



Chers confrères, chers amis,

Enfin, après une longue éclipse, un nouveau numéro de la Lettre du Collège reparait. Ce n'est pas faute d'avoir des choses à dire, des informations à divulguer en cette période de grands changements pour nos pratiques professionnelles mais notre rythme de parution nous met dans la fâcheuse posture de courir derrière l'actualité.

**S**oucieux cependant d'assurer un lien entre tous nos adhérents auquel cette parution contribue nous avons à cœur de l'animer de temps en temps et de la rendre attrayante. Son intérêt et sa spécificité tiennent donc, outre à passer quelques informations, des dates de réunions, à la publication d'événements à la fois originaux et régionaux en rapport avec la gynécologie.

**Ce numéro – me semble-t-il – s'inscrit dans cette optique et le caractère utile des informations qu'il vous apporte répond en partie aux questions que vous vous posez dans le cadre de votre exercice professionnel.**

Nous ne sommes pas des journalistes traquant l'actualité et rompus à la mise en forme d'une revue. Le travail bénévole est immense et lourd, les difficultés pour susciter et colliger les articles sont grandes. L'idéal serait que chacun de vous s'implique et pense à nous communiquer les informations qui lui paraissent intéressantes ou bien nous propose des articles. Je remercie Brigitte Ouvry-Neveu et tous les membres du C.A qui l'ont aidée dans la réalisation de ce numéro. Je remercie également tous ceux qui ont fait l'effort de rédiger les articles qui le compose et en font une revue éclectique attachée à ce qui se passe dans la sphère « libérale » mais qui s'ouvre aussi sur les activités et services proposés par le C.H.U de Rouen avec les articles très intéressants d'Alain Daragon et du Professeur Eric Verspyck.

**Pour ma part, j'ai tenu à m'exprimer sur l'Évaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) car je sais**

*que c'est un sujet qui vous préoccupe beaucoup. Le Conseil d'Administration du Collège y travaille ardemment, en coordination avec le FNCGM qui a obtenu l'agrément de la HAS. Nous allons être en mesure d'assurer dans un délai raisonnable les évaluations par petits groupes de 12 à 15 personnes autour d'objectifs que vous aurez librement choisis. Nous étudions également les possibilités d'agrément du Collège pour la FMC par le Conseil National de FMC.*

**Je vous rappelle que le CGN organise le 12 mai 2007 à Deauville une journée scientifique sur des thèmes d'actualité de la gynécologie : le papilloma virus, l'IVG médicamenteuse, la protéomique et les sévices envers les femmes. Le 10 novembre 2007 notre journée scientifique d'automne abordera le thème de l'évolution et des modifications de nos pratiques professionnelles. Fait remarquable, cette manifestation aura lieu au Havre et se clôturera par un concert donné par une pianiste normande de renommée internationale. Enfin les 30 novembre et 1<sup>er</sup> décembre 2007 aura lieu au Mont Saint-Michel, notre troisième séminaire de colposcopie.**

**J'espère que vous serez nombreux à participer à ces journées de FMC, même si elles ne vous rapporteront pas encore de points.**

*Merci de l'intérêt que vous portez au Collège et au plaisir de vous rencontrer.*

Jean-Louis simEnEL,  
Président du CGN

## À propos de l'anneau contraceptif

Extraits du texte de Madame Marie-Claire GUÉROULT, psychothérapeute et sexologue, qui animait à ROUEN la soirée du 9 novembre 2006 sur ce thème, avec l'aide du laboratoire ORGANON • Propos recueillis par Annie LAMARRE-DARAGON

### L'ANNEAU NUVARING

ma première pensée a été « encore quelque chose qui entre dans la femme ».

Puis j'ai réalisé que cet anneau pouvait être un moyen pour de nombreuses femmes d'apprendre à faire connaissance avec leur vagin, à l'aimer et à le respecter.

Bien sûr elles savent qu'il est là, qu'il existe, mais cet orifice elles le nomment encore trop souvent : le trou !

J'ai pu noter comme vous, qu'elles parlent plus facilement de leur utérus et de leurs ovaires que de leur vagin.

Pour comprendre il faut se souvenir de l'enfance ou, contrairement à l'homme qui va toujours pouvoir toucher et voir son sexe dès qu'on lui a enlevé ses couches, la fille, dans son "œdipe", va abandonner vers 4-5 ans, ses propres caresses masturbatoires au profit du « faire comme maman » dans ses tâches ménagères par exemple ou en déplaçant ses fantasmes vers sa supposée reproduction en jouant à la poupée, à la maîtresse d'école...

à partir de la puberté, les tampons

gynécologiques et une certaine éducation sexuelle permettent actuellement de toucher et explorer son corps plus facilement, d'aller voir dedans et dehors, en ayant toutefois à dépasser l'anxiété face au sexe et la culpabilité de pouvoir se laisser aller à transgresser le tabou de la masturbation : "Puis-je le faire sans être punie ?" "est-ce que je m'aime suffisamment pour oser ces choses-là, seule, en me donnant l'audace de braver mes peurs, mes incertitudes, mes interdits ?"

et puis arrive l'âge de la contraception, avec la pilule et par la bouche, facile !

Le faire dans son creux, son orifice, son trou, son sexe, son vagin,... demande réflexion... permission... apprentissage... et si ma mère me voyait, si Dieu me punissait, si on entrait à ce moment là,... si...

il faudra oser mettre son doigt. (mais si je le fais... je me masturbe en quelque sorte, je trompe mon mari... je suis vicieuse). C'est presque plus facile de laisser son partenaire ou un médecin regarder, toucher, comme un passage obligé, avec en arrière plan, le messa-



© Garo / Phanie

ge transgénérationnel parfois lourd de toutes ces femmes qui ont vécu leur sexe avec plus ou moins de bonheur, ces siècles de femmes non respectées, ces vagins non respectés, ces viols et autres violences faites aux femmes. On le voit donc la prescription d'un anneau contraceptif vaginal va réactiver les questionnements et éventuelles réticences sur le sexe, être une opportunité pour envisager une nouvelle approche de la femme et de son sexe, être un moyen pour dispenser des éléments d'information sexuelle si besoin, être enfin l'occasion de dépister des troubles de la sexualité à traiter spécifiquement.

## Comité Tiers Monde Isigny-Carentan Association humanitaire

L'association concentre aujourd'hui ses actions au Sud-Bénin

- 1985 : aide à un orphelinat d'Addis Abebba (Ethiopie).
- 1986 : creusement d'un puits à Dré (Bénin).
- 1988-95 : construction d'une école primaire à Bouna (Burkina-Faso).
- 1988-99 : aide médicale au Centre de Santé à Aplahoué (Bénin).
- 1990 : ouverture du Centre de Santé Béthesda à Cotonou (Bénin).
- 2001 : ouverture du Centre de Santé Sédegbé à Bohicon (Bénin).

**Le Dr Claudine JOSSAUME, gynécologue à Saint Lo, est à la recherche de matériel chirurgical (petit et gros), obstétrical, pédiatrique, radiologique, de laboratoires etc. pour cette association. D'avance merci pour ce que vous pourrez lui donner.**

### CTM

14 résidence Fleurie,  
14230 Isigny-sur-mer.  
Tél-Fax : 02 31 92 08 67.  
Contact France :  
comitetiersmonde@free.fr  
Contact Bénin :  
ctmbenin@free.fr

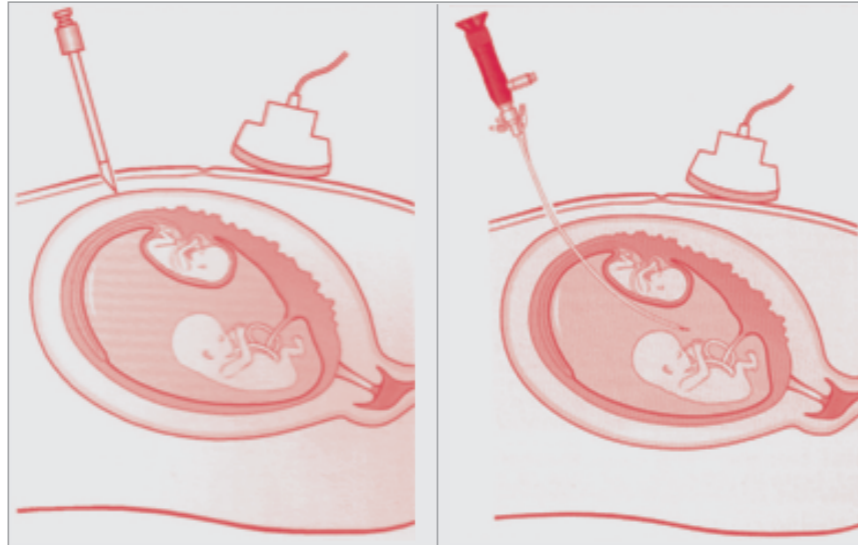
# Fœtoscopie interventionnelle

La fœtoscopie diagnostique existe déjà depuis plus d'une trentaine d'années. Elle consiste à introduire un fœtoscope dans la cavité amniotique pour visualiser directement le fœtus. Le fœtoscope s'apparente à un coelioscope puisqu'il est constitué de fibres optiques éclairées par un câble de lumière froide avec affichage de l'image obtenue sur un écran de télévision. Cet outil est utilisé préférentiellement au premier trimestre de la grossesse pour dépister certaines anomalies génétiques et/ou malformatives inaccessibles à l'échographie anténatale.

Les indications de la fœtoscopie diagnostique sont devenues très rares de nos jours.

La fœtoscopie présente depuis une petite dizaine d'années un nouvel essor car elle permet la réalisation de certains actes chirurgicaux plus ou moins complexes sous contrôle de la vue. Il existe actuellement deux grandes indications chirurgicales avec un bénéfice démontré pour le fœtus. Il s'agit de la coagulation des anastomoses vasculaires en cas de grossesse gémellaire compliquée de syndrome transfuseur-transfusé et de l'introduction dans la trachée d'un bouchon occlusif en cas de hernie diaphragmatique.

