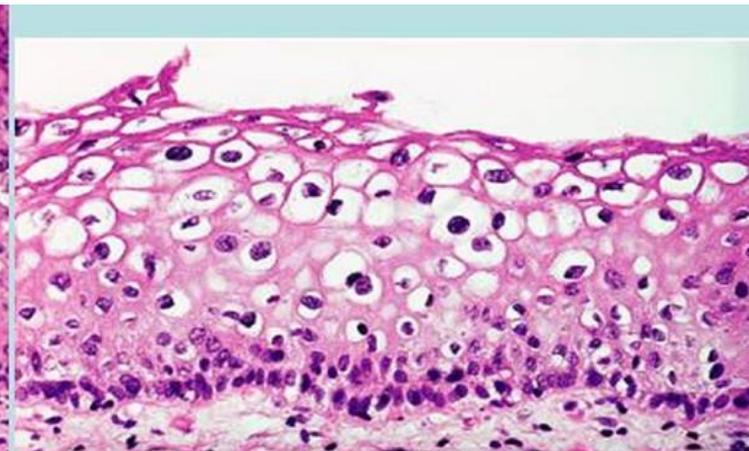
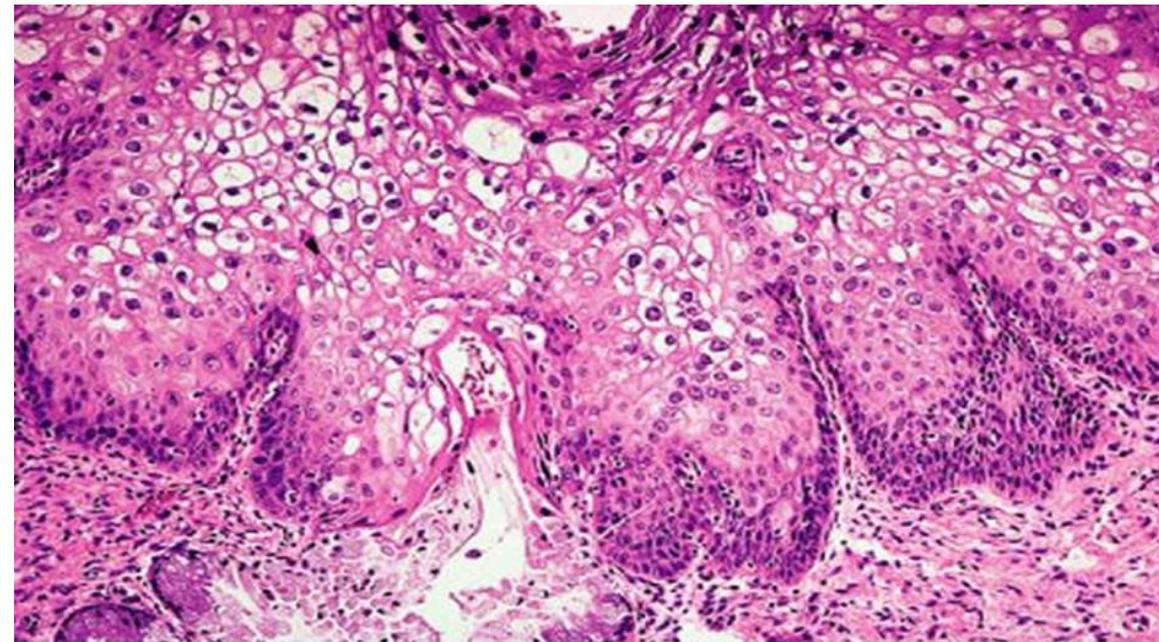
Érythroplasie – hyperplasie de l'épithélium pavimenteux stratifié avec atypie des cellules

