

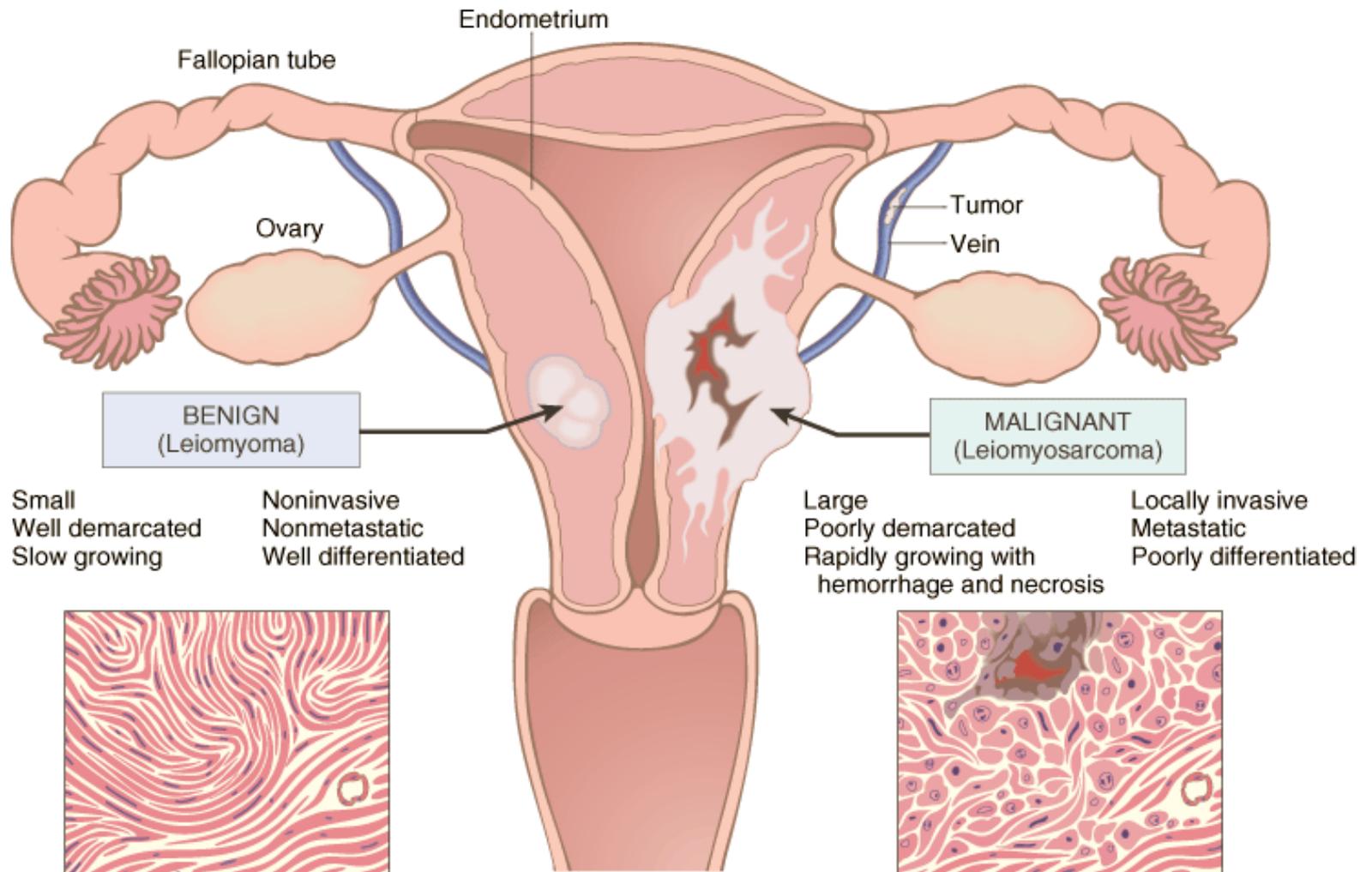
# **Pathologies de la trompe**

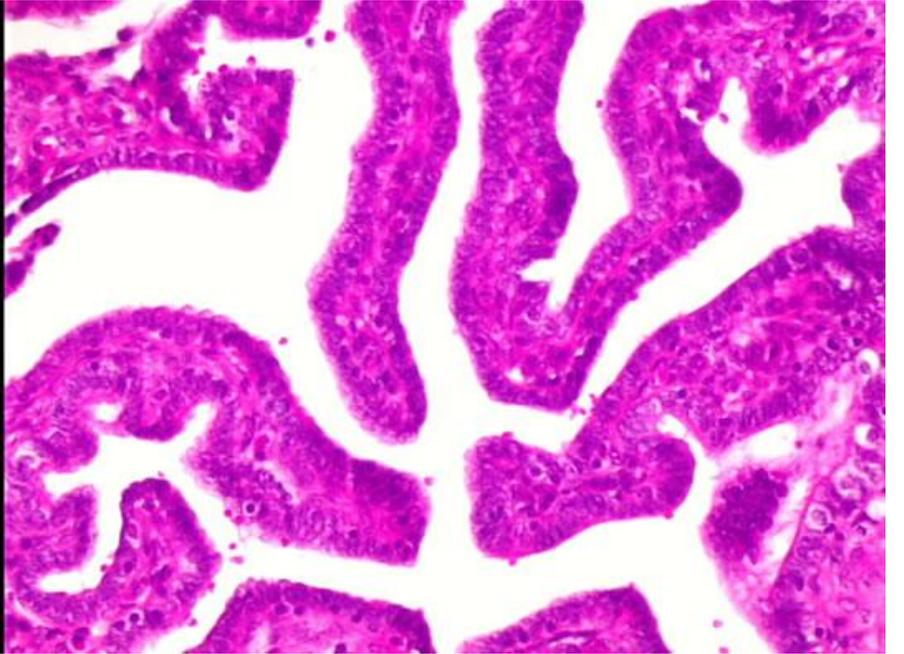
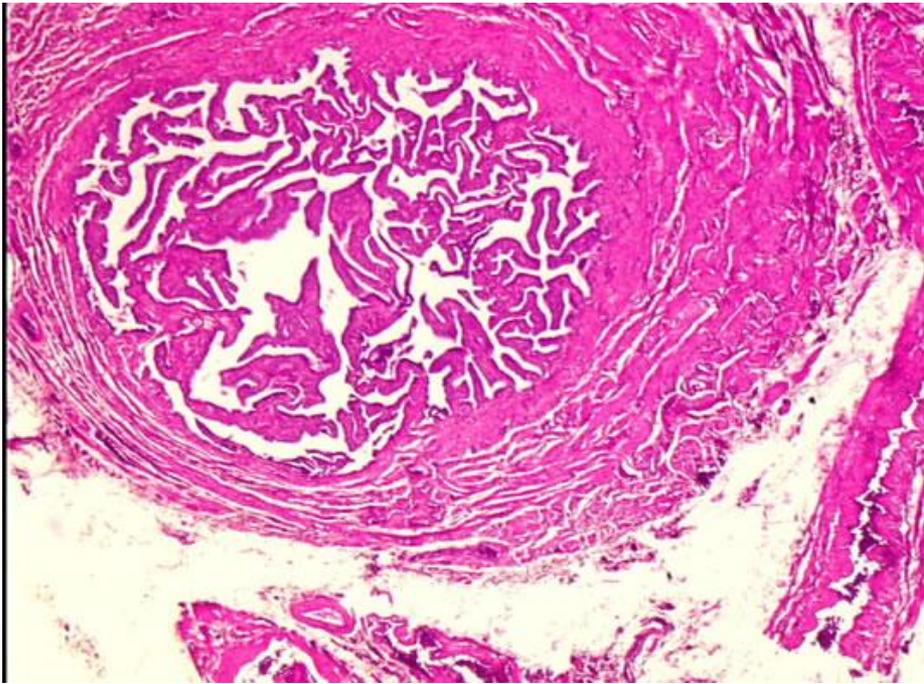
**Dr N saadallah CHU Parnet**

# Notions generales

- **Anatomie et embryologie;** structure canalaire de 10 – 15 cm de long d'origine mullerienne.
  - trompe proximale; situee dans l'epaisseur du myometre (corne uterine)
  - trompe distale = infundibulum= pavillon
- **Histologie;** epithelium cylindrique comportant ; cellules ciliees, C non ciliees secretoire (MPS et glycogene), C intercalaires.
- **Role;** -mecanique: comporte l'ovule, permet l'ascension des SPZ .
  - nutritif
  - enzymatique

action fertilisatrice tubaire.