Le syndrome transfuseur-transfusé complique 10 à 15 % des grossesses gémellaires monochoriales biamniotiques. Le mécanisme d'apparition de ce syndrome fait suite à un déséquilibre circulatoire entre les deux jumeaux avec un défaut pour le donneur et un excès pour le receveur. Ce syndrome entraîne le décès des deux fœtus dans plus de 90 % des cas lorsqu'il apparaît avant 24 Sa et en l'absence de traitement. Le fœtus donneur subit une véritable restriction de croissance in utero et le fœtus receveur présente un tableau d'hypertension avec défaillance cardiaque par surcharge. La fœtoscopie interventionnelle consiste à coaguler sélectivement les anastomoses superficielles entre les deux fœtus à l'aide d'un laser Yag dans le but de rééquilibrer le système circulatoire. Cette procédure chirurgicale permet d'obtenir la survie des deux fœtus dans près de 50 % des cas et d'un fœtus dans près de 75 % des cas. Elle réduit également la fréquence des séquelles neurologiques et la durée de séjour en unités de soins intensifs.



Introduction du fœtoscope sous contrôle échographique puis fœtoscopie interventionnelle.

L'occlusion de trachée s'adresse actuellement aux fœtus porteurs d'une hernie diaphragmatique de mauvais pronostic. Elle consiste à déposer dans la trachée un bouchon gonflable sous contrôle fœtoscopique. Cette occlusion de trachée entraîne une hypertrophie compensatrice des poumons sous-jacents et contrebalance de ce fait l'hypoplasie pulmonaire induite par l'ascension de viscères abdominaux herniés dans le thorax. Les hernies diaphragmatiques de mauvais pronostic sont définies par un taux de survie de moins de 10 %. Les études récentes montrent que l'occlusion de trachée permet d'obtenir des taux de survies de l'ordre de 50 % pour les hernies de mauvais pronostic.

La fœtoscopie interventionnelle est un acte opératoire réalisé au bloc opératoire sous anesthésie locale ou locorégionale et sous prophylaxie antibiotique. Le premier temps de l'intervention consiste à repérer précisément le ou les fœtus et le placenta afin de décider du meilleur endroit pour introduire le fœtoscope. Le fœtoscope

de 2mm est introduit dans sa chemise opératoire à travers un trocart de 3,3mm précédemment implanté sous contrôle échographique. La chemise opératoire est constituée d'un canal opératoire de 1mm où peut être introduit une fibre laser par exemple et d'un robinet pour réaliser une éventuelle amniotomie ou un drainage de la cavité amniotique. La durée opératoire est de l'ordre de 30 minutes. Le risque principal de la fœtoscopie interventionnelle est celui de la rupture prématurée des membranes qui survient dans près de 15% des cas. Il existe actuellement en France 6 centres de médecine fœtale dont le nôtre (depuis juin 2006) où est pratiquée la fœtoscopie interventionnelle. Nous avons établi au Chu de Rouen un partenariat avec les régions de Basse-Normandie et de Picardie afin d'élargir le recrutement de ces pathologies rares. Il est estimé que le nombre attendu de procédures de fœtoscopie interventionnelle serait de l'ordre de 20 à 30 par an pour le Chu de Rouen.

# Devenir des enfants de l'AMP

EPUNG  
21 octobre 2006 Paris

Les grossesses obtenues par AMP représentent 12000 naissances par an soit 1,4 % des naissances françaises. 150000 enfants sont nés à ce jour en France.

## Le risque principal est lié à la fréquence des grossesses multiples.

Le résultat des études françaises et américaines sont concordants :

- hypotrophie :  $\times 6$
  - Prématurité :  $\times 4$
  - Séjour en unité de soins intensifs :  $\times 7$
  - mortalité périnatale :  $\times 7$
- Le handicap résiduel est élevé.

mais il n'y a pas de surmortalité par rapport aux grossesses gémellaires spontanées (mar teNS 2004). De plus il y a autant de grossesses gémellaires obtenues par stimulation simple et iac que par Fiv/ICSI.

## Etude Follow-up (GOLOMBOK, OLIVENNES, RAMOGIDA)

Les parents de 293 paires de jumeaux et 928 singletons de 3ans ont répondu à un questionnaire : on constate que le stress parental est accru et que le développement des enfants est un peu moins favorable mais les différences ne sont pas majeures.

## Quels sont les risques néo-nataux des singletons ?

On observe une augmentation de la prématurité et une diminution du poids de naissance rapporté au terme (helmerhoSt 04, lUDWig 02, FivNat).

Ceci persiste même après réajustement avec l'âge et la parité. Ceci est moins marqué pour les grossesses obtenues par transfert d'embryons cryo-prélevés. Les résultats sont intermédiaires pour les grossesses induites (mar teNS).

## Y a-t-il une augmentation du risque de malformations pour les enfants conçus par FIV ?

1. Les résultats des études sont divergents :

→ Risque identique selon :

- FivNat = 2,8% versus 2,6% enquête nationale périnatale
- études belges (BoNDu e l l e, mar teNS)
- registre scandinave
- Risque augmenté selon :
- hANSeN en 2002 ; étude australienne risque  $\times 2$  après prise en compte de l'âge, de la parité et des grossesses multiples.
- Bergh en 1999 : anomalies de fermeture du tube neural.

## 2. Pourquoi ces résultats sont contradictoires ?

- Difficulté de constituer de groupes témoins selon l'âge, la parité, l'infertilité, les traitements inducteurs, les grossesses multiples.
- Standardisation dans les définitions et la classification des malformations.
- Prise en compte des interruptions thérapeutiques de grossesse
- et du fait qu'un tiers des malformations sont détectées après la période néonatale.

## Y a-t-il un risque accru de cancer de l'enfant ?

- Non selon les registres de cancer (Berg 1999, BruiSma 2000, DoYl e 1998,) et le suivi de 9 500 enfants conçus après traitement médical (KI i P 2001)
- 5 cas de rétinoblastome observés chez des enfants conçus par Fiv (mo l l 2003).

## De quelles études de suivi à long terme disposons-nous ?

- étude suédoise : Str omBerg 2002 qui constate une augmentation des séquelles neurologiques même chez les singletons.
- étude australienne : l eS l i e 2003 qui ne note pas de différence entre les enfants Fiv et normalement conçus et constate un retard à 1an rattrapé à

5ans pour les enfants iCSI  
 • étude danoise : aNDer SeN 2004 : il n'y a pas de risques de séquelles neurologiques pour les enfants Fiv et iCSI à 7 ans ... même grossesses gémellaires à 2 et 7 ans.

## Y a-t-il des risques épigénétiques ?

en raison des techniques d'AMP il peut exister des maladies de l'empreinte génétique (Phénomènes épigénétiques)  
 • Syndrome d'angelmann  
 • Syndrome de Prader-Willi.

## Les enfants conçus par AMP sont-ils informés de leur mode de conception ?

Selon l'étude Follow-up (o l i v e N N e S, r a m o g i D a) le mode de conception reste secret dans 10 % des cas.

## Y a-t-il des risques particuliers liés à l'ICSI ?

→ Risques potentiels liés à la technique en raison de :

- l'absence de sélection des spermatozoïdes
- l'a perturbation du fuseau méiotique
- l'a possibilité d'infection

→ Anomalies chromosomiques : 2types de risques

• Le taux d'anomalies chromosomiques est plus élevé dans les spermatozoïdes des sujets à caryotype normal mais le rendement est à 99% de la sélection naturelle.

BoNDu e l l e 2002 : 1,2% transmis 1,6%+ de novo (augmentation de la fréquence des aneuploidies des chromosomes sexuels: 1%)

• on note 6% d'anomalies caryotypiques chez les hommes candidats à l'ICSI ainsi qu'un risque relatif de 7,38 si on utilise du sperme testiculaire (Fiv Nat).  
 • NB. en iCSI on fait plus de filles!

→ Malformations :  
 • risque identique

selon BoNDuel le : 3,4% iCSI versus 3,6% Fiv-FivNat (sperme éjaculé)

• risque augmenté :

LuDWig :  $r r = 1,25$  Cette augmentation n'étant pas liée à la méthode.

WeNNerholm 2000 = hypospadias

→ Risques à long terme :

• Possibilité de transmission de l'infertilité masculine :

– micro délétion du chromosome Y : transmission verticale à l'identique ou aggravée, phénotype ?

– De très nombreux gènes sont impliqués dans la multiplication des gonies, la méiose et la spermiogénèse

• existence d'association entre gènes impliqués dans la stérilité masculine et d'autres pathologies. exemples : agénésie des déférents et mucoviscidose, et autres associations non encore connues ?

• Dans les azoospermies non obstructives, on note une augmentation des séquences répétées de trinudéotides :

– du récepteur des androgènes,

– des gènes de la dystrophie myotonique,

– des gènes de l'atrophie spino-cérébelleuse.

### Conclusions :

Les données sur le suivi des grossesses et l'état des enfants sont dans l'ensemble rassurantes : il ne semble pas exister d'augmentation notable des anomalies congénitales graves.

Le risque principal est celui des grossesses gémellaires : il peut être réduit par un suivi obstétrical spécialisé et par une amélioration de la technicité des laboratoires qui permettra d'aller vers le Set.

La méthode elle-même ne semble pas délétère même si le risque épigénétique doit être mieux évalué.

il existe vraisemblablement un risque génétique pour certains couples qui ne pourront être repérés que grâce à une meilleure connaissance des mécanismes de l'infertilité.

# Que faire face à une victime de mutilation sexuelle ?

## LE SIGNALEMENT JUDICIAIRE

### 1 Si la victime est majeure :

Signalement avec son accord.

autorisation de lever le secret professionnel.

### 2 Si la victime est mineure ou incapable de se protéger :

Signalement, même en l'absence de son accord ou de celui de ses parents.

obligation de lever le secret professionnel.

