

Les dernières actualités gynécologiques en 2017

Drs Vincent ZERR et Luc ZILLIOX

Service de gynécologie

CH-Haguenau

23 mai 2017

Message téléphonique

Dr Luc ZILLIOX



Cliquez sur l'image
pour écouter le message

Si vous ne pouvez entendre le message sonore, il
vous faut télécharger « VLC Média Player »



PC



MAC

DPNI

**Dépistage de la trisomie 21 foetal
sur sang maternel**

Trisomie 21 :

- 1/700 naissances vivantes
- 95 % des trisomie 21 diagnostiquées pendant la grossesse aboutissent à une interruption médicale de grossesse

Dépistage actuel de la trisomie 21

Le triple test

- entre 11 - 13 SA (échographie du 1^o trimestre)
- Intégration de 3 paramètres :
 - Age maternel (ancienne limite: 38 ans)
 - Mesure à l'échographie de l'épaisseur de la clarté nucale foetale (< 3 mm)
 - Dosages sériques maternels : β HCG libre, Papp A (norme 0,5-2,5 MOM)

Dépistage actuel de la trisomie 21

Le triple test

- Triple test $> 1/250$ (ex: $1/50\dots$) :
 - indication de caryotype foetal par amniocentèse
- Taux de dépistage du test : 85 %
- VPP: 3 %
 - 40 000 amniocentèses induites/an en France
 - 400 fausses couches induites/an (risque 1 %)

Place actuelle du DPNI

- Diagnostique prénatal non invasif -

- Décompte séquentiel de l'ADN foetal dans le sang maternel
- Taux détection des trisomie 21, 13 et 18: 99 %
- VPP : 66 %
- 90 % d'amniocentèses évitées !

Place du DPNI

Diagnostique prénatal non invasif

Indications *médicales* actuelles du DPNI

- Triple test entre 1/250 et 1/1000
- Patiente > 38 ans, triple test non effectué
- Marqueur sérique hors norme (0,5-2,5 MOM)
- Antécédent personnel de trisomie 21

Place du DPNI

Diagnostique prénatal non invasif

Limites actuelles...

- 390 €, non remboursés:
 - > problème éthique
- Seuls 2 laboratoires agréés (Cerba, Biomnis)
 - > limite technique

En pratique...

Le Triple test est proposé à toute femme enceinte

Triple test anormal :

- proposition de DPNI (cf limites actuelles)
- échographie d'expertise,

En cas de DPNI positif ou d'anomalie échographique

- Avis et pris en charge par le Centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN)
- Amniocentèse pour caryotype foetal

Triple test normal :

- on rassure (avec les réserves d'usages)
- Poursuite de la surveillance habituelle clinique et échographique de la grossesse

Perspectives à moyen terme

- *levée des limites techniques actuelles (insuffisance des possibilités de diagnostic des laboratoires)*
- *Remboursement du DPNI dans les situations à risque :*
 - > *triple test entre 1/250 et 1/1000*

Prophylaxie chirurgicale du cancer de l'ovaire : de l'annexectomie à la salpingectomie

Dr Olivier Marpeau
Clinique de l'Etoile
Polyclinique du Parc Rambot

Le cancer de l'ovaire hier

- Concept d'ovulation incessante (*Fathalla, 1971*):
rupture corticale ovarienne → réparations répétées →
altération ADN, stress oxydatif → cancer de l'ovaire
- Rôle protecteur de l'anovulation :
 - Parité > 2
 - Contraception oestro-progestative > 5 ans

Le cancer de l'ovaire vient de l'ovaire

Le cancer de l'ovaire aujourd'hui

- 7^{ème} cancer féminin
- 4^{ème} cause de décès par cancer
- En France : 4615 cas → 3140 décès (INVS 2012)
- Histologie : **Tumeurs épithéliales (85-90%)**
 - **Séreux (>50%)** dont 90% de **haut grade** et 10% de bas grade
 - Endométriöide (15%), cellules claires (10%), mucineux (3%)
- Origine **héréditaire (BRCA 1 et 2, Lynch) : 10%**
- > 75 % des cas : diagnostic tardif

Le dépistage ?