# Inflammations tubaires

## Salpingites

- En regle bilaterale
- Participation du peritoine pelvien
- Non specifique et specifique

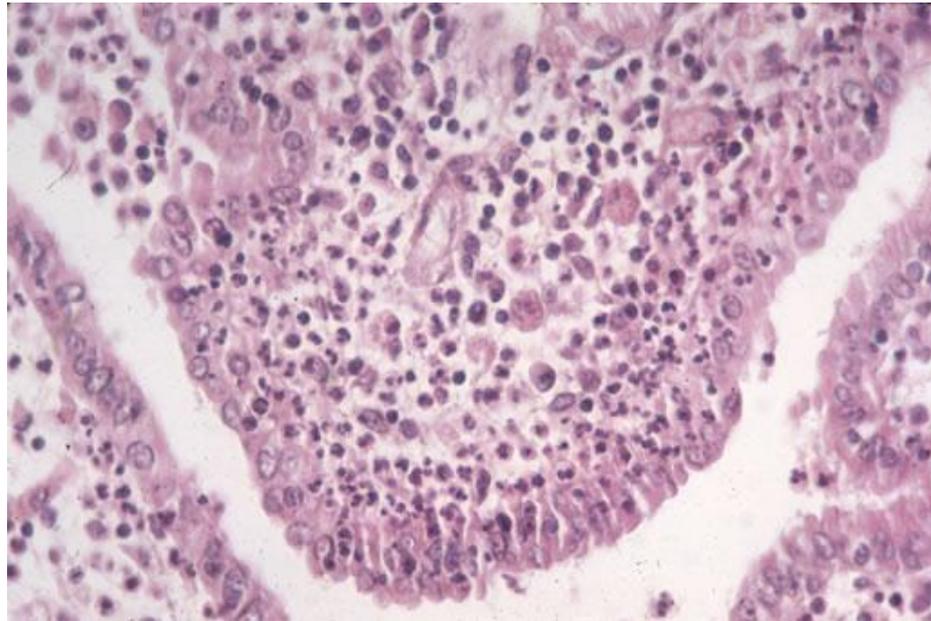
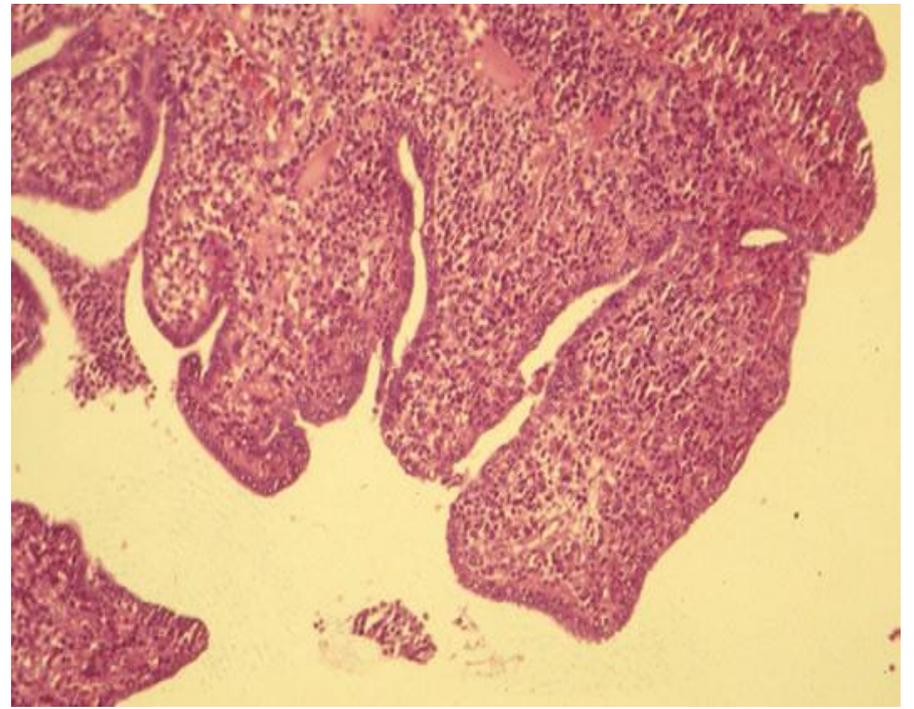
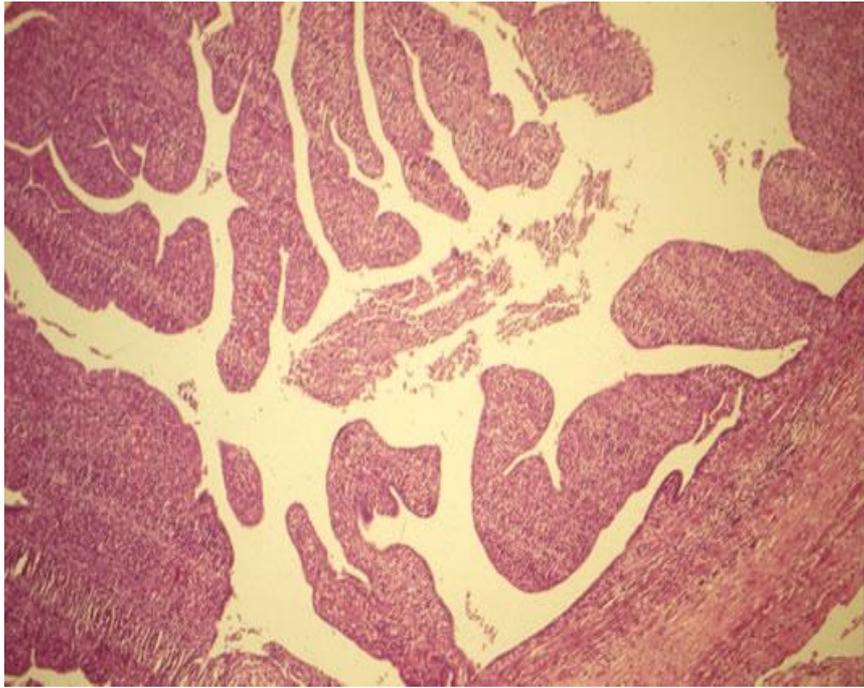
# Salpingites aiguës non spécifiques