## À QUI SIGNALER ?

**Au Procureur de la République** (dans un tribunal de grande instance (tgi), ou un tribunal pour enfants).

**TGI de Rouen** : place du maréchal Foch 76000 rouen ;  
tél : 02 35 52 88 70.

**TGI du Havre** : 133, bld de Strasbourg 76600 le havre ;  
tél : 02 32 92 57 00.

**Tribunal pour enfants** : 125 bis, bld de Strasbourg 76600 le havre ;  
tél : 02 32 92 57 40

**TGI de Dieppe** : rue Claude groulard 76200 ;  
tél : 02 32 14 64 00.

**TGI d'Evreux** : 30 rue Joséphine 27000 evreux ;  
tél. : 02 32 29 55 00.

**TGI de Bernay** : Place gustave héon 27300 Bernay ;  
tél. : 02 32 47 52 30

## COMMENT SIGNALER ?

• Coordonnées du signalant.

• identité de l'enfant en danger.

• Faits constatés (j'ai vu...)

• Faits rapportés (X m'a dit : « ... »)

Le plus fidèlement possible, sans interprétation.

### 3 Si une victime majeure ne désire pas porter plainte ou si elle souhaite garder l'anonymat :

Lui donner les coordonnées des différentes associations (Ca mS, gamS, gSF).

Lui donner les coordonnées des Centres où une réparation chirurgicale est possible (Dr Foldès, Clinique Louis XIV à St germain en Laye).

mettre en place une prise en charge psychologique.

# La prolactine et ses pièges

La prolactine (PRL) est sécrétée par les cellules lactotropes de l'anté-hypophyse, elle est soumise au contrôle inhibiteur permanent de la dopamine hypothalamique (PIF : Prolactin Inhibitor Factor). Toute modification de ce frein entraîne une hyperprolactinémie.

### Quand doser la PRL ?

Différentes situations cliniques font évoquer une hyperprolactinémie :

• troubles du cycle en dehors de toute contraception orale,

• galactorrhée, le plus souvent associée à des troubles du cycle,

• aménorrhée primaire ou impubérisme,

• syndrome tumoral : céphalées, troubles visuels avec amputation du champ visuel.

### Comment doser la PRL ?

Le prélèvement doit être réalisé le matin à jeun chez une patiente au repos, en début de cycle. idéalement deux dosages poolés à 15 minutes d'intervalle doivent être effectués.

S'il existe une hyperprolactinémie, il est nécessaire de s'assurer des bonnes conditions de prélèvement et effectuer un dosage de contrôle avant d'aller plus loin dans les explorations.

### Diagnostic étiologique

il convient dans un premier temps d'éliminer les causes physiologiques et non adénomateuses d'hyperprolactinémie :

• grossesse et allaitement,

• hypothyroïdie primaire par le rétrocontrôle hypothalamo-hypophysaire positif sur la tr h qui est un stimulant physiologique de la sécrétion de Pr I ,

• causes médicamenteuses : les traitements les plus souvent en cause sont les psychotropes, neuroleptiques et antidépresseurs tricydiques. Les taux de prolactine peuvent atteindre plus de 100 ng/ml. l'idéal est d'arrêter transitoirement le traitement incriminé et de contrôler la prolactine. Si la situation psychiatrique ne le permet pas, il est parfois nécessaire de demander une imagerie pour ne pas méconnaître un micro adénome.

il ne faut pas associer de traitement dopaminergique au traitement psychiatrique car celui-ci diminue l'efficacité des psychotropes.

• insuffisance rénale et hépatique par diminution de la clairance de la prolactine.

• macroprolactinémie ou big big prolactine : elle se définit par la présence prédominante de formes de haut poids moléculaire provoquées par une agrégation liée à des anticorps anti-prolactine. Ces formes n'ont pas d'activité biologique mais interfèrent dans le dosage de la prolactine. La big big prolactine devra être suspectée devant une hyperprolactinémie asymptomatique. Le diagnostic est obtenu par un dosage en chromatographie. étant dépourvue d'activité biologique, la big big prolactine ne justifie aucun traitement spécifique.

• syndrome des ovaires poly kystiques (So PK) : une hyperprolactinémie modérée peut être observée dans le So PK probablement en rapport avec une hyperœstrogénie relative chronique. Ce diagnostic reste un diagnostic d'élimination nécessitant les critères biologiques et échographiques de So PK.

• Si le diagnostic d'adénome est retenu, microadénome si la taille est inférieure à 10 mm, macroadénome si la taille est supérieure à 10 mm, il est nécessaire de réaliser un bilan hypophysaire complet afin d'éliminer une hypersécrétion somatotrope associée et/ou une insuffisance des autres axes hypophysaires.

### Prolactinome et grossesse

au cours de la grossesse normale, les œstrogènes stimulent la sécrétion de prolactine et l'hyperplasie hypophysaire est physiologique.

Chez les femmes qui présentent un micro adénome à prolactine, le risque de complications liées à l'augmentation du volume de l'adénome au cours de la grossesse est exceptionnel (0,5% à 2%). en ce qui concerne le traitement par agoniste dopaminergique, il existe des données tout à fait rassurantes avec la Bromocriptine et la Cabergoline pour lesquelles aucun effet tératogène n'a été rapporté. il est toutefois recommandé d'arrêter le traitement par agoniste dopaminergique dès le diagnostic de grossesse. ensuite, durant la grossesse il n'est pas recommandé de

surveiller la prolactine ni d'effectuer un suivi morphologique systématique (les valeurs normales de Pr I pouvant atteindre plus de 300 ng/ml en fin de grossesse).

Dans les macroprolactinomes, la situation est plus complexe. La grossesse n'est autorisée que si l'adénome est contrôlé. l'adénome augmente de volume dans 15 à 30% des grossesses. Ceci peut justifier la poursuite du traitement agoniste dopaminergique dont l'efficacité sera évaluée par le dosage de la Pr I et une visualisation hypophysaire.

au cours du post-partum, l'allaitement est autorisé en cas de micro adénome mais contre-indiqué s'il s'agit d'un macro adénome.

### Contraception et prolactinome

Contraception progestative ou œstroprogestative ?

Les données de la littérature sont limitées mais l'évolution de l'hyperprolactinémie ne semble pas modifiée par les contraceptions œstroprogestatives. une contraception contenant une dose d'éthynil estradiol inférieure à 35 microgr peut être proposée chez les patientes ayant un micro prolactinome. une surveillance de la prolactine sera à effectuer après 3 mois de pilule. en cas de macro prolactinome, il faudra préférer une contraception progestative ou mécanique.

### Conclusion

l'hyperprolactinémie est une situation clinique fréquente dont les étiologies sont variées. La démarche diagnostique doit être rigoureuse pour ne pas porter par excès le diagnostic de prolactinome qui impliquerait un traitement médicamenteux au long cours injustifié.

il existe également peut-être des for-tuitomes hypophysaires (image d'adénome non sécrétant) pouvant prêter à confusion s'ils sont associés à des taux de prolactine mal interprétés.

# Hypnose et chirurgie en gynécologie

## L'hypnose Erycksonnienne est un outil qui peut être utilisé lors des interventions chirurgicales en gynécologie.

Selon François Roustang : « L'hypnose c'est un comportement volontaire d'acceptation, dans un contexte de désafférentation sensorielle liée à un investissement total des capacités d'attention de notre "planète intérieure", modifiant non la réception des messages sensoriels à la périphérie, ni leur transport le long des voies nerveuses, mais les cognitions, peut-être par un phénomène de négligence proche du syndrome d'hémi négligence corporelle de certains accidents vasculaires cérébraux. »

La douleur étant un symptôme ou réaction à une agression extérieure qui représente une menace pour notre vie et qui résulte de la stimulation simultanée et activation de zones associées à l'attention et à l'émotion : cortex cingulaire antérieur et l'insula.

C'est au niveau du cortex cingulaire antérieur que l'hypnose agit, modifiant ainsi l'information qui va déterminer les réactions au stress et le comportement de la patiente.

Le cortex cingulaire antérieur est sensible à l'information corporelle, et joue aussi un rôle dans la discrimination entre stimuli internes et stimuli externes. Il s'active violemment sous l'effet de la douleur et de la même façon s'active dès que nous prenons conscience d'une émotion. De fait les images d'un cerveau réagissant à une douleur physique ou une forte émotion, sont très semblables (c'est peut-être pour cela que nous employons souvent le même vocabulaire pour exprimer ces deux états).

C'est donc dans cette « planète intérieure » que nous allons puiser les outils pour cette anesthésie, et la raison pour laquelle je ne souhaite pas donner aucune pré-médication ni même anesthésique à faibles doses, ni avant ni pendant l'intervention, pour que la clarté de l'esprit soit intacte. Cependant les femmes ont toutes une voie d'abord, et les interventions se passent toujours en présence d'un médecin anesthésiste et en toute sécurité pour la patiente.

La préparation me paraît importante pour que la femme prenne conscience du « pouvoir » de son esprit et de son imaginaire sur les sensations de son corps.

Depuis cinq ans nous avons tenté l'expérience avec succès pour plusieurs chirurgies sous hystéroscope et une hystérectomie avec le Dr Berrocal et l'équipe de chirurgie gynécologique de la clinique de l'europe à Rouen.

Dans un premier temps le médecin hypno thérapeute rencontre la femme dans le but de comprendre ses attentes, écouter ses maux, retenir ses mots et l'exercer à la dissociation.

Cette première étape va faire prendre conscience à la femme que la réussite de cette analgésie lui revient, dans la mesure où le médecin est là pour l'accompagner mais la dissociation lui appartient.

Le rôle du médecin, dans un premier temps, consiste à écouter la femme pour comprendre l'idée qu'elle se fait de l'intervention et ses motivations pour avoir recours à ce type d'anesthésie.

C'est important de savoir l'image que la femme a de son corps, comment elle ressent la « réparation » et comment elle se projette dans « l'après intervention ». On retient ses mots pour pouvoir rentrer dans son langage et être sûre qu'elle va nous comprendre lors de notre « scénario ».