Stade précoce cancer de l'ovaire

Tumeur de 1cm = 1g = 10^8 - 10^9 cellules
(\approx 30 divisions cellulaires)



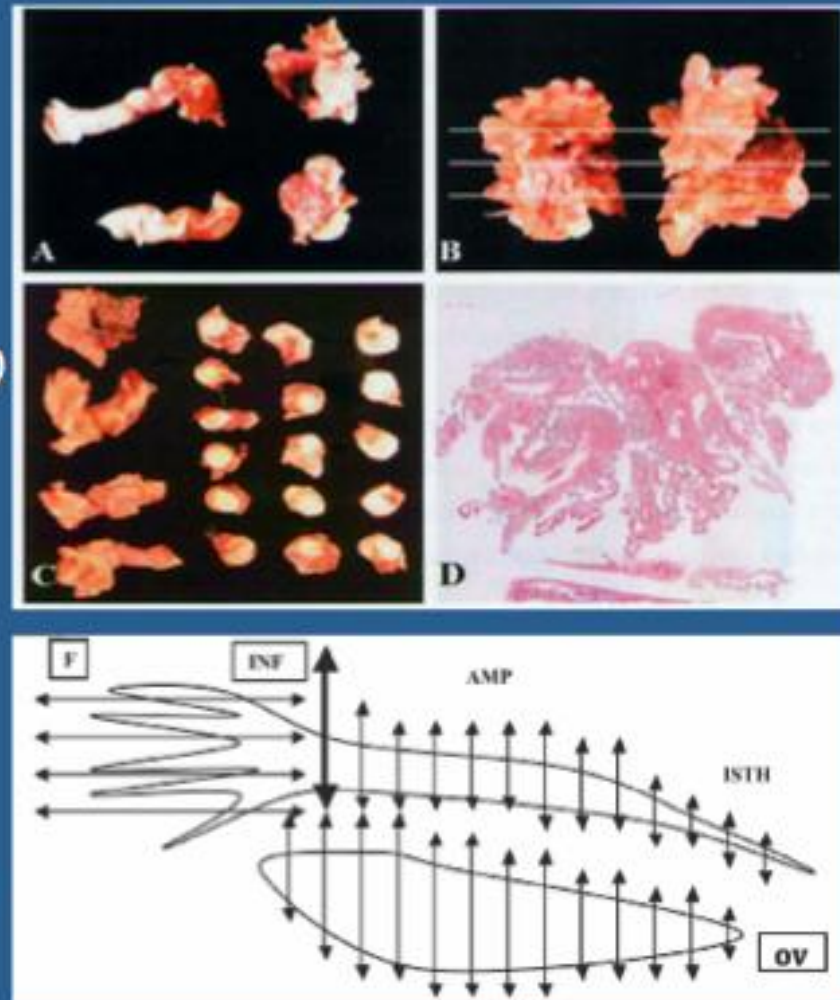
+ 3 divisions cellulaires

Tumeur de 8 cm

examen clinique, CA 125, échographie pelvienne

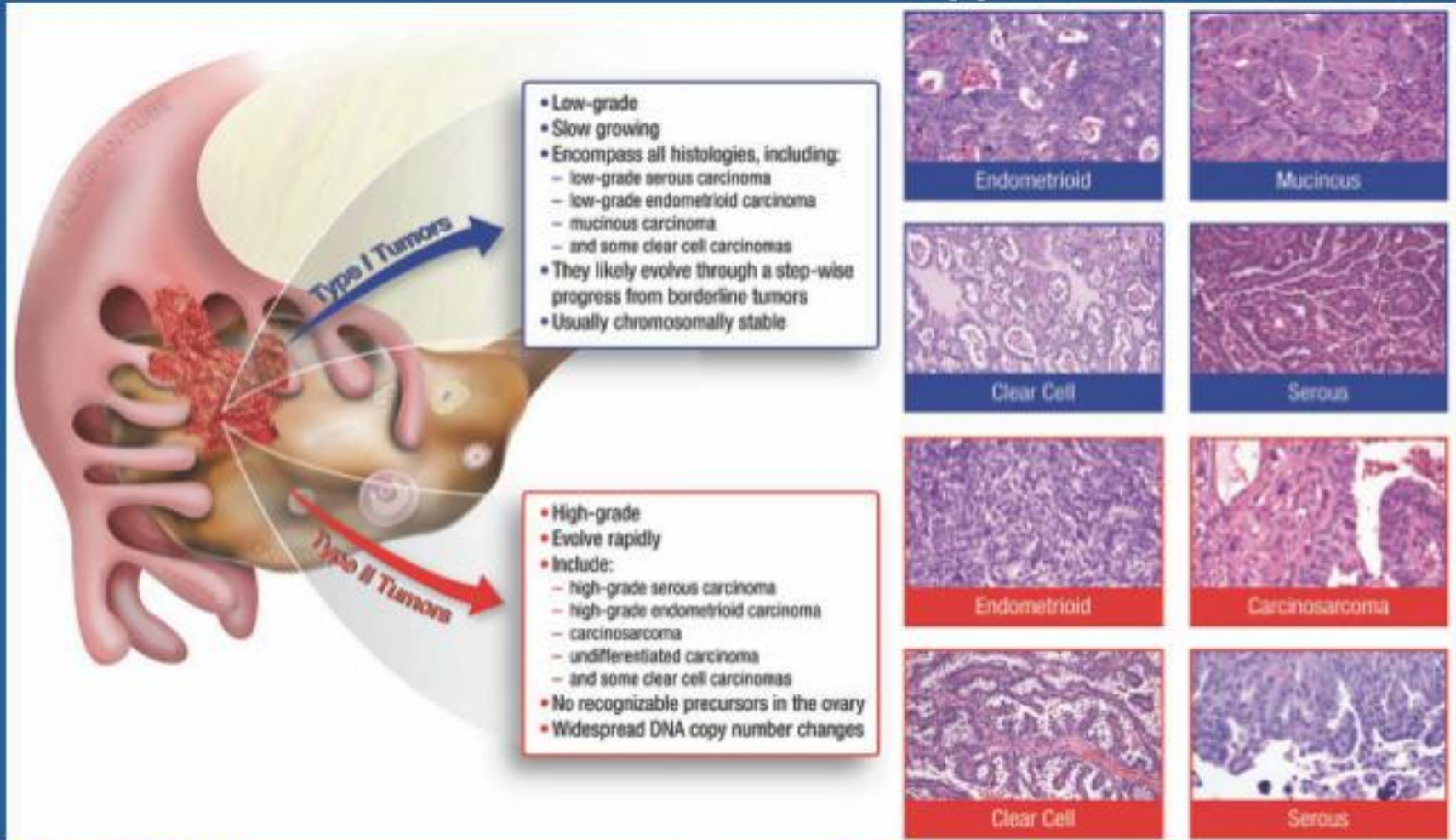
Le cancer de l'ovaire aujourd'hui

- Annexectomie prophylactique :
 - > 50 % d'anomalies tubaires (*Piek, 2001*)
 - Protocole SEE-FIM (*Medeiros, 2006*)
- Fimbria (*Powel, 2005; Medeiros 2006*) :
 - 4-17 % des carcinomes
 - 57-100 % des anomalies
- Ligature des trompes (*Cibula 2011*) : protection contre carcinomes cellules claires, endométrioides



Le cancer de l'ovaire vient de la trompe

Carcinomes ovariens de type I et II



Caractéristiques communes carcinomes de type II :