- Causes; -vénérienne; gonococcique  
-non vénérienne; complications infectieuses du post partum (strepto, germes pyogènes)
- D'abord catarrhale; muqueuse œdématisée, congestive, infiltrée de PNN et histiocytes, comblée par un liquide séreux => HYDROSALPINX
- Stade + avancé; formation d'abcès intramuqueux, soudure des franges, accumulation de pus dans la lumière => PYOSALPINX
- En cas de rupture de la paroi tubaire=>PERITONITE
- Evolution; -régression totale; rares  
- séquelles: adhérence des franges tubaires





**Fig.17.18** Hydrosalpinx de la trompe utérine.



# Salpingites chroniques non spécifique

-Succedant aux precedantes.

- **Pyosalpinx chronique;** retention de pus dans des poches intratubaires, tubo ovariennes => epaississement des tissus infiltrés de fibroblastes, lymphocytes et plasmocytes, histiocytes, et macrophages.
- Consequences;
  - trouble de la motilite parietale
  - obliteration partielle ou totale de la lumiere tubaire.
- **Salpingites hyperplasique;** adherencesw de franges fibrosees=> anses et logettes pseudoglandulaire => aspect adenomatoide

# Salpingites tuberculeuse

- Localisation majeure de la tuberculose genitale chez la femme, généralement ilaire a un essaimage hematogene a partir d'un foyer lve le plus souvent pulmonaire
  - lesion bilaterale => debut =muqueuse, histo; lesion inflammatoire chronique granulomateuse specifique, follicules epithelio giganto Caire + necrose caseeuse.

Ensuite ;extension aux autres tuniques , sereuse => pelvipерitonite tuberculeuse => sterelite

# Grossesse tubaire ectopique

- C'est la plus fréquente des gsses ectopiques => 95% des cas. Réalise l'aspect d'un hémato-salpinx trompe tuméfiée, augmentée de volume comblée de sang, avec structure embryonnaire pouvant conduire à la rupture tubaire.
- **microscope**; mags de fibrine + hémoglobine intra-luminal, comportant des débris villositaires, des C trophoblastiques parfois des tissus embryonnaires voire un embryon.



