



COLLÈGE
DE GYNÉCOLOGIE
DE NORMANDIE

La Lettre du Collège

N° 16 - mars 2000

Supplément :

réforme de la gynécologie médicale



Congrès :

le 20 mai au Casino de Deauville

Sommaire

2 Éditorial • Annonces **3** A.M.P. • Inséminations **4/5** Sénologie **6/7** Liberalis
• Enquête • Epung **8** Dépistage de la Trisomie fœtale **9** Le mammotome
10 Congrès du 20 mai 2000 à Deauville

Chers amis,

C'est un numéro un peu exceptionnel de la Lettre du Collège que nous vous offrons cette fois-ci, mais qui répond bien aux buts de notre association : maintenir l'exercice de la Gynécologie Médicale et la personnalité de cette spécialité et promouvoir la formation médicale continue de ses membres.

Les années passent et malheureusement se ressemblent ! Rien n'est encore acquis pour réhabiliter la Gynécologie Médicale. Les premiers espoirs des négociations entre le gouvernement et les représentants de notre profession dont la FNCGM ne se concrétisent pas. Il me semble même que l'on s'enlise dans des commissions, des comités de suivi, de surveillance... Tout ceci montrant bien notre manque de confiance dans ce projet de réforme.

N'est-il pas temps d'affirmer notre désir d'une gynécologie pure et simple, unique et enfin libre avec son quota d'internes puis de Chefs de clinique, puis de PU-PH et son cursus universitaire bien défini ?

Je vous incite à lire très attentivement les pages spéciales de ce numéro vous permettant de juger par vous-même et je reste à votre écoute pour toutes suggestions. N'oubliez pas que le CGN, avec six représentants, est votre interlocuteur à la FNCGM.

Le CGN organise pour l'an 2000, deux manifestations :

- La première à Deauville, le 20 mai, ayant pour thème « les Métrorragies » avec des conférenciers de renom. Je vous y attends nombreux. Je compte également sur votre présence à notre soirée théâtrale suivie d'un dîner dansant qui permet de nous détendre et de nous rencontrer.
- Nous préparons pour novembre, en partenariat avec le Groupement Français de la Gynécologie de l'Enfant et de l'Adolescente (GFGEA) probablement à Rouen (petit changement dans nos habitudes !) une journée sur la gynécologie de la jeune fille.

Je remercie sincèrement tous les membres du conseil d'administration pour leur excellent travail et je souhaite que nous restions unis et solidaires pour une meilleure efficacité dans l'action.

Bien amicalement.

BRIGITTE OUVRY-NEVEU
PRÉSIDENTE DU CGN

ANNONCES

MANIFESTATION

du COMITE de DEFENSE de la
GYNECOLOGIE MEDICALE (CDGM)

Le 25 mars 2000 à Paris

Départ 14 heures à la « Lionne » Place Denfert-Rochereau
direction MATIGNON

VENEZ NOMBREUSES ET NOMBREUX

COTISATIONS

Vous êtes invité(e)s à régler dès maintenant votre cotisation annuelle au CGN ; montant : 400 F ; à l'ordre du CGN, à adresser au Dr Jean-Louis SIMENEL, Trésorier, au 35 ou 47 bis rue Jean Lecanuet 76000 ROUEN.
Merci d'avance de votre participation.

AGENDAS des ATELIERS

A ROUEN :

- **COLPOSCOPIE** animé par Juan Berrocal, le 28 mars 2000, Clinique de l'Europe.
- **SÉNOLOGIE** animé par Catherine Fohet - Fin septembre / début octobre 2000. Le lieu et la date seront précisés ultérieurement.
- **STÉRILITÉ** animé par C. Avril et J. Villière - Clinique St-Antoine.

A CAEN :

- **STÉRILITÉ** en avril-mai 2000 à l'hôtel Mercure.
- **SÉNOLOGIE** mi-septembre 2000 à l'École des manipulateurs radios.
- **COLPOSCOPIE** Le lieu et la date seront précisés ultérieurement.

■ NOUVEAU CONSEIL D'ADMINISTRATION

Après les élections de novembre 1999, nous avons le plaisir d'accueillir parmi les membres du Conseil d'Administration du Collège, un nouvel élu le Dr Bernard THOBOIS, gynécologue-obstétricien exerçant à la Clinique Saint-Romain à Rouen. Ont été réélus lors de cette Assemblée Générale les Docteurs Béatrice GUIGUES, Brigitte OUVRY-NEVEU et Jacques VILLIERE.

MEMBRES TITULAIRES

Composant le Bureau : Présidente : Brigitte OUVRY-NEVEU ; Vice-Présidente : Béatrice GUIGUES ; Secrétaire : Anne-Marie LE HENAFF ; Trésorier : Jean-Louis SIMENEL.

Catherine AVRIL, Juan BERROCAL, Jean-Pierre BILHAUT, Jacques CONSTANT, Catherine FOHET, Jacques ROUGEULLE, Bernard THOBOIS, Jacques VILLIERE.

MEMBRES COOPTÉS

Sylvie PAUTHIER et Evelyne RIVIERE.

MEMBRES HONORAIRES

Daniel ANGER, Yves BESTAUX, Jean-Pierre BLANCHERE, Hugues LARDENOIS.