Je lui explique que pendant que son corps va être « réparé » elle peut très bien partir ailleurs, dans un endroit de son choix

pour passer un moment agréable. elle décide comment et où son imaginaire la mènera pendant l'intervention. C'est la première étape de l'acceptation de la dissociation.

Nous travaillons ensemble la dissociation avec des exercices, de façon que celle-ci soit presque automatique.

Pendant les exercices nous parlons du « prévu et de l'imprévu » pour que rien ne puisse perturber la dissociation pendant l'intervention.

Il faut savoir que la femme a des sensations mais pas de douleur. C'est important de bien travailler cette notion pour pouvoir accepter les sensations moins agréables et les transformer, les mélanger, les associer à des sensations agréables ou du moins contrôlables. Par exemple, lors de l'hystérectomie, la traction de l'utérus pour sectionner le ligament postérieur était une étape qui était sentée poser problème. Nous l'avons intégrée à la sensation que la femme avait quand elle promenait son chien et qu'il tirait très fort sur la laisse: le moment venu cette étape n'a pas posé de difficultés.

Une fois la femme préparée et le scénario défini, l'intervention chirurgicale peut avoir lieu. La dissociation commence déjà quand la femme descend au bloc, est préparée, reliée au monitoring, la voie d'abord posée et elle « part » pour son voyage imaginaire le temps de la réparation.

Le scénario choisi à l'avance par la femme est toujours en rapport avec un moment agréable vécu par la patiente.

Pendant que l'intervention se déroule nous « bavardons » sur un voyage, un mariage, une baignade dans un ruisseau, n'importe quel événement agréable pour la patiente et toutes les sensations positives et plaisantes qui en découlent.

Curieusement la femme reste en alerte pour les signes d'alarme de son corps. Je me souviens d'une femme qui avait choisi de revivre les baignades de son enfance avec ses cousins, dans une rivière bretonne, se met soudain à me dire « Je coule, je coule ». J'ai vu le chirurgien qui me regardait et je lui ai fait signe que tout allait bien, et j'ai rassuré la femme en lui disant que c'était normal car elle était fatiguée de nager il serait peut-être mieux de monter sur le bateau des cousins et se reposer. La femme s'est calmée très rapidement et m'a dit « oui c'est bien, vous aviez raison j'étais fatiguée, je suis bien sur le bateau ». après l'intervention le chirurgien m'a dit qu'elle s'était mis à saigner (fait qui m'a été signalé par la patiente en me disant : je coule), mais l'hémorragie s'était arrêtée très rapidement. La femme avait senti qu'elle saignait, moi j'ai gardé mon calme et ma sérénité, car moi je n'avais pas compris!

C'est toujours étonnant de voir que tous les gestes chirurgicaux sont complètement ignorés ou intégrés dans les sensations ressenties comme agréables ou en tout cas non perturbantes ni dérangeantes.

Cette analgésie ne peut pas être pratiquée sans une équipe consentante, un chirurgien expérimenté et adroit avec des gestes précis et doux. Pour autant le temps d'intervention n'est pas significativement allongé et le travail de la salle découle normalement pour les autres membres : seule différence la présence du médecin hypno-thérapeute et une patiente qui parle, raconte et décrit des sensations belles et agréables pendant son opération.

Il n'est pas rare que l'équipe soit aussi à l'écoute et attentive au récit de la patiente ce qui, on pourrait le dire, laisse un petit goût de frustration quand l'intervention se termine avant de savoir la fin de l'histoire.

## AGATA

Association de Gestion des Ateliers d'Alimentation  
Résidence Jean Monnet • 4, avenue du Maréchal De Lattre de Tassigny  
14000 CAEN • Tél : 02 31 50 08 87 • Email : associationagata@wanadoo.fr

L'association **AGATA** ou Association de Gestion des **AT**eliers d'**Al**imentation est une association de 'type loi 1901' dont le but est selon les statuts :

« La promotion de l'équilibre alimentaire dans la prévention et le traitement de pathologies métaboliques dont la nutrition est un des facteurs déterminants et notamment par la création et la mise à disposition d'ateliers nutrition pour les adhérents en fonction de référentiels communs et reconnus. L'association a également pour but d'entreprendre, de coordonner et d'encourager la recherche dans le domaine de la nutrition. »

L'association a été créée en mai 2005, sous l'égide de l'urCam, avec l'objectif de « mettre en place des ateliers thérapeutiques s'inscrivant dans le projet de prise en charge globale des patients suivis dans les réseaux bas-normands et qui font de l'éducation nutritionnelle un objectif déterminant dans l'amélioration de la santé du patient » et « modifier les habitudes alimentaires des patients des réseaux dans un but de recherche de l'équilibre alimentaire ». (cf. Statuts d'agata).

avant sa création, une expérience d'ateliers nutritionnels, ayant duré 1an, a eu lieu à la CaF d'herouville, en partenariat avec la CPam et le laboratoire PFIZER, induant de jeunes diabétiques issus du service de pédiatrie du Chu et suivis par le Dr Dominique Bougle : cette expérience, couronnée de succès, a incité à poursuivre le projet, d'où la naissance d'agata.

une convention a été signée avec le FaQSV qui allouait une subvention substantielle permettant à agata son installation sur Caen, d'embaucher un médecin coordinateur nutritionniste à mi-temps, 2 diététiciennes, 2 conseillères en éducation sociale et familiale (ces deux types d'animatrices travaillant en binômes, l'un à plein temps l'autre à mi-temps) et une secrétaire à temps limité. Cette subvention devait permettre aussi à agata de fonctionner une année entière sans facturer les ateliers de nutrition des 6 premiers mois, le temps de la mise en place des ateliers.

agata est donc un prestataire de service des réseaux bas-normands du diabète, de l'obésité, des maladies cardiovasculaires, mais aussi tout organisme de santé situé en Basse-Normandie, désirant fournir à ses patients diabé-

tiques ou obèses une rééducation de leur équilibre nutritionnel et qui les prendra en charge sur le plan financier (par exemple l'irSa, ou certaines mutuelles) pour rémunérer agata. Ce n'est que par le passage obligatoire dans ces réseaux, que les patients, même sous Cmu, sont pris en charge par la sécurité sociale, via les subventions allouées aux réseaux par l'urCam.

Les patients, inscrits par l'intermédiaire du réseau, participent à des modules de 6 ateliers, s'étalant au maximum sur 6 mois. Ces ateliers comportent une partie théorique et une partie pratique où les patients préparent un plat du repas qu'ils prendront ensuite, en commun, avec les animatrices. La durée de chaque atelier est de 3 à 4 heures soit le midi, soit le soir. Ces ateliers sont animés par un binôme d'une diététicienne et d'un(e) conseiller(e) en eSF, binôme supervisé par le médecin coordinateur et constant au long du module des 6 ateliers.

Les thèmes des différents ateliers sont les suivants :

- l'équilibre alimentaire,
- les glucides,
- les lipides,
- les modes de cuisson,
- l'étiquetage et la publicité,
- les repas festifs.

Des questionnaires fournis aux patients, un avant le module et un autre après la fin des ateliers, permettent de préciser l'impact individuel et général des ateliers sur les modifications de leur équilibre alimentaire, mais agata n'est pas concerné par le bilan médical. Ce sont les réseaux et les médecins qui leur adressent leurs patients qui pourront chiffrer, par l'amélioration des constantes biologiques, l'importance de cet impact.

actuellement agata ne possède pas de cuisine thérapeutique et doit en louer (foyer l'oasis) ou se les faire prêter. Dans ce cas, ce sont des cuisines des CaF des différents quartiers de Caen, plus ou moins disponibles, plus ou moins bien aménagées ou ne pouvant recevoir qu'un nombre restreint de patients. Le FaQSV vient d'accorder à agata une nouvelle subvention pour la construction d'une cuisine thérapeutique, qui, du moins nous l'espérons, sera fonctionnelle vers la mi 2007. elle permettra d'augmenter le nombre de patients par ateliers, le nombre d'ateliers, et permettra une gestion adaptée du temps et de l'activité du personnel.

Dans les autres villes de Basse-Normandie, Flers (réseau Diabouestorne), Alençon (réseau Diaborne), Vire (réseau Diabvire), Cherbourg (réseau DoNC) où des ateliers ont déjà eu lieu, les cuisines sont plus difficiles à trouver et les patients, d'origine rurale, à mobiliser. agata étudie avec ces réseaux les moyens de leur apporter un service efficace.

voici les coordonnées des différents réseaux avec lesquels travaille agata actuellement. Cette liste n'est donc pas limitative et pourra évoluer. Les confrères désirants de plus amples renseignements, ou qui désirent orienter leurs patient(e)s peuvent s'y adresser ainsi qu'à agata .

Réseau DiabCaen : 02 31 23 07 57  
Réseau ROC (obésité Caen) :  
02 31 85 02 04  
Réseau DiabOuestOrne (région de Flers) :  
02 33 65 68 24  
Réseau DiabVire : 02 31 67 46 51  
Réseau DONC (obésité de l'enfant à  
Cherbourg) : 02 33 20 77 84

# Ostéoporose en 2006

L'actualité concernant l'ostéoporose se lit à la fois dans la recherche et la thérapeutique.

## • LA RECHERCHE

récente est essentiellement marquée par la découverte du système RANKL/OSTEOPROGERIVE.

Il s'agit d'une voie fondamentale dans la régulation de la différenciation et l'activité des ostéoclastes et dans la communication intercellulaire ostéoblastes-ostéoclastes.

Un ratio RANKL/OPG élevé au sein du tissu osseux = balance résorption-formation défavorable = perte osseuse.

## • LES NOUVEAUX TRAITEMENTS :

### • FOSTEO

**PTH** (fragment 1-34)

1<sup>er</sup> agent ostéoformateur.

Réduit le risque de nouvelles fractures vertébrales.

Réservé aux ostéoporoses sévères avec plus de 2 fractures vertébrales.

### • PROTELOS

Ranelate de strontium.

Seul antiresorptif et ostéoformateur.

Diminue les fractures vertébrales et non vertébrales.