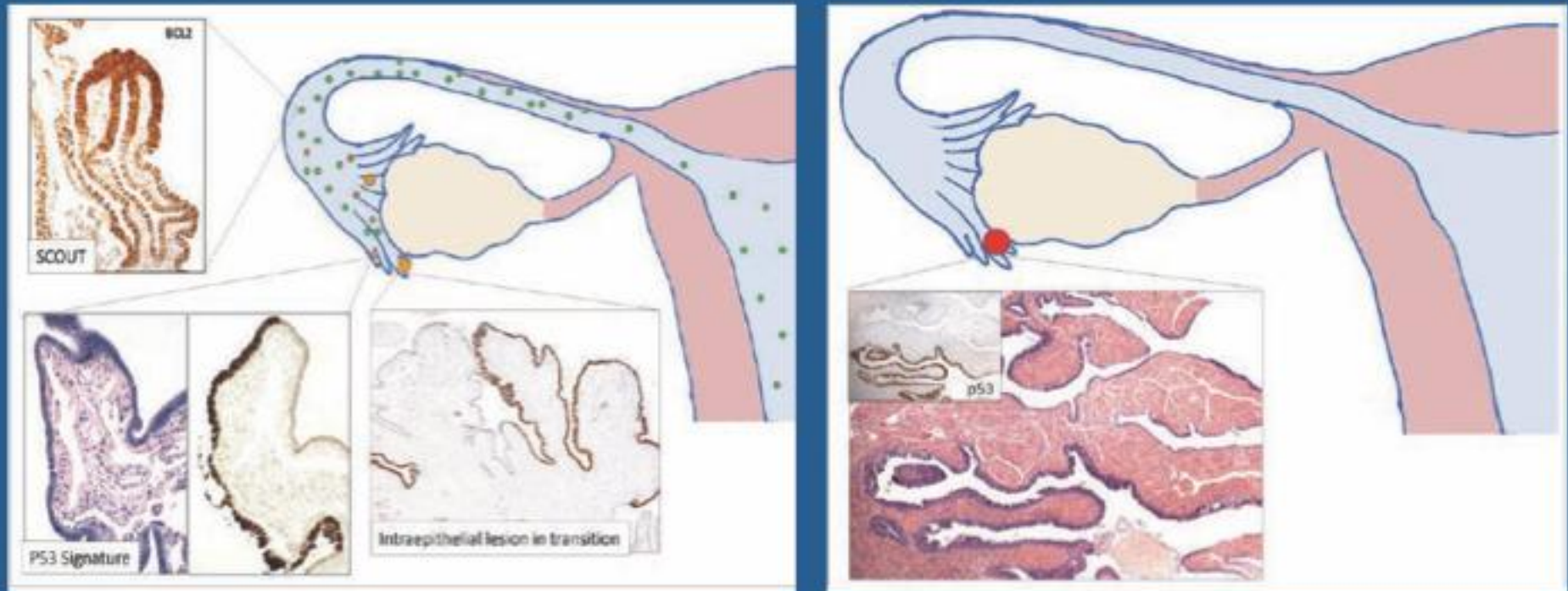
Evolution rapide

Anomalies moléculaires

Bonne réponse initiale Taxol-Carboplatine

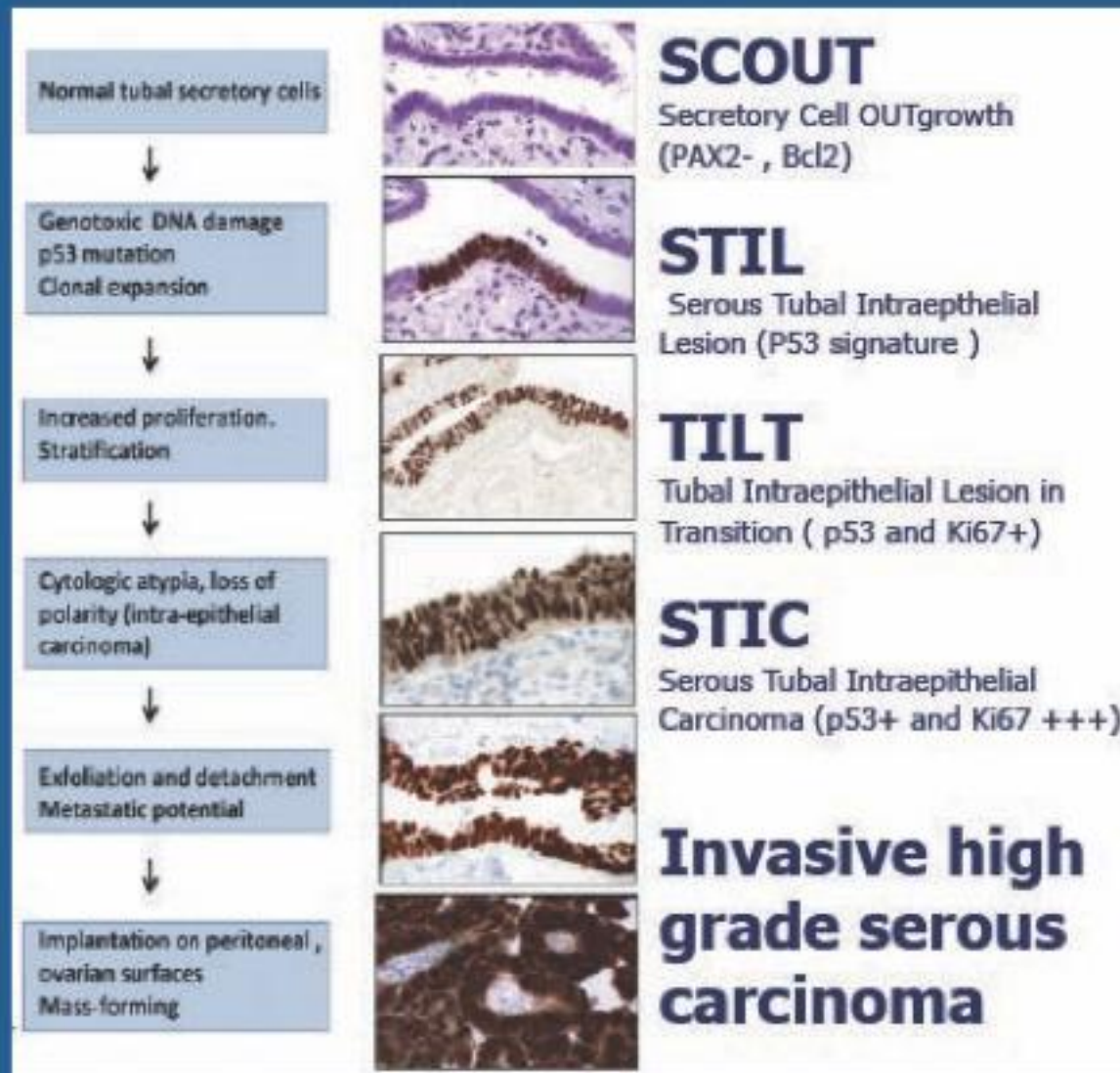
Mauvais pronostic

Preuves moléculaires de l'origine tubaire des CSHG



- Présence de STIC dans la partie distale de la trompe (35-60%)
- Caractéristiques communes STIC-CSHG :
 - Anomalies moléculaires ADN (γ -H2AX+)
 - Phénotype sécrétoire des cellules tumorales (HMFG2, PAX8+)
 - Surexpression et mutations p53, sous-expression PAX2

Genèse anatomopathologique et moléculaire des CSHG



TEMPS ?