Siège Social : 35, rue Jean Lecanuet 76000 ROUEN

Adresse Postale : 35, rue Malherbe 76100 ROUEN

Tél : 02 35 73 07 78 – Fax : 02 35 03 37 45

E.mail : b.ouvry@cocilog.com

Des nouvelles de l'A.M.P.

Une prochaine révision de la loi de bioéthique

La loi de juillet 94 avait été votée pour 5 ans et celle-ci doit donc être prochainement révisée.

Il est vraisemblable que certains points ne seront pas modifiés en particulier la nécessité de réserver la procréation médicalement assistée aux couples homme – femme en âge de procréer, l'anonymat et la gratuité du don...

D'autres points sont plus sujet à discussion comme par exemple l'impossibilité pour une femme dont le conjoint est décédé de récupérer les embryons congelés conçus avec lui ou la nécessité d'attendre deux ans de vie commune pour recourir à la procréation médicalement assistée (ce qui pénalise les couples les plus âgés).

Pour ce qui concerne le don d'ovocytes, aurons-nous toujours l'obligation de congeler les embryons pour une sécurité sanitaire absolue au prix d'un taux de succès vraiment très bas ou cette mesure sera-t-elle assouplie ?

De même le don non anonyme entre deux sœurs redeviendra-t-il une éventualité légale...

Une meilleure prise en charge

Depuis si longtemps attendue, la révision de la nomenclature concernant la procréation médicalement assistée est enfin sortie. Une mauvaise nouvelle : il n'y aura toujours que 4 tentatives de FIV prises en charge sauf s'il n'y a pas eu d'embryons pour l'une des tentatives auquel cas celle-ci ne sera pas comptabilisée. L'objectif de cette mesure est d'éviter que l'on recoure d'emblée à l'ICSI.

L'ICSI est enfin remboursée de même que les ponctions testiculaires et il n'y aura donc plus aucune charge supplémentaire pour les couples recourant à ces méthodes.

Les compteurs seront remis à zéro à chaque fois que naîtra un enfant vivant et c'est donc toujours 4 tentatives pour la naissance d'un enfant.

Les inséminations elles aussi sont comptabilisées et seules 6 tentatives seront prises en charge par l'assurance maladie.

L'âge limite est fixé au jour des 43 ans, il n'y a donc plus aucune prise en charge possible après cette date.

Une simplification de la paperasse... l'entente préalable peut-être faite pour les 4 tentatives de fécondation in vitro ou les 6 tentatives d'insémination !

Qu'en est-il des résultats ?

De nouvelles molécules : nous avons participé à une étude en double aveugle concernant l'utilisation de NO chez les patientes ayant eu au moins 2 transferts de deux embryons sans obtention de grossesse. Il est bien sûr pour l'instant pas possible d'utiliser le NO en dehors de ce protocole puisqu'il n'a pas l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication. Dès que nous les aurons, nous vous dirons si réellement il y a une amélioration du taux d'implantation.

Les antagonistes arrivent... nous avons eu l'occasion de les essayer en 99. Le taux de succès ne semble pas augmenter. Vraisemblablement une diminution des hyperstimulations devrait être observée ainsi qu'une réduction du nombre d'ampoules de gonadotrophines utilisées. Peut-être ces molécules modulées et utilisées à faible dose chez les mauvaises répondeuses pourraient elles améliorer un peu le recrutement mais pour l'instant ces cas ne rentraient pas dans l'étude.

Il semble que le taux de succès en fécondation in vitro soit stable pour ce qui est de notre Centre dépassant légèrement les 30 % par tentative. La bonne nouvelle réside dans une diminution considérable du taux de grossesse triple qui est maintenant de l'ordre de 1 à 2 %. Bien entendu ces résultats sont toujours à moduler en fonction de l'âge de la patiente qui reste le facteur principal de succès des procréations médicalement assistées.

INSÉMINATIONS : LA FICHE DE LIAISON CLINICO-BIOLOGIQUE BIENTOT OBLIGATOIRE

La SMR, Société de Médecine de la Reproduction a été créée il y a environ deux ans.

Son objectif est de réunir au sein d'une même société, les praticiens s'intéressant à la contraception, à la ménopause, à la gynécologie endocrinienne et à l'assistance médicale à la procréation sur le modèle de l'ASRM américain.

De nombreux gynécologues en font actuellement partie, et Marie-Antoinette

de CRESSY représente au sein du bureau les collèges de gynécologie médicale.

Prochainement, cette société pourra mettre à votre disposition une fiche de liaison clinico-biologique qui permettra aux gynécologues souhaitant faire des inséminations d'être en accord avec les nouveaux décrets.

En effet, le laboratoire agréé doit avoir vu le couple au moins un mois avant la réalisation de l'acte et doit par ailleurs être

informé de l'issue de la tentative. Différentes pièces doivent figurer dans son dossier.

De plus, cette fiche permettra aux gynécologues de pouvoir colliger leurs résultats car il est probable que ceux-ci seront prochainement demandés aussi aux cliniciens.

Une réunion aura lieu les 19 et 20 mai prochain à PARIS abordant les différents thèmes d'intérêt de la Société de Médecine de la Reproduction.