Se prescrit chez les femmes ostéoporotiques avec ou sans fractures prévalentes, y compris chez le sujet âgé.

Bonne tolérance et prise facile.

Précaution d'emploi : accidents thromboemboliques RR = 1,42.

## INDICATIONS DE LA DEXA ANAES 2001

### Présence d'un facteur de risque

- Âge
- Population blanche ou asiatique
- antécédents personnels de fracture
- antécédents familiaux de fracture ou d'ostéoporose
- Sédentarité, alitement prolongé
- maigreur (IMC < 19 kg/m<sup>2</sup>)
- aménorrhée prolongée ou ménopause naturelle ou chirurgicale prématurée
- tabagisme, alcoolisme
- apports alimentaires en calcium insuffisants
- Corticothérapie prolongée
- antécédents de pathologie ostéopéniantes : hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie primitive

## Facteurs de risque à considérer pour l'estimation du risque de fracture

### → Indépendants de la DMO :

- Âge
- atCD perso fracture
- Corticoth actuelle ou ancienne
- atCD fract. eSF parents
- ↘ acuité visuelle
- IMC < 19 kg/m<sup>2</sup>
- tr neuro-muscul. ou orthop.
- tabac
- mauvais état santé
- hyperthyroïdie
- Pr
- K sein

### → Liés à la DMO :

- ménopause précoce
- aménorrhée i ou ii
- immobilisation prolongée
- Carence vitamino-calcique

## Stratégie thérapeutique



## Les causes de la mauvaise observance

- Parce que l'ostéoporose est une **maladie chronique**
- Parce qu'elle n'a pas d'impact sur la **qualité de la vie** des patientes tant que les fractures sont absentes
- Parce que les **effets thérapeutiques** des traitements de l'ostéoporose sont difficilement perceptibles par les patientes (absence de fractures)

## Comment progresser dans la prise en charge de l'ostéoporose ?

- améliorer le dépistage (remboursement DXa)
- évaluer tous les fracturés :
  - Filières, réseaux
- expliquer ++
- Choix du traitement avec le patient
- Contrôle de l'observance

## CONCLUSION

- Le thS = arme accessoire
- ↗ médicaments à action osseuse
- en cours : validation d'un index multifactoriel d'évaluation du risque fracturaire
- Perspectives :
  - BP injectables
  - Biothérapies : anti r aNK1 (Denosumab)

# EPP et FMC

## « La mise en place de l'e.P.P se concrétise »

### • L'EPP de par la loi du 13/08/2004 et son décret d'application du 14/04/2005 est :

- obligatoire depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006.
- individuelle (personnelle... même si réalisée en groupe).
- Ponctuelle et renouvelable tous les 5 ans.
- Peut donner lieu à des sanctions.

« l'ePP devient le corollaire automatique et inconditionnel de la FmC »  
l'ePP rapporte 100 points obligatoires sur les 250 à acquérir sur 5 ans au titre de la FmC.

La FmC est obligatoire et ne donne pas lieu à des sanctions.

### • L'EPP est réalisée dans les structures reconnues et habilitées à pratiquer les évaluations par la HAS.

- **Peuvent être organismes formateurs :**
  - Les sociétés savantes / SFG, CNGoF, FNCgM
  - l'uNaForMeC
  - Les associations comme le Collège à condition qu'elles aient obtenu l'agrément de la HAS.
  - Les urml
  - Des médecins habilités.

• **Les organismes « Chef d'orchestre » du dispositif**, du moins dans les textes sont les urml, véritable guichet de réception des demandes.

• Se profile sous le masque d'une ePP pérenne (et non plus ponctuelle) une ePP « continue »... N'est-ce pas une résurgence de la « certification permanente » du plan Johanet récusée par les syndicats il y a une quinzaine d'années.

aujourd'hui cela nous est présenté comme une ePP avec invitation « courtoise » à refaire une FmC quand le candidat n'aura pas satisfait à une évaluation. Demain cela ne risque-t-il

pas, comme c'était prévu dans le plan Johanet d'aller jusqu'au déconventionnement ? alors, restons prudents et vigilants.

**Ce dispositif éprouve quelques difficultés de mise en place :** certaines structures comme les Crom (Conseil régional de l'ordre des médecins) sont en cours de création. Les cahiers des charges ne sont pas tous sortis et surtout ... surgissent des problèmes financiers : les urml ne peuvent poursuivre leur tâche faute de moyens. Les organismes agréés auront plus d'évaluations à faire.

### • Rôle de la FNCGM dans l'EPP

La FNCgM est agréée pour 18 mois probatoires depuis le début 2006. Cela veut dire : nécessité de fournir un travail et de donner la production de celui-ci au bout d'un an et de 18 mois à la HAS (haute autorité de Santé).

• **La FNCGM**, par l'intermédiaire des collèges auprès desquels vous cotisez pourra ainsi assurer votre évaluation ePP.

### • La méthode de la FNCGM :

- ne repose pas sur la rencontre isolée avec un médecin habilité
- mais sur l'auto-évaluation pérenne des pratiques en groupe (de 12 à 15 médecins) avec des indicateurs de suivi simples et renvoi sous forme « anonyme » des résultats à la commission nationale

- repose sur le concept d' « actions-Programmes » qui n'ont rien d'exclusives. on peut aussi avoir des « actions-programmes » par rapport à un objectif qui pose problème. mais qui dit « objectif » dit méthodologie de travail. Pour cela on peut faire appel à des confrères dits « personnes-ressources » ou aux médecins habilités.

• **Point essentiel : le concept de « faisabilité »**

- l'ePP ne doit pas être trop lourde ou

chronophage et s'intégrer facilement à notre pratique.

• **La commission FMC propose des thèmes d'évaluation**

→ à des groupes de 12 à 15 médecins réunis

- par même spécialité,
- par affinité ou par spécificité,
- ou de spécialités différentes sur des thèmes communs.

→ Par des méthodes validées par la HAS (audit clinique, chemin suivi.)

→ une dizaine de thèmes couvrant l'éventail de notre spécialité sont actuellement prêts.

• ils portent sur la contraception, l'infertilité, le col utérin, le sein, la grossesse, la ménopause, l'ostéoporose etc.

• ils comportent plusieurs indicateurs par thème.

→ il peut y avoir des évaluations ponctuelles lors de congrès. on peut même choisir un seul des thèmes du congrès. on convoque certains membres une heure avant, pour les évaluer en début et en fin de congrès.

Les évaluations « ponctuelles » vont probablement servir

- à valider l'ePuNg,
- les Congrès régionaux,
- les congrès nationaux.

• **Le travail d'EPP sera décliné dans chaque région (collège) si celle-ci le désire.**

### • Rôle du CGN dans l'EPP

- Faire une démarche d'agrément comme organisme formateur était et reste possible mais génère une surcharge de travail énorme. Les collègues de Lyon et Bordeaux y ont renoncé... nous aussi. Donc mieux vaut passer par la fédération. autre alternative à cette ePP autonome, passer par les urml mais il vous en coûtera 150 euros au lieu des 15 euros si vous recourez à la fédération.

- articuler l'ePP avec la Fédération a nécessité :

• Création d'une commission d'évaluation régionale et d'un responsable régional dans chaque Ca de collège.

Ce responsable assurera l'articulation et le contact entre le groupe de travail et la fédération. il colligera les noms des participants (et les rendra anonymes), les feuilles de synthèse et les enverra au responsable de la FNCgM.

• Ce responsable sera en contact étroit avec la fédération qui assurera le lien avec la commission nationale

• Notion d' « interface » : le responsable régional du groupe est en interface avec la commission d'ePP du Collège, elle-même en interface avec la commission ePP de la Fédé qui en réfère à la HAS.

Le but n'est pas de rendre service à la HAS mais à la sécurité sociale.

au total, cela mobilise quatre personnes dites « motrices » et nécessite deux réunions d'évaluation.

### Pour VOUS concrètement :

• vous devrez vous constituer en groupe de 12 à 15 confrères autour d'un thème commun. Plusieurs thèmes peuvent être proposés mais il ne faudra en retenir qu'un seul puis vous donner un objectif.

• Contacter le responsable régional du groupe (un des membres désignés du Ca).

• réunion d'explication sur la méthode, l'action-programme, les référentiels relatifs au thème choisi, les indicateurs de ce thème, l'établissement d'une grille avec les médecins habilités afin de vous familiariser avec les outils nécessaires à la réalisation d'une observation de la pratique.

• Chacun retourne dans ses dossiers et consigne honnêtement ce qu'il fait ou ne fait pas par rapport aux référentiels (usage de la grille)

• Le responsable du groupe ramasse les copies (fiches d'activité)

- **L'anonymat** est assuré par le responsable du groupe (n° de code)

- vous devrez formuler des critiques à partir de cette observation pratique et énoncer les moyens d'amélioration.

• Les dossiers « anonymisés » de l'ensemble du groupe sont analysés au niveau de la fédération qui formule les critiques, met en évidence les points faibles et donne les consignes pour y remédier

• retour vers le groupe : 2<sup>e</sup> évaluation et établissement d'un rendu.

• 2<sup>e</sup> réunion pour s'assurer des améliorations, conclusion puis retour au niveau fédération.

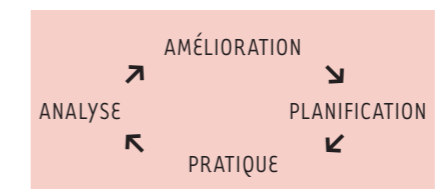
• La fédération transmet alors les résultats à la commission nationale.

Le CgN préviendra ses adhérents le moment venu de la mise en route du dispositif.

Nous vous conseillons alors de ne pas trop différer votre demande : les évaluations sont faciles en ce moment.

Pour l'instant :

évitiez les démarches d'évaluation individuelles isolées : elles ne sont pas anonymes et sont fort chères évitez les médecins habilités. Ne vous adressez pas au urml ou à l'uNaForMeC sauf si la FNCgM vous y invite.



• Lors de votre participation à chacune de ces formations vous obtiendrez des points.