Femmes à risque héréditaire

- 10 % des cancers de l'ovaire
- Risque de cancer du sein BRCA 1/2 :
 - Vie entière : 60-90 %
 - Par an : 3 %
- Risque de cancer de l'ovaire à 70 ans :
 - BRCA 1 : 40 % (âge médian 45-50 ans)
 - BRCA 2 : 20 % (âge médian 50-65 ans)
 - Syndrome de Lynch : 5-10 % (âge médian 42-49 ans)

Recommandations actuelles (INCA, 2009)

- **Femmes mutées BRCA 1/2 :**
 - Annexectomie bilatérale prophylactique, à partir de 40 ans
 - Surveillance clinique, échographique et biologique (CA125) si patiente non prête
- **Syndrome de Lynch :**
 - Hystérectomie si chirurgie utérine (fibromes)
 - Si indication annexectomie, hystérectomie prophylactique
 - Si chirurgie pour cancer colique, hystérectomie/annexectomie prophylactique
 - Hystérectomie/annexectomie prophylactique après accomplissement projet parental

Efficace mais...

- **Efficacité** : (*Gaducci et al, Gynecological Endocrinology, 2010*)
 - Risque cancer ovaire réduit de 90-95 %
 - Risque cancer du sein réduit de 50 %
- **Mais ... conséquences de la castration** : (*NHS, 2009*)
 - Risque coronarien, AVC
 - Ostéoporose
 - Troubles sexuels
- Femmes jeunes réticentes (*cohorte GENEPSO*)
 - Avec histoire de cancer du sein : 62 % avant 40 ans
 - Sans histoire de cancer du sein : 40 % après 40 ans

Place de la prophylaxie en 2 temps ?

Salpingectomie « de rencontre » chez femmes sans risque génétique

- Salpingectomie bilatérale **au cours d'une hystérectomie** pour pathologie bénigne
- **Morbidité** per opératoire non augmentée
- Pas de **risque ovarien**
- Recommandations Société de Gynéco-Oncologie du Canada:
En raison de son utilisation possible en tant que méthode de prévention du cancer, on **recommande** aux médecins de **discuter** des risques et des avantages de la **salpingectomie bilatérale** avec les patientes devant subir une **hystérectomie** ou faisant la demande d'une méthode contraceptive permanente et irréversible.

Morelli et al., 2013

Findley et al., 2013

Conclusions

- Les cancers de l'ovaire ne proviennent pas tous de l'ovaire
- La majorité des CSHG proviennent de la **trompe (STIC)**
- **Patientes sans risque** héréditaire :
Salpingectomie si hystérectomie pour pathologie bénigne
Salpingectomie si stérilisation tubaire
- **Patientes à risque** héréditaire :
Annexectomie bilatérale d'emblée ou prophylaxie en 2 temps
Salpingectomie ou fimbriectomie radicale ?

**Quoi de neuf dans le
post-partum ?**

Allaitement maternel

- 65 % des mères allaitent (Norvège 95%...)
- Durée médiane 3 mois,
(6 mois recommandés)
- allaitement à la demande ++, sans horaires fixe

Allaitement maternel

- Bénéfices de l'allaitement
 - Développement cognitif du nouveau-né
 - Baisse de morbidité à long terme :
 - Otite, gastro-entérite, atopie, obésité, pathologie cardio-vasculaire
 - Baisse de l'incidence du cancer du sein chez la mère

Allaitement maternel

Complications

- Engorgement mammaire
 - Expression manuelle, tire-lait
 - Autres techniques : Ocytocine, restriction hydrique, diurétiques

(non recommandées HAS...)

Allaitement maternel

Complications

Abcès du sein

- Prélèvements bactériologiques du lait
- Antibiotique probabiliste : Augmentin*
- Arrêt de l'allaitement du sein infecté et vidange par tire-lait
- si abcès collecté : drainage chirurgical ou ponctions itératives

Allaitement maternel

Arrêt

- Arrêt spontanée en 15 jours en l'absence de stimulation mamelonnaire
- Autre mesures:
 - bandage des seins, restriction hydrique, homéopathie, acupuncture... - non recommandées -

Allaitement maternel

Arrêt

- Traitement pharmacologique : pas systématique
 - Lisuride Arolac® ou Cabergoline®
 - Bromocriptine Parlodel® contre-indiqué ++
(effets indésirables graves: hallucinations, convulsions, AVC, infarctus...)