- Adénomatose

- Infection par le papillomavirus

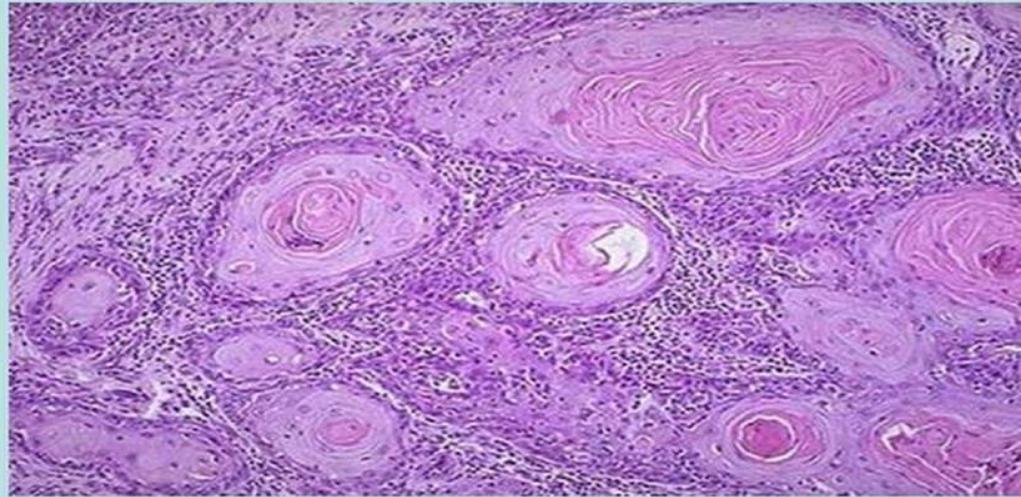
Les formes microscopiques du cancer du col de l'utérus:

- Cancer épidermoïde – la forme la plus fréquente
- Adénocarcinome – plus rare, 4-5%
- Mixte glandulaire-épidermoïde / adéno-squameux/
- Macroscopiquement, le cancer du col de l'utérus croît de manière exophytique dans la portion vaginale du col de l'utérus et de manière endophytique – dans le canal cervical.



↑↑**Leziune papilomavirotică a colului uterin**
(*koilocitoză, acantoză și papilomatoză*)

← **Displazia epiteliului ectocervical**
(*în stînga – epiteliu normal*)



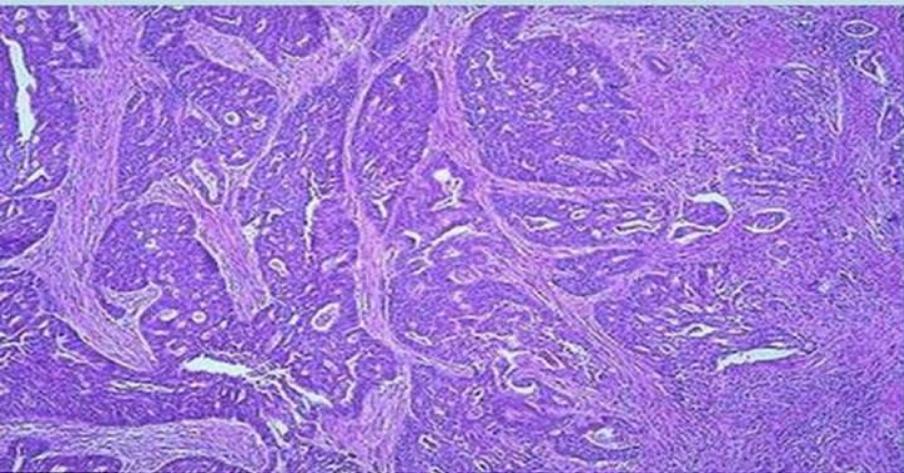
Cancer de col uterin
(*histologic – carcinom pavimentos
cu keratinizare*)

Cancer du corps utérin

Il se localise plus souvent dans la région des angles et du fond de l'utérus, généralement pendant la période postménopausique.

Macroscopiquement, il se manifeste par des proliférations polypoïdales ou papillaires de différentes tailles.

Histologiquement, on observe plus fréquemment l'adénocarcinome modérément différencié.