• Les évaluations « ponctuelles » vont probablement servir

- à valider l'ePuNg,
- les Congrès régionaux,
- les congrès nationaux.

### Remarque : Il y a FMC et FMC !!

- Fm C. dont le « C » veut dire « Continue » et FmC. dont le « C » veut dire Conventionnelle.

• **La FMC « Conventionnelle »** : en lien organique idéologique et financier avec la CNaM

- séances de FmC : thèmes imposés, apprentissage des recommandations en rapport avec la maîtrise des dépenses.

- Principe affiché : « mieux soigner en dépensant moins »

- Donne des points

- indemnisation des journées de formation.

• **La FMC « Continue »**

- D'inspiration e.Pu, portée vers l'acquisition des connaissances et des pratiques professionnelles.

- Libre choix relatif des thèmes, des intervenants, des méthodes dans le cadre d'aP proposés par le FaF-Pm

- Donne des points

- Pas d'indemnisation des journées de formation.

La FmC « continue » est moins institutionnelle, plus proche de l'esprit libéral pour ne pas dire de la liberté alors que la FmC « conventionnelle » paraît être un formatage, un calibrage avec un label norme CNaM.

toutes deux exigent des évaluations de début et de fin de stage.

Comme vous pouvez le constater le Collège est actif et prêt à s'impliquer dans la démarche d'ePP en vous aidant à formaliser ce nouveau devoir. mais les membres du Conseil d'administration s'inquiètent bien sûr d'une course à l'acquisition des 250 points exigés au détriment de l'enseignement post-universitaire tel que le proposait jusqu'alors notre Collège et d'une éventuelle désertification de ses actions de FmC. aussi réfléchissons-nous à la nécessité de faire agréer notre organisme auprès du Conseil National de la FmC, en plus de notre reconnaissance déjà établie auprès du ministère de l'emploi et de la Solidarité. un lourd dossier à constituer et qui nous demandera bien des heures de travail. La survie de notre Collège passe par cet effort.



# Actualité sur le traitement chirurgical du prolapsus

## Quelle intervention doit-on proposer en 2007 ?

met d'éviter les classiques récurrences postérieures. une cure d'incontinence par une bandelette sous urétrale peut y être associée. Cette intervention a connu un regain d'intérêt depuis qu'elle est réalisée par voie coelioscopique, ce qui l'a rendue concurrentielle à la voie basse en terme de qualité des suites.

Les séries anciennes par laparotomie avaient montré l'excellente pérennité de l'intervention (BlONDON). Les taux de succès par laparoscopie sont de plus de 90 % (jusqu'à 100 % pour Wat tieZ), avec un risque d'érosion prothétique de 5% ou moins.

Les fixations aux épines iliaques (KaPaNji, défendue par DeSCamPS) ou au ligament sacro-épineux (hourCaBie) restent peu pratiquées.

### La voie vaginale sans prothèse

La colpo-hystérectomie (rouhier) et l'amputation du col type maNChester ou ShirODKar ont été abandonnées au profit de la triple intervention périnéale décrite par Daniel Dargent dans les années 80, éventuellement associée à une spinofixation (riChter). L'intervention de Dargent consiste à pratiquer une hystérectomie et un adossement de ligaments utéro-sacrés (maC Call) pour traiter l'hystérop-tose.

La cure de la cystocèle repose sur une simple plicature du fascia de halbant. Le temps postérieur est une myorrhaphie des muscles releveurs. Cette intervention repose sur la myorrhaphie des releveurs, sur lequel pourra reposer le tube vaginal correctement orienté. elle suppose que le fascia pelvien ne

soit pas trop déficient, et que le plan des releveurs soit de bonne qualité. elle ne s'adapte donc pas à chaque cas. Pour faire face à l'insuffisance des ligaments utéro-sacrés (ou niveau de DelaNceY), c'est-à-dire lorsque le fond vaginal ne remonte pas correctement après l'hystérectomie, s'est développée la spinofixation (riChter). Néanmoins, le point de fixation du riChter étant postérieur, il a tendance à ouvrir les compartiments antérieur et médian, et faciliter la récurrence de la cystocèle.

malgré ses défauts la triple intervention reste satisfaisante dans la majorité des cas (20 % de récurrence pour Dargent), à condition de la réserver aux cas favorables. Les échecs du riChter sont à peu près identiques (18 % dans la revue de Sze et jusqu'à 97% de bons résultats). Les techniques de cloisonnement vaginal (leFort) ou de colpodeisis (laBarDt) gardent leur intérêt pour les patientes très âgées car pouvant être réalisées sous anesthésie locale.

### La voie vaginale avec prothèse

La majorité des techniques consistent à placer une prothèse antérieure inter-vesicovaginale présentant des bras latéraux transobturaireurs permettant la suspension du hamac en avant et des bras postérieurs permettant de suspendre le hamac aux ligaments sacro épineux en arrière.

La prothèse postérieure inter recto vaginale présente deux jambages postérieurs fixés sur les ligaments sacro épineux, soit directement, soit par un jambage transfessier.

La tendance, lors de l'utilisation de prothèse par voie basse, est de conser-

ver l'utérus, d'une part parce que c'est inutile, et d'autre part parce que cela diminue notablement le risque d'exposition du matériel prothétique (10% à 3-5%).

La myorrhaphie n'est pas systématique. elle a l'avantage de traiter la béance et de restaurer le cap vaginal. L'inconvénient est l'inconfort habituel des suites opératoires. La dyspareunie

les réinterventions pour ablation du matériel n'étant pas sans difficultés et sans risque.

Pour ces raisons, certaines équipes réservent les prothèses aux récurrences. L'évolution des matériaux (polypropylène tricoté à larges mailles) et des techniques (prothèses larges, pas d'hystérectomie, absence de résection de la paroi vaginale) a pu diminuer

notamment le risque d'érosion de 3 à 5%, peu différent de celui d'une promontofixation.

La comparaison exacte entre la promontofixation et les interventions périnéales avec prothèse n'est pas facile en raison de la multiplicité des techniques qui ont été proposées par voie vaginale.

il n'y a néanmoins pas actuellement

d'argument décisif en faveur de la voie coelioscopie ou de la voie vaginale. C'est affaire d'école et des habitudes de chacun. Les résultats anatomiques apparaissent comparables pour les deux interventions avec plus de 90 % de bons résultats.

Néanmoins, les sujets âgés, fragiles, ou obèses seront plus aisément opérés par la voie vaginale, réalisable sous anesthésie locorégionale, que par une

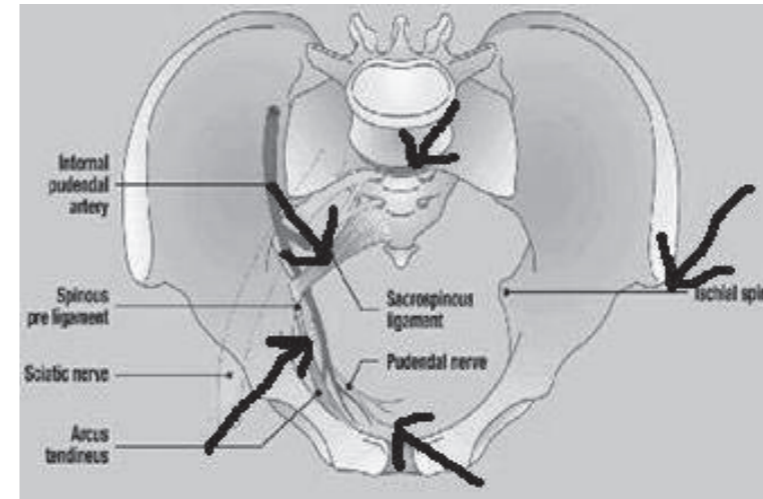
coelioscopie longue (180 minutes versus 90 minutes).

en conclusion, c'est enfoncer une porte ouverte que de dire qu'il n'y a pas de technique parfaite (tout le monde la proposerait).

Le point de fixation du promontoire est sans doute trop haut et en avant, tandis que le point sacro épineux est trop bas et en arrière.

L'évolution des techniques de cure de prolapsus avec prothèse par voie basse, ces dernières années, tend à rendre la voie vaginale concurrentielle à la promontofixation, en gardant les avantages de la voie basse en terme de rapidité d'exécution et de risque anesthésique.

Débat à suivre donc, l'évaluation des résultats sur le long terme et de l'impact sur la vie sexuelle, actuellement mal évalué, viendront peut être trancher.



Points de fixation

reprochée à la myorrhaphie est en fait plus imputable à la périnéorrhaphie et aux résections muqueuses intempestives.

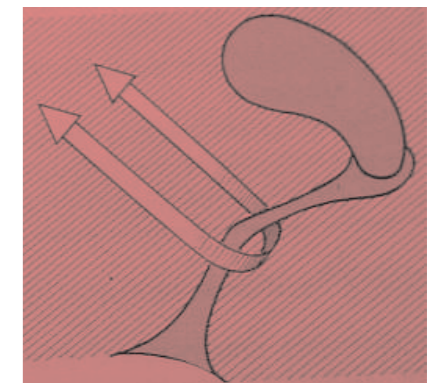
La cure de prolapsus par voie vaginale avec prothèse apparaît donc tout à fait différente des techniques classiques. il ne s'agit pas de reproduire une triple intervention, en y ajoutant un renfort mal suspendu, mais de reproduire une suspension vaginale complète par des attaches antérieures transobturaire et postérieures sacro épineuses, apportant un soutien aussi efficace qu'une promontofixation.