**SOCIÉTÉ
FRANÇAISE
DE GYNÉCOLOGIE**

La Société Française de Gynécologie (SFG) propose aux membres du Collège de Gynécologie de Normandie de recevoir par fax le « Journal faxé du gynécologue ». Si vous souhaitez recevoir régulièrement et gratuitement ce journal, contactez la SFG.
Tél : 01 46 51 16 19 - Fax : 01 47 27 32. 61

La ponction cytologique écho guidée

Cette technique consiste à réaliser une ponction à l'aiguille fine des anomalies impalpables du sein. Ceci permet d'obtenir une analyse cytologique. Cette technique, de pratique courante a des performances qui sont dépendantes avant tout du degré d'expertise du radiologue et du cytologiste amenés à réaliser ces prélèvements

Quand, comment et pourquoi pratiquer cette ponction à visée cytologique ?

Cette ponction permet d'arriver à un diagnostic de nature d'une lésion mammaire sans recourir à une biopsie chirurgicale. La prise en charge consiste bien sûr en une approche clinique, radiologique associant la mammographie et l'échographie. La ponction cytologique permet ainsi de confirmer la bénignité d'une lésion par une technique simple et lorsque la cytologie confirme la malignité, ceci permet d'avoir une meilleure décision thérapeutique.

■ TECHNIQUE

On va tout d'abord repérer soigneusement la lésion sur plusieurs plans de coupes et selon plusieurs incidences.

Ensuite il est nécessaire de réaliser une désinfection soignée de la peau selon les protocoles d'hygiène actuellement définis.

On interposera entre la sonde et le revêtement cutané du liquide stérile ou du gel stérile.

La ponction va se faire à l'aide d'une aiguille fine souvent courte (40 mm.) de 21 G reliée à une seringue si l'on veut réaliser le prélèvement par aspiration associé également à un prélèvement par capillarité.

Il est préférable d'utiliser des aiguilles courtes sauf dans les seins très volumineux afin de ne pas risquer d'avoir de complications iatrogènes, la plus grave de celles-ci pouvant consister en un pneumothorax.

En ce qui concerne la technique, deux modes de ponction peuvent être réalisés sous échographie :

- soit selon une technique verticale, l'ai-

guille étant alors introduite tangentielle-ment au milieu de la sonde, la lésion étant placée en milieu de sonde, l'obliquité de l'aiguille dépendant avant tout de la profondeur de la lésion. Cette technique a une limite : l'aiguille est mal suivie sur tout son trajet puisqu'elle est vue en coupe dans la cible et l'on ne peut pas être certain qu'il s'agisse bien de l'extrémité distale de l'aiguille qui est vue en intra-lésionnel.

- La technique oblique dans le grand axe de la sonde apparaît plus fiable dans la mesure où l'on peut suivre l'ensemble de l'aiguille dans le plan du faisceau ultrasonore ; on peut donc suivre en direct « sous échoscopie » l'aiguille jusqu'à ce qu'elle ait atteint la cible.

Lorsque l'on ponctionne un nodule, on a intérêt à viser le centre de la lésion sauf si le nodule paraît nécrotique. A ce moment là il faut préférer viser la périphérie du nodule. Quand il s'agit d'une zone d'atténuation la ponction va au contraire se faire au sommet du cône d'ombre dans la mesure où l'on n'a pas de renseignement précis sur la structure en profondeur de la formation.

Une fois l'aiguille en place, il va falloir réaliser des mouvements de va-et-vient tout en aspirant.

Le produit de ponction va devoir alors être traité : soit étalé sur lame selon une technique précise et fixé, soit éventuellement le prélèvement sera mis dans un liquide adapté et secondairement centrifugé et étalé.

Cette ponction sous écho, ainsi que l'échographie mammaire, doivent être réalisées en utilisant du matériel adapté, c'est-à-dire une barrette de haute fréquence de 7.5 à 13 Mhz en fonction du volume du sein. Il est très important que le réglage de la brillance et du gain et surtout celui de la focale soient adaptés en fonction de l'anomalie étudiée. En

effet, du fait de la performance actuelle des appareils, un mauvais réglage de ces paramètres peut transformer une lésion liquidienne en lésion pleine et vice versa.

Cette échographie est comme on le sait actuellement, un complément utile de la mammographie dans tous les cas d'étude des seins denses.

Elle est également utile chaque fois qu'il existe une opacité nodulaire de nature indéterminée, lorsque l'on recherche une lésion associée à un foyer de micro-calcifications, ou enfin pour guider une ponction cytologique ou biopsique.

Malgré la réalisation d'un examen dans les meilleures conditions possibles, un certain nombre de difficultés d'interprétation peuvent être rencontrées, souvent parce que la ponction n'a pu atteindre de façon correcte la cible, mais ceci est constaté dès la réalisation du prélèvement.

Une lésion peut être également difficile à atteindre compte tenu de son siège en profondeur, compte tenu de sa petite taille mais également dans certains seins dépressibles lorsque ceux-ci bougent lors de la progression de l'aiguille.

Enfin, le matériel peut être insuffisant pour être analysé de façon fiable. Certaines formes histologiques de tumeur peuvent être non productives et dans ce cas la ponction ne sera pas performante.

■ QUAND RÉALISER UNE PONCTION ?

Il sera nécessaire de réaliser une ponction chaque fois que l'on est en présence d'une image pleine.

En effet, en ce qui concerne les images kystiques, l'image kystique de petite taille, de contenu parfaitement transsonique, ne nécessite pas la réalisation d'une ponction à visée cytologique.