**Fig.17.26 Grossesse ectopique tubaire.**

# Tumeurs de la trompe

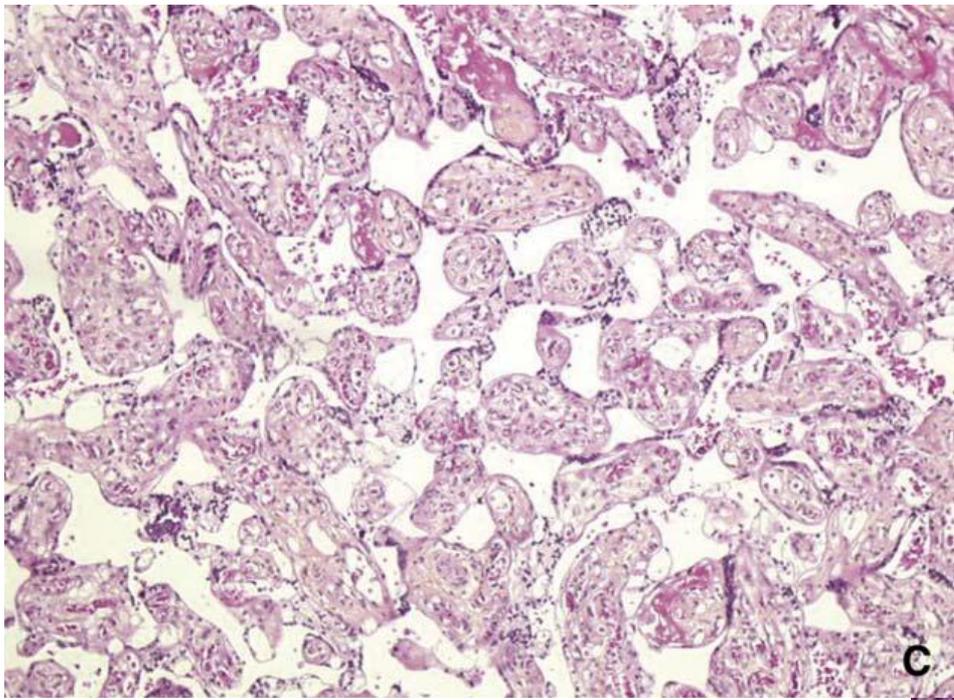
- **Tumeurs bénignes;** rares
  - kystes paratubaires; distension de vestiges mesonephriques
  - tumeur adenomatoïde; origine mésothéliale
  - papillomes et polypes tubaires
- **Tumeurs malignes;** carcinome différencié tubulopapillaire dont les cellules sécrètent un liquide clair => hydrosalpinx
  - d'abord localisé => masse grisâtre, friable
  - la survenue de remaniements hémorragiques=> hématosalpinx

# **Pathologies du placenta**

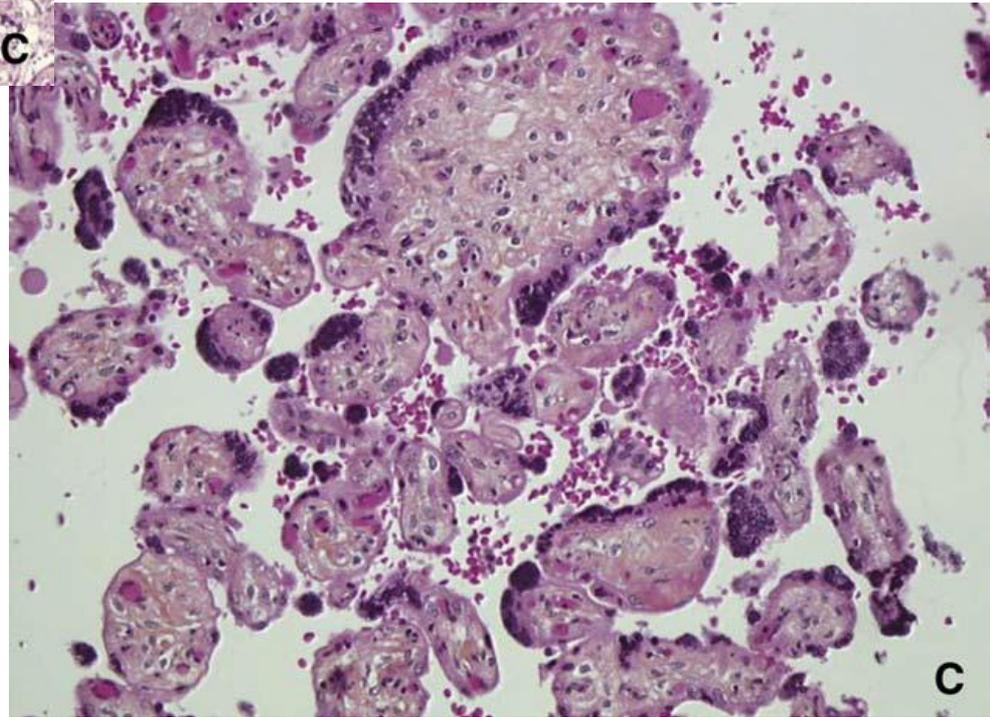
# Notions generales

- **Embryologie;** a partir des C trophoblastique du blastocyte
- **Anatomie;**organe discoide de 15-20 cm de  $\Phi$ , 2-3cm d'epaisseur, 2 faces; foetale (amnios)  
maternelle(cotyledons)
- **Histologie;** cotyledons= unite fonctionnelle =>villosites choriales comportent le tronc vasculaire.
- **Physiologie;** permet le dvpt foetal en assurant les echanges foeto-maternels. Barriere contre les infections.