### Les indications

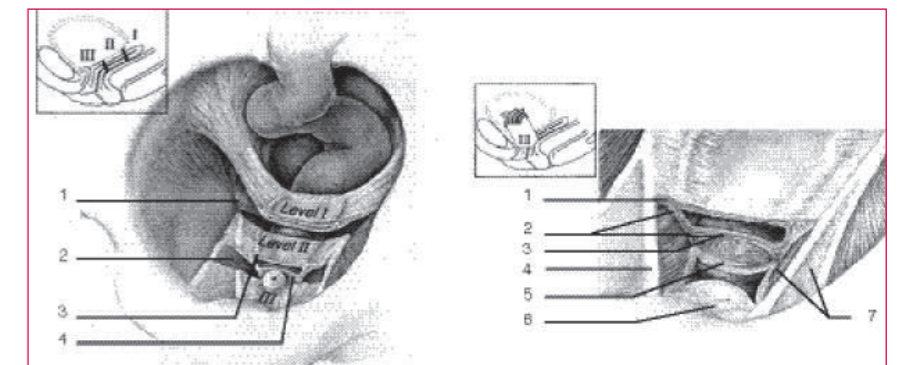
Sauf à accepter les 30 % de récurrences, le choix se porte habituellement vers les interventions avec prothèses.

L'inconvénient spécifique des prothèses est le risque d'érosion, le risque de rétraction et de perte de souplesse des tissus, et en cas de sepsis, la nécessité de faire l'ablation du matériel et de repartir à zéro.

Si les érosions se règlent généralement sans trop de difficultés, il n'en est pas de même pour les rétractions,



Le cap vaginal sous l'effet des faisceaux éleveurs des muscles releveurs de l'anus



Les niveaux et les moyens de fixité du vagin (selon Delancey)

- 1. epine iliaque
- 2. élévateur de l'anus
- 3. Fascia de halbant
- 4. Fascia rectovaginal

- 1. Fascia de halbant
- 2. Paracolpium
- 3. Fascia rectovaginal
- 4. axe tendineux du fascia pelvien
- 5. Sommet du périnée
- 6. urètre
- 7. élévateur de l'anus



# Chirurgie du prolapsus

## Voie haute ou voie basse ?

### INTRODUCTION

Le prolapsus est une pathologie très fréquente, puisque le risque pour une femme de subir une intervention, pour le traitement d'un trouble de la statique pelvienne, est d'environ de 10% pour une espérance de vie de 80 ans<sup>(1)</sup>. Les données épidémiologiques soulignent l'importance de la qualité du traitement chirurgical initial car, jusqu'à présent, environ 30% de ces patientes sont opérées plusieurs fois<sup>(2-3)</sup>.

Les techniques chirurgicales de réparation décrites sont très nombreuses. Elles illustrent la diversité des voies d'abord et l'inventivité permanente et presque sans limite des chirurgiens<sup>(4)</sup>. On distinguait classiquement la laparotomie qui avait une «solidité» grâce aux prothèses, mais qui avait une morbidité péri opératoire plus importante, ce qui réservait son emploi chez les femmes jeunes ; la voie vaginale, qui contre-indiquait l'utilisation de prothèse, était utilisée chez les femmes plus âgées.

au cours des 10 dernières années, deux évolutions majeures sont survenues.

- La voie abdominale est devenue coelioscopique et donc moins invasive, ce qui a conduit à une redéfinition de la femme jeune.

- L'utilisation de prothèses par voie vaginale est devenue acceptable et fréquente, ce qui semble rendre les résultats anatomiques plus durables, et conduit, là aussi, à redéfinir la femme âgée.

### VOIE HAUTE

en combinant la chirurgie endoscopique et le traitement de prolapsus par voie abdominale selon la technique mise au point par Scali<sup>(5)</sup>, le traitement coelioscopique des prolapsus avec mise en place de prothèse a débuté depuis plus de 10 ans<sup>(6-7)</sup>. La période d'apprentissage a été assez longue pour deux raisons : d'une part, la suture coelioscopique demande un entraînement important et ne devient rapi-

de et efficace qu'après des heures de pratique. D'autre part, la voie d'abord endoscopique permet des gestes impossibles par laparotomie. En effet, du fait d'un axe de vision différent, il est possible de traiter l'étage postérieur. On peut disséquer l'espace recto vaginal et les releveurs de l'anus avec un axe de vision qui vient de l'ombilic alors que ces régions rétro utérines sont inaccessibles à l'œil du chirurgien qui opère par laparotomie. La mise en place d'une prothèse postérieure est donc devenue quasi systématique et la technique a été standardisée à quelques détails près<sup>(8-9)</sup>.

### VOIE BASSE

La chirurgie vaginale du prolapsus s'est longtemps limitée à des techniques de réparation utilisant des matériaux autologues, associée ou non à une colpohystérectomie<sup>(10-11)</sup>. Plus récemment la sacrospinofixation selon Richter<sup>(12)</sup> a été proposée pour améliorer la fixation du dôme vaginal et est devenue la technique de référence de la voie vaginale.

après la révolution du tv t<sup>(13)</sup>, de nombreuses équipes ont proposé de transposer le même principe, pour la prise en charge des prolapsus, avec un renfort prothétique synthétique, plus large, positionné sans tension. tout d'abord mises en place au niveau du compartiment antérieur<sup>(14-15)</sup>, lieu principal des récives, les prothèses ont rapidement été utilisées au niveau de tous les autres compartiments<sup>(16)</sup>, selon la théorie intégrale de Petros. Le projet, vraisemblablement le plus abouti, a donné naissance à la technique tv m<sup>(17)</sup>.

Ces nouvelles techniques ont malheureusement fait apparaître de nouvelles complications postopératoires avec, en particulier, des problèmes d'érosions et de rétractions qui ne sont pas encore complètement résolus<sup>(18)</sup>.

Les collagènes animaux (derme porcine) sont des biomatériaux non résorbables, moins utilisés, leur stabilité dans

le temps étant incertaine à l'heure actuelle. Les tests expérimentaux leur confèrent une meilleure tolérance que les treillis synthétiques avec un risque d'exposition plus faible. Sur le plan anatomique, les résultats sont encourageants<sup>(19)</sup>. Sur le plan fonctionnel, le taux de dyspareunies de novo serait moins important grâce à une plus grande souplesse pariétale vaginale par rapport aux treillis synthétiques<sup>(20)</sup>.

### PROBLÉMATIQUE

actuellement, la place et les indications respectives de ces deux approches dépendent plus des habitudes et des convictions du chirurgien que des dégâts anatomiques et des caractéristiques de la patiente. Cela même s'il semble évident que le risque de complications est peut-être sous-estimé et sera, dans l'avenir, le facteur essentiel de choix de la méthode chirurgicale.

afin d'essayer de faire progresser la réflexion sur le choix de la voie d'abord, nous allons essayer de comparer les abordages coelioscopique et vaginal à l'aide d'une « tracker Studies », seul moyen d'évaluation des nouvelles techniques chirurgicales dont l'évolution est rapide<sup>(21)</sup>.

### ÉTUDE

Pendant 4 ans, 154 patientes ont été opérées d'un prolapsus comportant au moins une atteinte du 3<sup>e</sup> degré, selon la classification ICS<sup>(22)</sup>, sur l'un des compartiments.

Le bilan pré opératoire a systématiquement comporté un double examen clinique, un contrôle du frottis cervico-vaginal, une échographie pelvienne et un bilan urodynamique.

Le choix stratégique opératoire a été basé sur le principe de la prise en charge systématique des 3 compartiments avec, en particulier un renfort prothétique du compartiment antérieur, associé à une hystérectomie, en absence de projet de grossesse.

La chirurgie voie haute a été réalisée

par coelioscopie avec une hystérectomie subtotale, associée à une annexectomie bilatérale en cas de ménopause, une double prothèse synthétique antérieure et postérieure fixée au promontoire et une douglasséctomie. La chirurgie voie basse a comporté une hystérectomie avec une colpopéri-néorrhaphie antérieure à l'aide d'une prothèse biologique (Pelvicol®) fixée par voie transobturatrice, une sacrospinofixation unilatérale selon Richter et une colpopéri-néorrhaphie postérieure par une myorrhaphie.

En cas d'incontinence urinaire d'effort, patente ou masquée, une prise en charge par un tot (i-Stop®in-out) a été réalisée au cours du même temps opératoire.

Le suivi a été réalisé à 6 mois, puis tous les ans.

Les principales caractéristiques des deux populations et les résultats sont rapportés dans le tableau ci joint.

### DISCUSSION

L'évaluation préthérapeutique d'un prolapsus est principalement basée sur l'interrogatoire et l'examen clinique. Néanmoins, il faut savoir que les données, en particulier de l'examen clinique, sont parfois variables selon que l'examen est réalisé le matin ou en fin de journée, vessie pleine ou vide, rectum plein ou vide... d'où l'intérêt de pouvoir le renouveler. Le contrôle du frottis cervicovaginal est indispensable en particulier lorsque l'on envisageable de réaliser une hystérectomie subtotale. De même, la présence d'une pathologie sous-jacente, parfois asymptomatique, utérine, annexielle voire vésicale, influençant la stratégie chirurgicale, doit faire discuter laparotomie d'une échographie pelvienne préopératoire systématique. Le bilan urodynamique permet d'évaluer la fonction vésico-sphinctérienne de façon plus complète et précise que le

simple interrogatoire, ce qui permet de mettre en évidence d'éventuelles contre-indications, d'adapter au mieux le geste chirurgical, et, ainsi, de mieux informer les patientes sur les résultats fonctionnels attendus.

La technique coelioscopique nécessite un temps opératoire plus important car plus difficile et complexe, mais permet des suites, en général, plus courtes.

Le poids utérin moyen est normal, mais il existe un nombre significatif de patientes présentant de gros utérus pour lesquels on ne peut que penser que leur conservation expose à devoir en réaliser une prise en charge ultérieure. Malgré la réalisation d'un bilan préopératoire systématique, la découverte de 3 adénocarcinomes conforte l'idée de l'intérêt d'une chirurgie radicale chez ces patientes qui n'ont plus de projet de grossesse, sans parler des possibles évolutions ultérieures qui nécessiteraient une nouvelle intervention qui risquerait d'altérer les résultats en terme de statique pelvienne<sup>(23)</sup>.

Les complications post opératoires sont significatives confirmant le caractère non anodin de cette chirurgie fonctionnelle pour laquelle les indications doivent être posées avec discernement, en fonction de la gêne.