Par contre une image kystique qui paraît contenir une végétation doit être ponctionnée tout en s'assurant alors de ne pas vider totalement le kyste de telle sorte que l'on puisse en réaliser dans un deuxième temps l'exérèse.

Lorsque la lésion est manifestement maligne, la ponction cytologique peut se discuter. Elle sera d'autant plus indispen-

sable que l'on ne dispose pas d'un examen anatomopathologique extemporané lors de la chirurgie, que l'on a un doute quant à des lésions bifocales ou que l'intervention est contre-indiquée et que l'on envisage éventuellement une chimiothérapie de première intention.

Toutefois, dans les cas où l'on envisage une chimiothérapie première, il est souvent préférable d'avoir des prélèvements biopsiques afin de pouvoir doser les récepteurs hormonaux.

Lorsque la cytologie est réalisée dans de bonnes conditions, sa fiabilité est bonne puisque certains auteurs évaluent celle-ci à 99 % si l'on exclut les ponctions blanches. Il peut y avoir néanmoins des faux positifs et des faux négatifs.

LES RÉSULTATS DE LA PONCTION CYTOLOGIQUE

Ils doivent être interprétés en intégrant l'ensemble de l'exploration clinique, radiologique, échographique et cytologique.

Lorsqu'un seul de ces éléments est douteux, il convient de retenir cet élément et de poursuivre les investigations.

Si la clinique, la mammographie, l'échographie et la ponction sont négatives, en faveur de la bénignité, on peut proposer à la patiente une surveillance clinique. Une étude récente de 1999, rapportée par Reinikainen montrait que sur 84 patientes, lorsque l'analyse radiologique était correcte en faveur de la bénignité, que l'étude échographique soigneuse confirmait cette hypothèse et que la ponction cytologique était concluante dans ce sens, il n'y avait aucun cas de faux négatifs.

En ce qui concerne les lésions kystiques, comme on l'a déjà signalé plus haut ; il n'est pas nécessaire de ponctionner toutes les images kystiques simples. Lorsqu'une lésion est de présentation kystique bénigne, anéchogène avec une paroi fine et bien limitée chez une patiente asymptomatique, une étude récente publiée en novembre 1999 par Venta a montré qu'il n'y avait pas de faux négatif et que dans les kystes atypiques avec un contenu échogène, la malignité n'allait être retrouvée que dans 0,3 % des cas.

Lorsque la radiologie, l'échographie et la cytologie sont en faveur de la malignité, tous les éléments doivent être discutés

RECHERCHE MULTICENTRIQUE SUR L'IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE D'ÉCHEC DE LA CONTRACEPTION PAR DIU

Cette étude est menée par le Dr Patrick THONNEAU, directeur scientifique du Groupe de Recherche en Fertilité Humaine / INSERN.

Service d'Urologie – Andrologie, Place Lange, 31052 TOULOUSE Cedex

Tél : 05 61 77 80 25 – Fax : 05 61 77 78 43

L'étude a débuté en mai 1999. Elle se poursuivra tout au long de l'année 2000 et pour des raisons d'essoufflement, le Dr Thonneau ne souhaite pas prolonger longtemps la durée d'inclusions des patientes.

Le nombre de questionnaires reçu est actuellement insuffisant.

Nous sommes tous invités à contribuer plus directement et activement à cette recherche.

Comment ? C'est très simple. En incluant les patientes enceintes sous DIU.

Il suffit ensuite de trouver, après chaque cas détecté, TROIS cas témoins, c'est à dire les trois prochaines femmes porteuses d'un DIU et non enceintes.

Demandez le nouveau livret - questionnaire au Dr Patrick Thonneau à l'adresse indiquée ci-dessus, celui-ci se fera un plaisir de vous l'adresser !

PENSEZ-Y... c'est une étude intéressante.

pour proposer en fonction de la taille de la lésion, de l'âge de la patiente, le traitement le plus adapté.

Lorsque la radiologie ou l'échographie sont en faveur d'une lésion maligne et que la ponction reste négative, ou lorsque la ponction revient suspecte alors que les éléments radiologiques étaient en faveur de la bénignité, une poursuite des investigations apparaît indispensable. On peut alors proposer la chirurgie d'exérèse sans oublier le recours éventuel à la biopsie au tru-cut.

Cette biopsie au tru-cut peut se faire sous guidage stéréotaxique sous mammographie. Elle peut également se faire sous guidage échographique.

Le risque de dissémination tumorale apparaît en fait relativement modéré. Là encore un article récent publié en novembre 1999 par Diaz a contrôlé le trajet de ponction chez 352 patientes opérées chirurgicalement, ayant eu préalablement des biopsies stéréotaxiques, des biopsies avec aspiration ou des cytologies.

Quelle que soit la technique de la procédure, il existe sur le trajet de ponction dans 32 % des cas des déplacements de cellules tumorales, mais le nombre de celles-ci est inversement lié au délai entre la biopsie et la chirurgie. Ceci amène les auteurs à penser que les cellules ne survivent pas au déplacement mais ils montrent néanmoins qu'il y aurait moins d'éléments cellulaires anormaux lorsque la biopsie aurait été faite sous aspiration, donc avec la technique du mammotome.