C



C

# Maladies trophoblastiques

- Mole hydatiforme
- Mole hydatiforme invasive
- choriocarcinome

# Mole hydatiforme

- Pathologie rare dans les pays developpees, frequente dans les pays a N.S.E bas
- **Clinique;** 1er trimestre de gsse / saignements continu, uterus augmente de volume/ l'age de la gsse.
- **Biologie;** taux de BHCG tres eleve.
- **Macro;** aspect typique du placenta, vesiculaire en grappes de raisins. vesicules de taille variable a contenu liquide clair, absence d'embryon.
- **Micro;** villosites choriales distendues par un oedeme de leur axe qui est avasculaire et borde par un cyto et syncytiotrophoblaste hyperplasique.

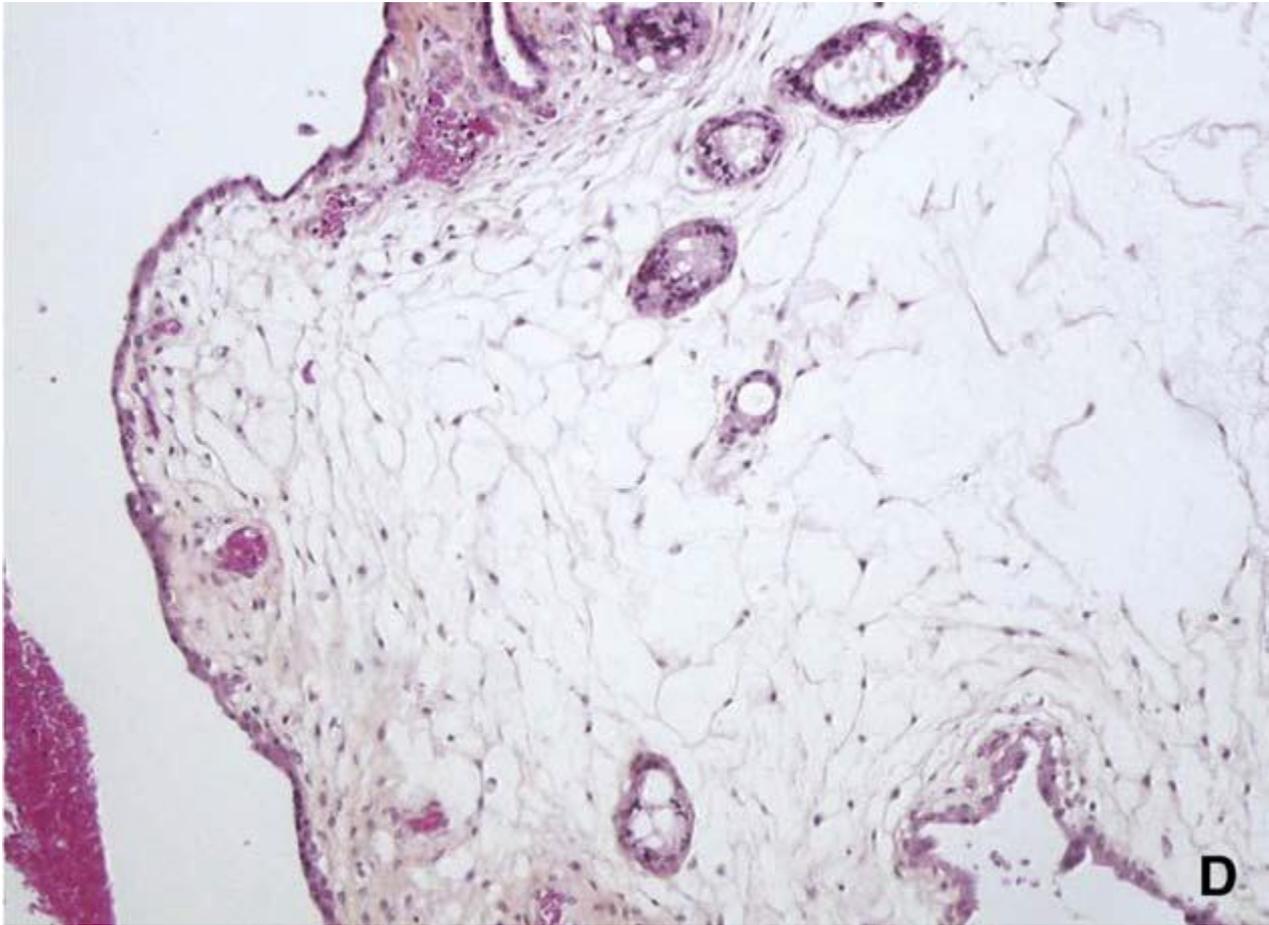


**Fig.17.27 Môle hydatidiforme.**

(a) La cavité utérine est comblée par de nombreuses vésicules kystiques anormales. On n'observe pas de structures placentales ou fœtales normales. Il s'agit d'une môle com-



plète. (b) L'histologie montre les vésicules kystiques dilatées représentant des villosités chorales œdémateuses, avec hyperplasie des cellules trophoblastiques superficielles.