La tolérance des prothèses par voie coelioscopique est bonne comme pour la voie abdominale. Les prothèses biologiques, mises en place par voie vaginale, offrent les mêmes avantages, contrairement aux prothèses synthétiques qui exposent à un risque d'érosions de 5 à 20% et de rétractions<sup>(24)</sup>.

Les résultats anatomiques, à moyen terme, sont aussi satisfaisants dans les deux groupes, avec un taux de récives, nécessitant un complément chirurgical, n'excédant pas 2%. Ces résultats sont équivalents aux taux observés après chirurgie abdominale, voire après chirurgie vaginale, avec renfort prothétique synthétique mais sans les érosions, les infections et les rétractions<sup>(25-27)</sup>.

Les résultats fonctionnels semblent satisfaisants mais nécessiteraient une évaluation plus précise à l'aide de questionnaires validés type inventaire des Symptômes du Prolapsus ISP - QIP - PISQ 12<sup>(28)</sup>.

	VOIE OCELIO	VOIE BASSE
effectifs	91	63
age moyen	58 (41-74)	72 (53-84)
Cystocèle ≥ 3	71%	76%
hystéropose ≥ 3	34%	36%
rectocèle ≥ 3	3%	19%
incontinence	50%	32%
rapports Sexuels	68%	20%
tps opératoire (min)	180 (120-210)	110 (80-140)
Sondage urinaire	J1	J2
rétenion post op	0%	5%
Sortie	J3 (2-5)	J4 (3-8)
Poids utérin moyen	83 (20-260)	67 (30-130)
anat Path	1 cancer ovarien stade ic	1 adénocarcinome utérin 1 sarcome utérin
Complications peropératoire	2 conversions laparotomiques 1 plaie de vessie	1 plicature urétérale (faute technique)
Complications postopératoire	J10 : 1 fistule vésico vaginale J400 : 1 biopsie de prothèse	J15 : 1 expulsion de prothèse J20 : 1 DC sur hématome pelvien extensif
Suivi	30 mois	31 mois
expositions	0	0
rétractions	0	0
récives	1 cystocèle (plaie vésicale per op)	1 cystocèle avec ré intervention (activité précoce excessive)
autres	Constipations de Novo transitoires	2 cystocèles ≤ stade 2
rapports Sexuels	idem	+/- idem

## CONCLUSIONS

Les résultats globaux sont satisfaisants, que ce soit pour la voie haute ou la voie basse. On peut donc en conclure que les deux voies d'abord peuvent coexister, idéalement sans se concurrencer mais plutôt en se complétant. En effet, la promontofixation par voie coelioscopique est bien codifiée avec des résultats satisfaisants ce qui en fait le gold standard, mais elle semble difficilement envisageable chez toutes les patientes, en particulier après 75 ans. La chirurgie vaginale permet une simplification de la technique opératoire avec une réalisation rapide et une courbe d'apprentissage plus courte, mais les interventions utilisant un renfort prothétique sont nombreuses et ne sont pas entièrement validées avec, en particulier, une méconnaissance leur pronostic à long terme. Néanmoins, il semble que les prothèses biologiques soient mieux tolérées que les prothèses synthétiques, avec des résultats anatomiques, pour l'instant, tout aussi satisfaisants. En reprenant les propos du Pr Jacquelin, à propos des prothèses synthétiques par voie vaginale, on pourrait donc dire : Yes but Not Yet...

Seules, des études randomisées prospectives comparatives, avec avis d'un Comité d'éthique pourront définir les indications propres à chaque voie d'abord, l'évaluation ne devant pas se limiter au résultat anatomique mais aussi aux conséquences fonctionnelles urinaires, sexuelles et ano-rectales. Dans l'attente de ces résultats, il semble capital d'analyser précisément le profil de chaque patiente : âge, antécédents chirurgicaux, mode de vie, activité sexuelle avant d'effectuer un choix. Enfin, une information claire et précise sur les risques spécifiques de la réparation prothétique et l'obtention d'un consentement éclairé sont préconisés.

*Bibliographie sur demande.*

## Pensez à régler votre cotisation 2007

à notre trésorière,  
madame le Docteur evelyne rivièrE  
13 avenue de la libération  
14000 Caen

## Cotisation annuelle

- médecin en activité	70 €
- médecin retraité	25 €
- interne en médecine	20 €
- Sage-femme	70 €

## CONSEIL D'ADMINISTRATION 2007

- **Président** : Jean-Louis SimeNel
- **Vice-Présidente** : Béatrice guiguE
- **Secrétaire Générale** : Brigitte ouvry-Neveu
- **Trésorière** : evelyne rivièrE

**Conseillers Titulaires** :  
Philippe aNger, Juan Berro Cal,  
Jean-Pierre Bilhaut, Jacques  
CoNSTANT, anne-marie lehéNAFF,  
isabelle héron, annie lamarrE-  
DaragoN, Jacques rougeulle

**Membres associés** :  
Catherine avril, Patricia leClerc,  
Patrick iZaBel



**Samedi 10 novembre 2007**  
• AU CASINO DU HAVRE •  
2<sup>e</sup> journée scientifique du CGN

ayant pour thème

## " Évolution des pratiques professionnelles "

Assemblée générale du CGN à 12 heures

Cette journée se terminera au musée malraux par une visite guidée puis concert avec Dona SeveNe, pianiste de grande renommée.

**DIMANCHE 11 NOVEMBRE 2007**  
**UN SYMPOSIUM VOUS SERA PROPOSÉ**



# Souvenirs - souvenirs

Une Naissance remarquée, à ROUEN, en 1896, à deux pas du Pavillon Mère Enfant, sur le Champ de Mars où s'était installée l'EXPOSITION NATIONALE et COLONIALE ...

EXTRAITS D'UN ARTICLE DE FRANÇOIS LEMOINE PARU DANS LA REVUE ROUEN LECTURE EN JANVIER 97



Le Pavillon des Colonies a été ouvert le 28 juin 1896 au public bien que ses installations ne soient pas encore complètes. La "gente" c'est à dire le baptême d'un premier-né noir, prénommé Théophile-Matar, au village soudanais de l'Exposition, avait été fixée au mercredi 1<sup>er</sup> juillet, à 3 heures de l'après midi.

À cette époque, les grandes expositions coloniales se devaient de montrer au public un village africain vivant en totale autonomie, avec ses baptêmes, ses mariages, ses coutumes et rites divers. D'autres villes, comme Paris ou Lyon, accueillirent de la même façon quelques tribus et reconstituèrent un coin de paysage africain à côté d'un Pavillon des Colonies, à la vive joie des nombreux visiteurs.

Donc, Théophile-Matar, fils de Mhamadou Almany, indigène noir polygame, et d'une de ses femmes, Marianne, allait être baptisé et il devait avoir pour parrain une personnalité locale : monsieur Théophile Laurent, alors maire de Rouen. La marraine, elle, fut Mme Hendlé. Dès le 2 juillet, le "Journal de Rouen" racontait la cérémonie : « Hier, pour un baptême au Village Nègre, ce ne fut pas une cérémonie précisément banale ! Un baptême musulman était célébré en pleine Normandie, mais dans un décor africain, au milieu des naturels du pays. Il fallait que l'Exposition de 1896 à Rouen comptât au nombre de ses attractions un tel village noir, avec ses habitudes et ses coutumes, pour que pareil spectacle ait pu être enfin offert au public rouennais. »

De nombreux badauds avaient bien sûr voulu profiter de l'occasion et s'étaient regroupés, devant une mosquée soudanaise sommairement reconstituée pour le décor. Et, à 3 heures de l'après-midi, beaucoup de personnes se tenaient accroupies sur des nattes, dans l'enceinte du domaine des africains du Soudan français, plus communément appelé par tous "Village nègre", et qui se voulait typique d'une bourgade des confins du Mali et du Sénégal.

Avec son père et sa mère, Théophile-Matar, le nouveau-né, tenu dans les bras d'une femme proche de la famille, s'of-

frit sagement au cérémonial. Théophile Laurent, et Mme Hendlé ne participèrent pas, eux, directement à la cérémonie, leur rôle se limitant juste à quelques offrandes. Comme marraine, Mme Hendlé avait choisi de faire don d'un rasoir neuf avec lequel le marabout devait raser les cheveux du jeune enfant, ainsi que des étoffes de flanelle. Des cotonnades pour confectionner des "boubous", et une caisse entière de dragées. Le parrain, lui, dota le père et la mère du bambin : un porte-monnaie "superbement garni" leur fut remis, un à chacun.

Le public ne vit que peu de choses de ce baptême car, après la lecture de quelques versets du Coran pour souhaiter santé et bonheur à l'enfant, l'un des marabouts se retira à l'écart, et procéda aux détails de la cérémonie traditionnelle.

L'égorgeage du mouton annonça la fin des festivités. L'animal sacrifié dans les rites fut mangé le soir même par tout le village. Il fut également distribué des noix de kola et des galettes de mil. Certaines dames de la bonne société rouennaise n'osèrent refuser les galettes offertes et se risquèrent à les consommer. Elles les trouvèrent "de qualité moyenne mais acceptables". Théophile-Matar, lui, ne se posait pas de questions et dormait après avoir tété tout son soûl...

L'exposition connut un vif succès. Elle occupait sur le Champ de Mars 60 000 mètres carrés, chiffre record. Elle reçut la visite de milliers de personnes. Entre autres attractions, le "village nègre" avait été reconstitué, avec cases, pirogues et végétation par Messieurs Barbier Frères, spécialistes des expositions ethnographiques. Et ainsi, pendant 6 mois, plusieurs familles indigènes "importées" du Sénégal et du Soudan vécurent sous les regards stupéfaits des Normands.

À l'automne, l'exposition et le pavillon les Colonies furent démontés, et les familles africaines rejoignirent leurs pays...

AVEC L'AIMABLE AUTORISATION DE MONSIEUR PHILIPPE GALMICHE, ÉDITEUR ET DIRECTEUR DE PUBLICATION DE ROUEN LECTURE.