EN CONCLUSION

La ponction cytologique à l'aiguille fine a actuellement toute sa place dans la stratégie d'exploration des nodules mammaires. Il faut bien en connaître les limites, bien intégrer le résultat par rapport à la clinique, la radio et l'échographie.

Si un seul des éléments est en faveur de la malignité, la poursuite des investigations est indispensable.

La FNCGM parraine le

2^e CONGRÈS FRANCO-LIBANAIS DE GYNÉCOLOGIE

qui se tiendra à Beyrouth du 28 au 30 avril 2000.

Parmi les orateurs de la FNCGM, deux normands : le Docteur Catherine Avril qui parlera des Stimulations de l'ovulation et des nouvelles molécules et le Docteur Hugues Lardenois chargé du Traitement hormonal substitutif de la ménopause

et organise

un séjour au Liban du 26 avril au 1^{er} mai auquel vous êtes tou(te)s conviés. Pour tout renseignements et inscriptions, joindre rapidement le Dr Lardenois : Tél. : 02 35 73 01 63 - Fax : 02 51 84 98 45.

Liberalis : un contre-pouvoir médical

Les Unions Professionnelles de Médecins Libéraux créées par les lois de 1993 et 1994 et qui ont vu leur légitimité reconnue par le fort taux de participation aux élections de 1994 avaient en particulier pour objet :

- Contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé et à la promotion de la qualité des soins.
- Participer notamment aux actions suivantes : analyses et études relatives au fonctionnement du système de santé, à l'exercice libéral de la médecine, à l'épidémiologie ainsi qu'à l'évaluation des besoins médicaux.
- Evaluation des comportements et des pratiques professionnelles en vue de la qualité des soins.
- Organisation et régulation du système de santé.
- Prévention et action de santé publique.
- Coordination avec les autres professionnels de santé.
- Information et formation des médecins et des usagers.

Pour l'aider à réaliser ces missions, la loi prévoit que les Unions Professionnelles de Médecins Libéraux – qui se voient confier la collecte des données des médecins – sont destinataires des données liées aux FSE. Depuis la promulgation de la loi un décret d'application doit en définir les modalités – notamment celle de doter les UPML de l'outil informatique nécessaire. À ce jour il n'est toujours pas paru.

Le Réseau Santé Social (RSS), mis en place par les pouvoirs publics a été développé sans tenir compte des besoins des médecins.

Devions-nous attendre plus longtemps ?

- Toutes les Unions depuis leur mise en place tentaient de résoudre ce problème : les médecins sont « producteurs » des données et ils n'en sont jamais les destinataires sauf pour être critiqués.
- Toutes les Unions ont tenté d'imaginer des hypothèses pour résoudre ce problème mais les coûts financiers dépassaient les ressources de chaque Union.

- Trois Unions (Alsace, Bourgogne, Lorraine) se sont associées à un cabinet conseil international pour élaborer un cahier des charges très précis pour permettre à terme le recueil des données médicales et leurs analyses par la profession.
- Très rapidement la Haute-Normandie s'est jointe à ce trio toujours par des votes en assemblée générale au début pratiquement unanimes puis largement majoritaires. Actuellement les Unions raccordées sont également celles des régions Picardie, Centre, Champagne – Ardennes, Auvergne, Rhône-Alpes, PACA, Martinique, les Pays de Loire et Poitou- Charente.

LIBERALIS a choisi, après un appel d'offres national ouvert à tous, FRANCE-TELECOM, lui-même associé à EUROINFORMATION pour la monétique, comme concessionnaire de notre réseau.

LIBERALIS c'est donc un INTRANET que l'on peut considérer comme un système d'information offrant de nombreux services :

- La messagerie sécurisée entre confrères : cryptage + signature électronique.
 - Les forums professionnels publics et privés : vous pouvez créer vos propres groupes de discussion privés et sécurisés.
 - Le gestionnaire d'enquêtes pour permettre aux Unions de faire leurs propres études.
 - Les fonctions de GroupWare Lotus Notes avec notamment l'agenda partagé entre confrères et le gestionnaire de tâches.
 - L'option monétique
- Et bien sûr :
- L'accès Internet
 - La **télétransmission avec concentrateur de FSE** à exploitation anonyme réservé à la profession à travers leurs Unions Professionnelles, sorte d'intermédiaire entre les médecins et les caisses. Les FSE envoyées par chaque médecin seront anonymisées, puis transmises aux caisses par lots, sous la responsabilité de Libéralis qui gèrera les accusés de réception logique (ARL) : les médecins seront ainsi déchargés de la

responsabilité administrative et comptable par rapport aux malades. Les données des FSE seront également stockées par le concentrateur pour permettre des analyses statistiques ou pour fournir des relevés individuels aux médecins abonnés. Les FSE seront archivées pour une durée de 15 ans.

Le système n'est pas trop compliqué mais il demandera probablement une formation au logiciel très puissant qu'est Lotus Notes.

Tout ce système a bien sûr un rôle stratégique de **défense professionnelle** ce qui n'est pas le cas des autres réseaux professionnels.