# Mole invasive

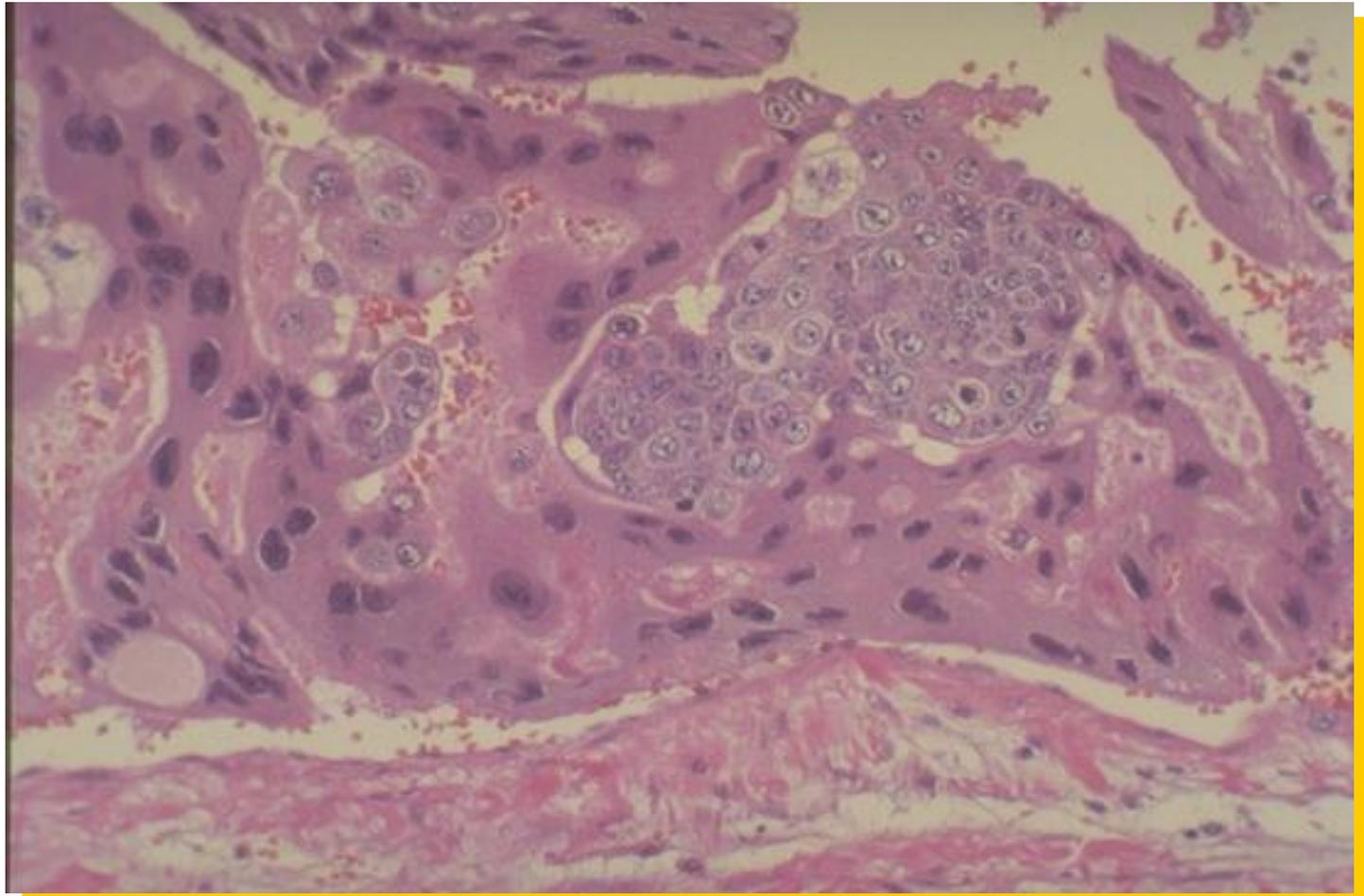
= chorio adenome destruens

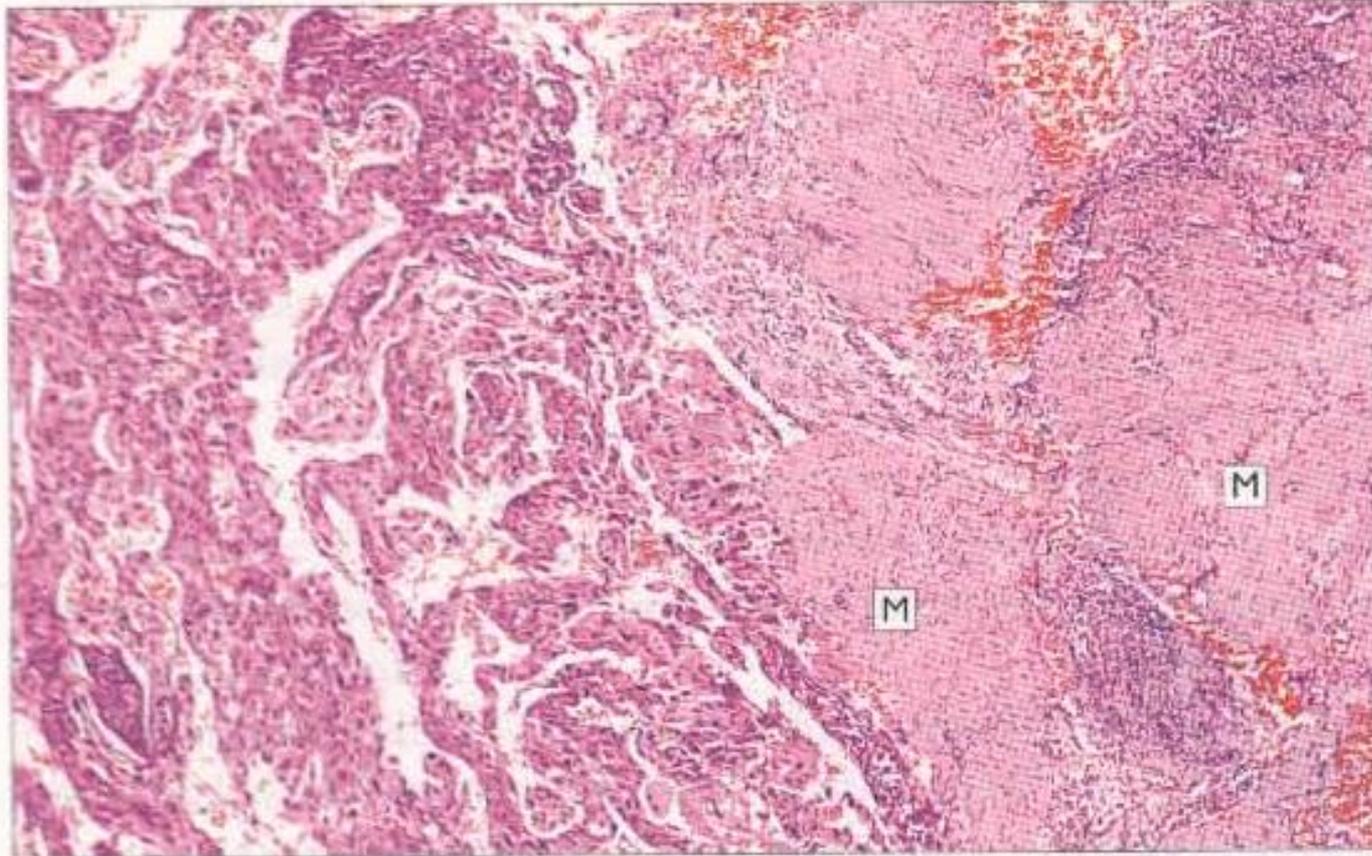
- Les villosités molaires pénètrent le myomètre pouvant parfois perforer l'utérus.
- Des métastases pulmonaires ont été rapportées.
- **Macro;** paroi utérine présente des fissures perpendiculaire à l'axe de la cavité utérine et s'ouvrent dans celle-ci.
- **Micro;** villosités chorionales dans le myomètre accompagnées de trophoblaste hyperplasique.

# Chorio-carcinome

- Peut être d'emblée primitif ou constituer une suite défavorable de la mole.
- **Clinique;** ↗ volume utérin + hgies
- **Macro;** masse charnue, hgique, nécrosée comblant la cavité utérine et infiltrant le myomètre.
- **Micro;** -absence de villosités chorionales  
-massifs de cellules syncytio et cytotrophoblastiques avec anomalies cytonucléaires, baignant dans l'hgie au contact de lacunes vasculaires.
- **Evolution;** métastases loco-régionales; vagin,col.  
métastases pulmonaires.







**Fig. 17.28 Choriocarcinome de l'utérus.**

La cavité utérine contient des amas de cellules trophoblastiques polymorphes qui envahissent le myomètre (**M**). A l'œil nu, le tissu néoplasique, très hémorragique, ressemble à un caillot sanguin.