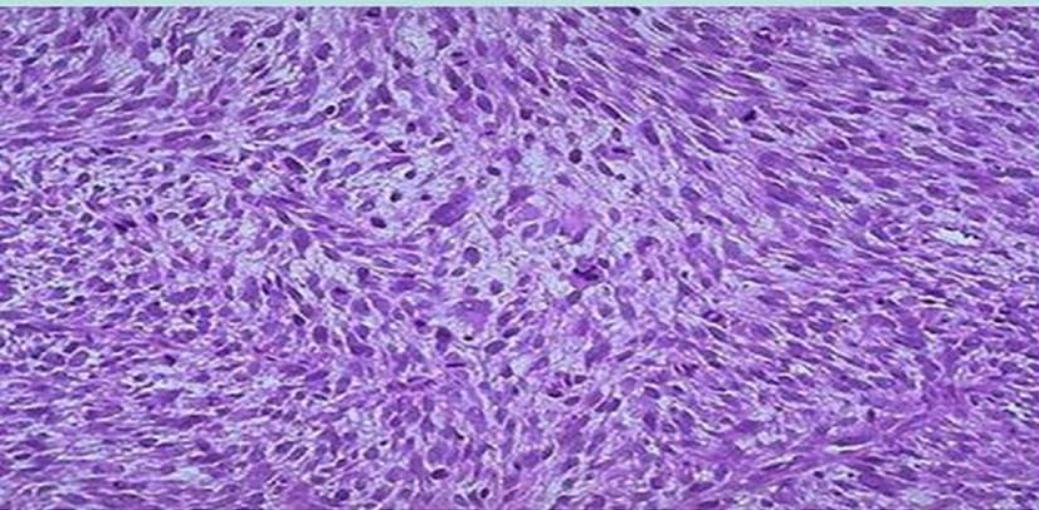
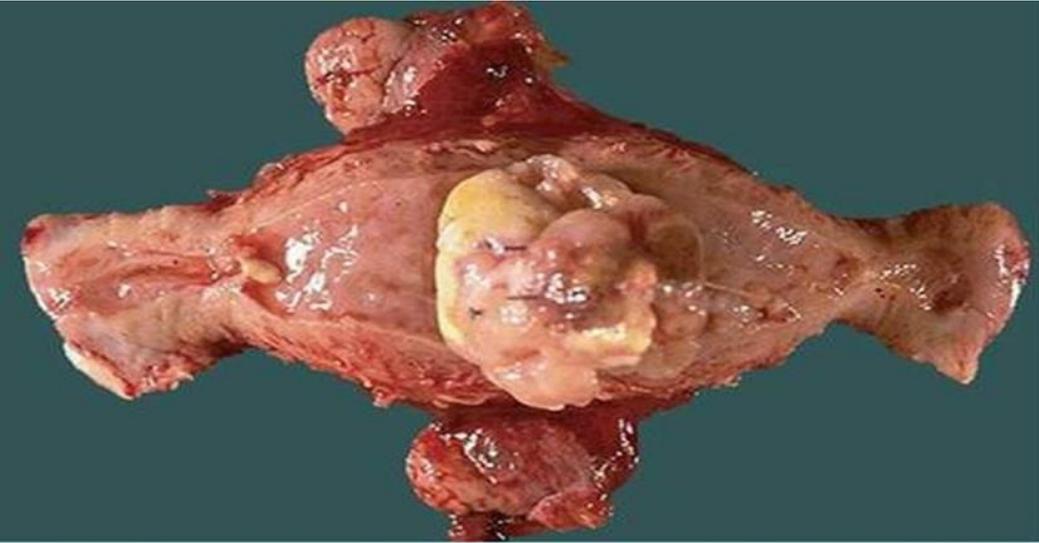


Cancer endometrial
(histologic – adenocarcinom)

Le léiomyome utérin (fibroleiomyome) –
est la tumeur utérine la plus fréquente, plus
courante chez les femmes âgées de plus de
35 ans.

Variantes:

- Sous-séreux
- Intramural
- Sous-muqueux



Leiomyosarcom

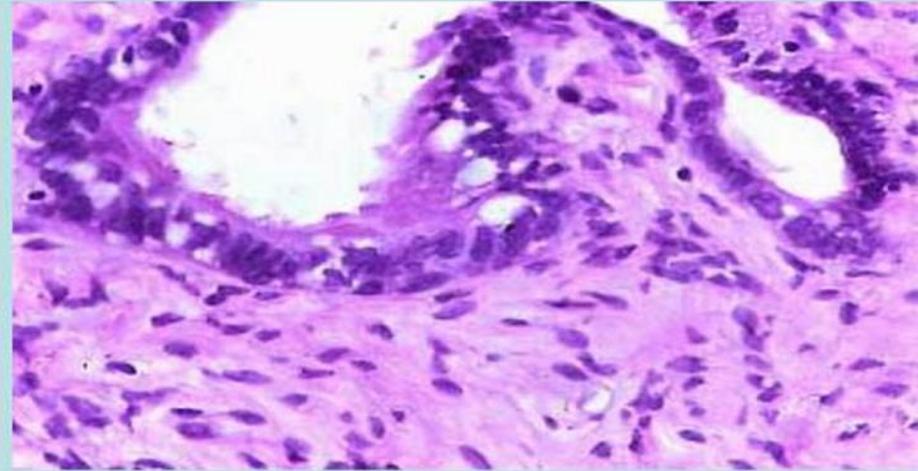
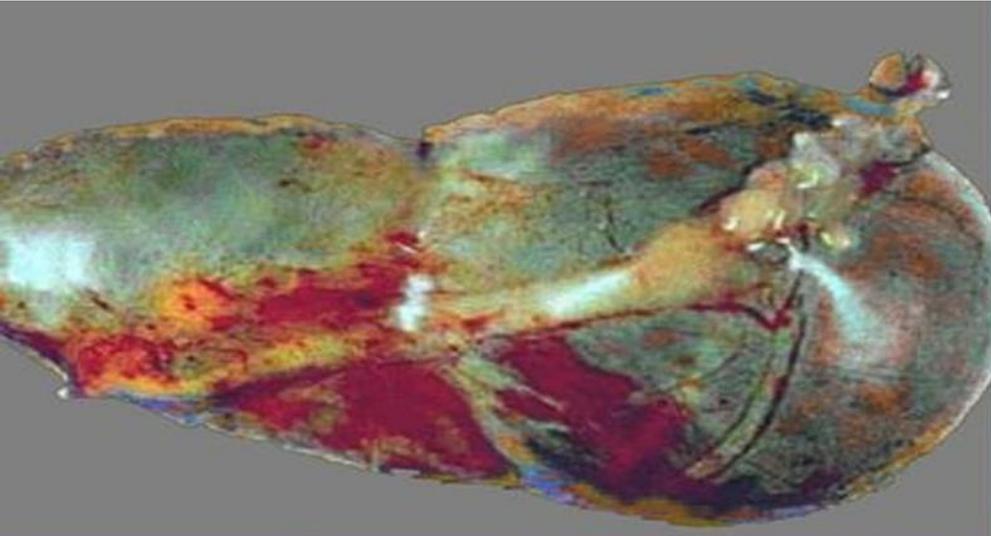
Tumeurs de l'ovaire

Les tumeurs ovariennes épithéliales représentent plus de la moitié des tumeurs ovariennes primaires, et celles malignes – en moyenne 20-25% des tumeurs des organes génitaux féminins.

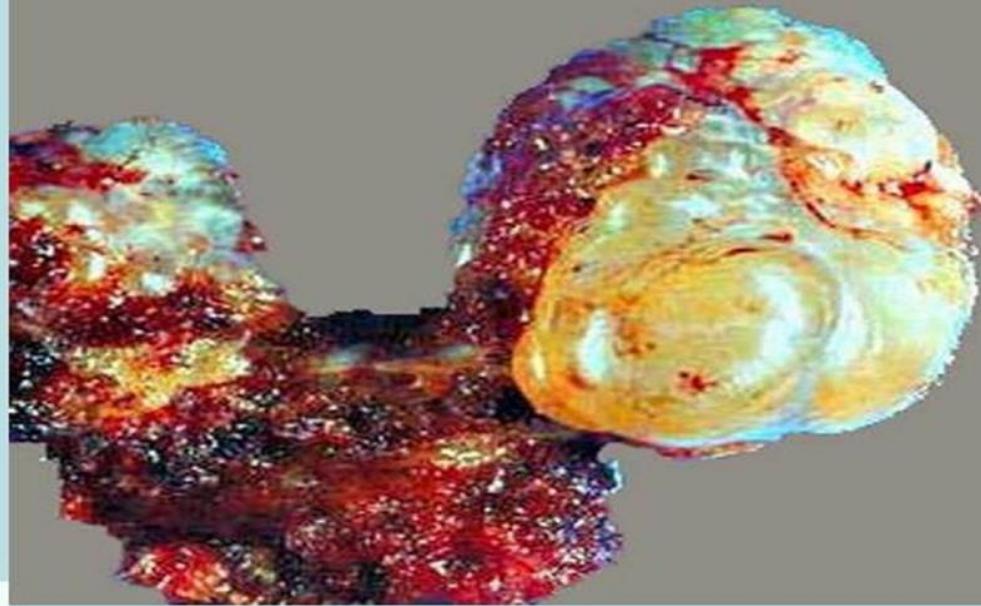
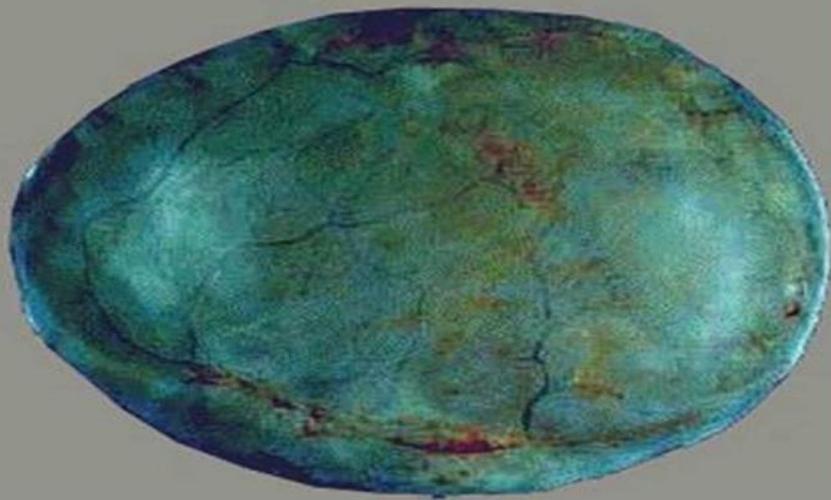
Variantes:

1. Tumeurs épithéliales bénignes – cystadénome séreux et cystadénome muqueux.

2. Tumeurs épithéliales malignes – cystadénocarcinome séreux et cystadénocarcinome muqueux. Les tumeurs ovariennes malignes peuvent infiltrer les organes voisins.

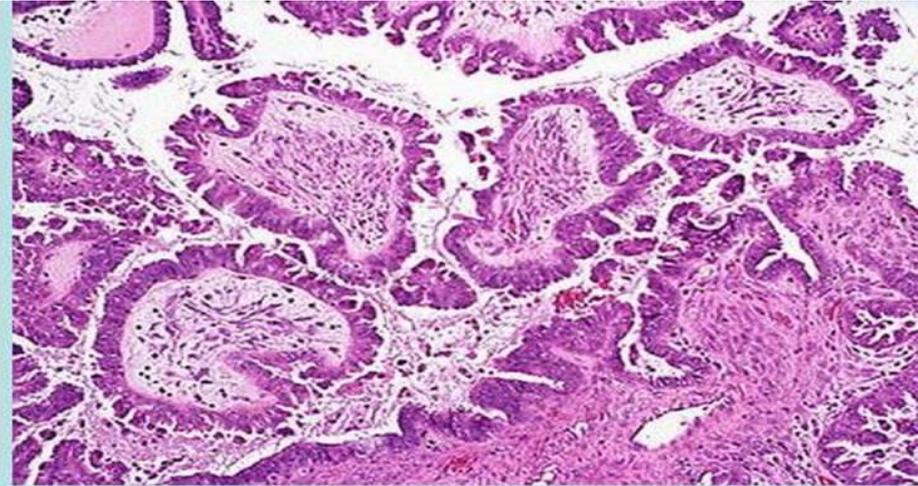
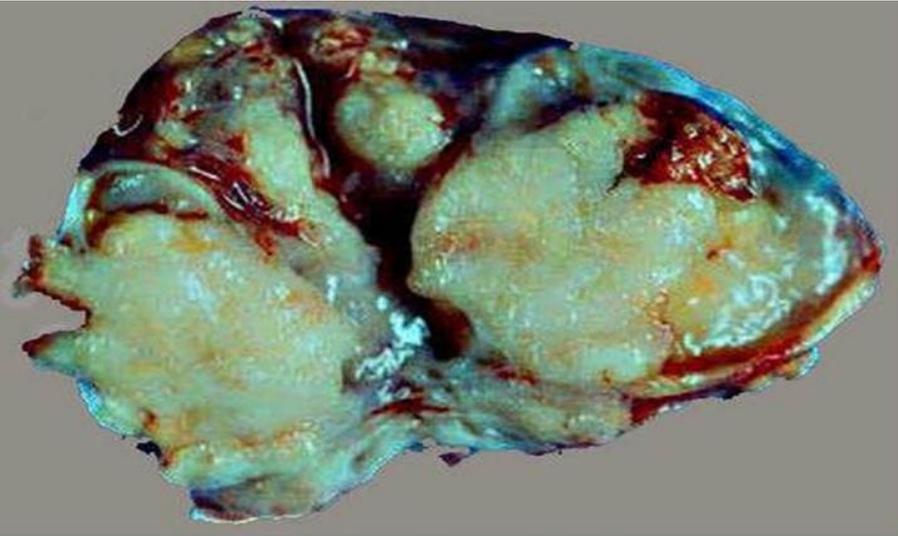


Chist ovarian seros



← ← **Chist ovarian mucinos**

Cancer ovarian mucinos ↑
(*chistadenocarcinom mucinos*)



Cancer ovarian seros
(chistadenocarcinom seros)