La défense se fera à deux niveaux :

- Collectif : en colligeant les données des FSE, en menant leurs propres études via le gestionnaire d'enquête, **les Unions pourront produire des statistiques opposables aux seules qui existent actuellement : celles des caisses et des pouvoirs publics.** Les études médico-économiques ou épidémiologiques ponctuelles devraient également, selon les promoteurs de LIBERALIS, donner des arguments aux médecins libéraux pour prouver qu'ils remplissent correctement leurs missions.
- Individuel : en cas de contestation des données fournies par la CPAM, **le médecin abonné pourra obtenir de LIBERALIS l'ensemble des indicateurs – personnels et collectifs – calculés à partir des FSE colligées.** Il appartiendra à son syndicat ou à son avocat de les faire valoir auprès de la CPAM.

Pour accéder à LIBERALIS, vous devez disposer :

- d'un ordinateur avec modem, relié à une ligne téléphonique.
- D'un lecteur de carte (CPS/Vitale).
- D'un logiciel de gestion de FSE.
- Du kit de connexion à LIBERALIS.

Si vous ne disposez pas de l'équipement informatique approprié, vous n'aurez qu'à choisir l'un des Packs LIBERALIS proposé dans le réseau partenaire de FRANCE-TELECOM.

A quel prix ?

L'abonnement mensuel au service LIBERALIS via FRANCE -TELECOM, s'élève à 120 F TTC (Tarifs au 01/12/99). Avec le Kit Confort Liberalis (1 490 F TTC), vous bénéficiez de l'installation à votre cabinet, de la prise en main et d'une heure d'assistance technique téléphonique.

En conclusion l'adhésion à LIBERALIS est une nécessité, certains disent même un devoir !!!

- PLUS d'INFORMATION AU NUMERO AZUR 0 810 88 2000
- Ou chez FRANCE TELECOM PROFESSIONNEL 1016 (appel gratuit).
Ou auprès de votre revendeur informatique.
Ou auprès du CREDIT MUTUEL qui offre des solutions globales (tout en conservant bien sûr sa banque).

FEUILLES DE SOINS ELECTRONIQUES (FSE) : TÉLÉTRANSMISSION.

Anne-Marie LE HENAFF

La vente des appareils bi-fentes n'est plus prise en charge par le GIE, l'organisme officiel qui les a mis en forme et agréés. Nous devons maintenant nous adresser directement aux fournisseurs qui les vendent par quantités de 100, sans prix particulièrement intéressant puisqu'ils coûtent de 2 500 à 3 000 F pièce. Or nous n'avons eu qu'une quarantaine de réponses positives des confrères, pour l'achat via le Collège ? De plus, étant donné que certains de nos confrères ne sont pas particulièrement pressés d'acheter cet appareil, d'autant moins que le réseau LIBERALIS, grâce auquel les Unions Professionnelles libérales de médecins pourront contrôler les allégations de la Sécurité Sociale, est en train de se mettre en place (Cf. article de Jacques VILLIERE), il ne nous semble pas judicieux d'envisager la poursuite de tractations avec ces fournisseurs. Ils sont en effet relativement nombreux et proposent des services parfois différents, en particulier la possibilité d'utiliser la Carte Bancaire (appareils multifonctionnels). Il semble que le fournisseur de votre logiciel soit actuellement le plus à même de vous proposer ce qui vous convient. Mais nous sommes toujours d'accord pour revenir sur cette décision si nombre des adhérents du Collège le désiraient.

ENQUETE**JEAN-PIERRE BILHAULT***Résultats de l'enquête sur les sujets de congrès*

L'enquête faite le 20/11/99 auprès des participants au congrès et concernant les sujets d'intérêt préféré ainsi que les souhaits concernant l'organisation de nos réunions a recueilli 50 réponses.

Une majorité de médecins (36/50) est intéressée par un congrès d'une journée, le samedi de préférence (43/50) avec des ateliers pour 50 %. Le dimanche est

repoussé en masse, quelques uns acceptent à la rigueur le dimanche matin et le samedi toute la journée.

Parmi les sujets proposés se détachent les Explorations diagnostiques en Gynécologie et le dépistage des grossesses à risques.

Viennent ensuite l'Endocrinologie, la cancérologie, la sexologie. Des réunions inter-spécialités sont souvent proposées

(dermatologie, endocrinologie, nutrition, pathologie thyroïdienne et hépatites). La grossesse et les toxiques ainsi que la stérilité sont souvent évoqués, suivies par l'échographie, la pathologie vulvaire et la sénologie.

MERCI à ceux qui ont pris un peu de temps pour nous donner leur avis, il nous intéresse et nous souhaitons en faire bon usage !

EPUNG... EPUNG... EPUNG**4° SESSION - 5° MODULE****ANDROLOGIE** le 20 octobre 2000

Conseiller scientifique : J. BUVAT (Lille)

Responsable : Collège du Nord (Président : F. SAILLY).

4° SESSION - 6° MODULE**SEXOLOGIE** le 21 octobre 2000

Conseiller scientifique : C. CABANIS (Castelnaudary)

Responsable : Collège du Centre-Val de Loire (Présidente : E. PAGANELLI).

Renseignements : Dr J.-P. GASNAULT • 2 bis, Square Dutilleul
59800 LILLE - Tél : 03 20 54 66 92 - Fax : 03 20 12 98 73

Le Congrès d'automne organisé avec le concours du GFGEA se tiendra exceptionnellement à Rouen, le vendredi 10 novembre en fin d'après-midi et le samedi 11 novembre 2000. Il aura pour thème :

« Gynécologie de la jeune fille »

Le lieu, le programme de ces journées scientifiques et les divertissements de la soirée du 10 novembre sont en cours d'élaboration. Des précisions vous seront données ultérieurement. Notez néanmoins la date et le lieu dès maintenant.

DEPISTAGE DE LA TRISOMIE FŒTALE (T21) ET AUTRES ANOMALIES PAR LES MARQUEURS SÉRIQUES MATERNELS (MSM)

Résultats 1998 et perspectives pour l'an 2000 en Haute-Normandie

1. BILAN 1998 :

Renseignements fournis par le laboratoire Biocéane-Séry du Havre, l'Association des Biologistes Autorisés (ABA) et l'aimable collaboration des services de Cytogénétique du Centre Hospitalier du Havre, du C.H.U. de

Rouen, du C.R.I.S. de Bois-Guillaume et du Laboratoire Saint-Pierre à Evreux.

Résultats pour des examens pratiqués entre 14 SA + 0 jour et 17 SA + 6 jours.

A. Les résultats régionaux

Ils sont excellents.

Le dépistage a permis de diminuer fortement le nombre d'enfants trisomiques nés par rapport à l'année précédente (de 15 à 9). Ceci grâce à une meilleure pratique de l'échographie (mesure de la clarté nucale) et l'augmentation des patientes ayant bénéficié du dosage des marqueurs sériques maternels.

TRISOMIES 21 dépistées (nombre = 54) en Haute-Normandie

Age maternel	Par écho 1 ^{er} trimestre	Par MSM 2 ^e trimestre écho 1 ^{er} trim. normale	Par écho 2 ^e trimestre (avec ou sans MSM)	Amniocentèse Pour âge maternel	Total
< 38 ans	22	13	12		47
> ou = 38 ans	0	3	0	4	7

TRISOMIES 21 nées (nombre = 9) en Haute- Normandie

Age maternel	Avec MSM	Sans MSM	Total
< 38 ans	4 (1 avec risque 1/10 ; refus d'amniocentèse)	3	7
> ou = 38 ans	0	2 (refus d'amniocentèse)	2

Les résultats du laboratoire Séry

Le nombre d'amniocentèses nécessaires pour dépister un trisomique est très faible (58).

Le nombre de trisomiques dépistés est très élevé (11).

Le nombre de trisomies 21 non dépistées par les marqueurs sériques et par l'échographie du 2^e trimestre est de 3.

Chez les femmes de 38 ans, il faut réaliser 200 amniocentèses pour dépister une Trisomie 21.

Le taux de dépistage est de 65 %.

Le nombre de femmes bénéficiant du dosage dans notre région est nettement supérieur à la moyenne nationale.

Les données fournies montrent que les dosages des MSM ont permis également de détecter :

- 5 cas de défaut de fermeture du tube neural
- 2 cas de syndrome de Turner.

Pour ce laboratoire, sur 10 436 femmes testées (< ou > ou = à 38 ans), il y a eu 636 femmes à risque. Le nombre d'amniocentèses induites est de 6,09 %.

Résultats : - 11 trisomies 21 dépistées biologiquement soit une valeur prédictive positive = 1/58.

- 3 trisomies 21 dépistées échographiquement (à la 23^e semaine)

- 3 Trisomies 21 non dépistées

Soit un taux de détection de 65 %.

B. Bilan national

60 laboratoires autorisés.

Sur 730 000 naissances :

Nombre de dosages	475 574
% d'amniocentèses ¹	6,80
Nombre de T21 dépistées	306
V.P.P. (valeur prédictive positive) ²	1/103
Taux de détection ³	70 %

2. PERSPECTIVES 2000

L'amélioration du dépistage des T21 fœtales ne s'est faite qu'au prix d'un accroissement du nombre des amniocentèses. Aussi il apparaît nécessaire de conjuguer les résultats de l'échographie et de la biologie pour améliorer l'efficacité du dépistage tout en diminuant le nombre d'amniocentèses.

Nous sommes tous et toutes conviés à participer activement à l'étude multicentrique

régionale qui se met en place, associant marqueurs sériques et échographie du 1^{er} trimestre à la 12^e semaine d'aménorrhée (11 sa + 0 jour à 13 sa + 0 jour).

Le Collège de Gynécologie de Normandie s'associe à la mise en place de ce protocole.

NB : le laboratoire Biocéane-Séry nous sollicite tous pour penser à compléter et renvoyer les issues de grossesse.

C'est une obligation qui leur est faite. Il est évident que ce rétro-contrôle est de la plus haute importance pour rendre plus performant cet outil de dépistage.

(1) % d'amniocentèse = $\frac{\text{nombre de femmes à risques accru de trisomie 21}}{\text{nombre de femmes testées}}$

(2) VPP : Valeur Prédictive Positive = $\frac{VP}{VP + FP}$

(3) % de détection = $\frac{\text{nombre de Trisomies 21 dépistées}}{\text{nombre de trisomies 21 totales testées (dépistées + non dépistées)}}$

VP : vrais positifs
FP : faux positifs

Le mammotome

Depuis juillet 1999, le Centre Henri Becquerel (Centre Régional de Lutte Contre le Cancer) dispose d'un appareillage permettant la réalisation de microbiopsies mammaires stéréotaxiques (mammotome).

Cette acquisition, compte tenu de l'augmentation importante des lésions infra-cliniques du sein dépistées par mammographies, constitue une avancée diagnostique importante dans la prise en charge de la pathologie mammaire.

Appareillage

Le mammotome (Laboratoire Biopsys) associe 3 éléments :

- une table de biopsie en décubitus ventral
- une stéréotaxie et une image numérisée
- des canules de biopsie.

La table de biopsie en décubitus ventral comporte une ouverture permettant le passage du sein à biopsier. Cette position stable autorise une intervention peu traumatisante avec un faible risque de réaction vagale. Le geste stéréotaxique est possible dans toutes les localisations dans la glande mammaire.

Le système numérisé de repérage stéréotaxique permet un contrôle permanent de la position des prélèvements.

Par ailleurs, la digitalisation autorise une visualisation plus aisée des foyers de microcalcifications

Les biopsies, elles-mêmes, sont réalisées avec des canules spécifiques de diamètre variable, autorisant un multi-carottage sous vide réalisé par un seul orifice de ponction.

Un contrôle radiographique des prélèvements s'assure que les cibles (microcalcifications) ont bien été prélevées. Ils sont ensuite envoyés en anatomopathologie.

Dans un certain nombre de cas, il est possible de larguer, à l'endroit de la ponction, un clip radio-opaque qui permettra une reprise chirurgicale éventuelle plus aisée. Environ une quinzaine de jours après la procédure, des clichés systématiques de contrôle avec éventuellement agrandissement sont effectués de manière à servir de base à une surveillance ultérieure, si une intervention secondaire n'a pas été programmée compte tenu des résultats histologiques.

La durée de la procédure est d'approximativement une heure.

Les indications

Les cibles visées sont essentiellement les foyers de microcalcifications, car ce type d'anomalies n'autorise pas d'examen histologique extemporané en cas de biopsie chirurgicale. Il est également possible d'effectuer des prélèvements biopsiques sur de petites opacités infra-cliniques.

De façon schématique, les indications actuellement retenues, en fonction des données radiologiques sont :

- a) images d'aspect bénin : avant prescription d'un traitement hormonal substitutif, en cas d'inquiétude très prononcée de la patiente, en cas de risque génétique familial de cancer du sein,
- b) images douteuses, opacité, ou foyer de microcalcifications localisé.
- c) Images suspectes, évoquant la possibilité de carcinome « in situ » car ce diagnostic pré-chirurgical autorise une intervention plus réglée (on ne pratique pas de curage axillaire dans les carcinomes « in situ »).

Les contre-indications

Certaines lésions sont difficilement accessibles en raison de leur localisation (proximité de la paroi thoracique, prolongement axillaire).

Nous ne pratiquons pas ce type d'exploration dans le cas des images stellaires de très petite taille, car la réalisation de prélèvements multiples risquerait de gêner l'examen anatomopathologique, notamment pour le diagnostic différentiel avec les centres prolifératifs d'Aschoff.

Il existe bien sûr également des contre-indications d'ordre général : âge trop avancé, impossibilité de garder une position stable pendant une demi-heure, troubles de l'hémostase...

Incidents et complications

On retrouve dans la littérature la possibilité de malaises vagues, d'abcès, de pseudo-anévrysmes ou de pneumothorax.

Le véritable problème est représenté par les hémorragies secondaires aux prélèvements. Elles risquent en effet d'altérer la qualité des carottes tissulaires, elles peuvent par ailleurs entraîner des hématomes, d'où la nécessité de pansements compressifs soigneux en fin de procédure.

Les premiers résultats

Nous avons à ce jour effectué 35 procédures (34 foyers de microcalcifications, une opacité). Sur ces 35 procédures, nous avons obtenu :

- un échec
- 17 lésions bénignes
- 5 lésions frontalières avec hyperplasie épithéliale
- 12 cancers, dont 10 « in situ »

Les problèmes

L'utilisation de ce type d'appareillage entraîne parfois d'importantes difficultés d'interprétation anatomopathologique, notamment lorsqu'il existe des lésions frontalières avec composante d'hyperplasie épithéliale posant des diagnostics différentiels avec les cancers « in situ ».

Il faut par ailleurs insister sur le fait qu'actuellement, il n'existe pas de codification pour cet acte de biopsie (le prix du consommable varie de 2000 à 2800 F par procédure selon que l'on largue ou non un clip).

Conclusion

Le mammotome apparaît comme une procédure efficace, susceptible d'améliorer de façon significative la prise en charge des lésions infra-cliniques du sein.

Il s'inscrit parfaitement dans le cadre de la future mise sur pied d'une campagne de dépistage en Seine-Maritime.

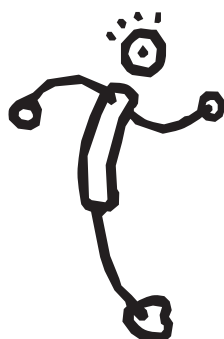
Journée scientifique

organisée par le Collège de Gynécologie de Normandie



Eugène Boudin - Deauville

Les métrorragies



Le samedi 20 mai 2000 au Casino de Deauville.

Avec des orateurs de renom, des conférences originales et pointues, des ateliers de diagnostic et de traitement.

Elle sera suivie d'une soirée spectacle théâtral au Bar du Soleil sur les planches !!!

VENEZ NOMBREUX !