Rééducation périnéale

Non recommandée

- À titre systématique, en l'absence d'incontinence urinaire
- En cas de prolapsus isolé
- En prévention d'une incontinence normale si déchirure périnéale complète

Rééducation périnéale

Recommandée si

- incontinence urinaire ou
- incontinence anale

symptomatique en post-partum

Contraception en post-partum

Particularités du post-partum

- Risque de thrombo-embolique (6 s)
- Pathologie de la grossesse : diabète, HTA, tabagisme...
- Risque de grossesse dès J 21...
- Prescription à la sortie de la maternité !

Contraception en post-partum

- Pilules estro-progestatives
 - Si allaitement : à éviter
 - Allaitement artificiel : début après 6 s
- Pilule micro progestative, Nexplanon : indiqués+
 - à la sortie de maternité
 - au plus tard 21^e jour

Contraception en post-partum

- DIU au Cuivre, au Levonorgestrel (Mirena, Jaydess)
 - possibles dès 4 s (consultation postnatale)
- Contraception naturelle: méthode MAMA
 - Si allaitement strict + aménorrhée
 - 6-10 têtées/j, toutes les 4-6h
 - jusqu'à 6 mois
 - *fiabilité ?...*

Contraception en post-partum

- Préservatif, diaphragme,...
 - 15% d'échec : prudence...
- Stérilisation tubaire
 - 4 mois de réflexion obligatoire
 - per-césarienne ou à distance (3 mois)

Contraception en post-partum

En pratique...

- Pilule microprogestative à la sortie de maternité
- Réévaluation de la contraception lors de la consultation postnatale

Stérilisation tubaire par dispositif ESSURE

La fin ?

- «le prochain scandale sanitaire»

Le Parisien, 9 décembre 2016

- Vague de procès aux États-Unis
- En France, plainte de collectifs de patientes
- Intervention au congrès du CNGOF (décembre 2016)

(collège national des gynécologues-obstétriciens de France)

Quelle plainte ?

À court terme

- Douleurs, saignement

A long terme

- Céphalées, anorexie, douleurs musculaires, articulaires, dépression, baisse de libido...

Quelle réponse ?

ANSM (2016)

- signalement des plaintes en hausse
 - 42 en 2012
 - 242 en 2015
- Dispositif ESSURE placé sous surveillance renforcée

Quelle réponse ?

CNGOF :

- Objectivement, 1,5 % d'événements indésirables liés à la pose à court terme
- Lien de causalité ou concomitance des autres plaintes ?

Quelle réponse ?

CNGOF :

- Le rapport bénéfice - risque reste largement favorable en faveur du procédé Essure
- Lettre d'information détaillée rassurante à proposer aux patientes candidates où ayant bénéficié de la pose d'Essure...

Quelle réponse ?

En pratique,

- Malgré une technique fiable, éprouvée, moins agressive que la stérilisation per-coelioscopique...
- Abandon progressif de la technique par crainte de procès en cascade ?

Vaccins et grossesse

- **Vaccin inactivés :**
 - **inoffensifs, possible pendant la grossesse**

- **Vaccin vivant, atténués :**
 - **déconseillés**
 - **(risque théorique, pas de conséquences foetale décrites)**

Avant la grossesse

Vaccins recommandés si projet de grossesse

1. Coqueluche

Stratégie cocooning: les parents, et tout adulte au contact de l'enfant à naître

2. varicelle

En l'absence d'antécédent maternel connu

Avant la grossesse

3. Rubéole (ROR)

- En l'absence de vaccin
- si sérodiagnostic négatif
- contraception recommandée dans les trois mois suivant le vaccin

Pendant la grossesse

Sont recommandés :

Grippe saisonnière

protège la mère (population à risque++)

et le nouveau-né jusqu'à l'âge de 6 mois

Tétanos : si la vaccination n'est pas à jour

Pendant la grossesse

Hépatite B : recommandé selon contexte à risque (*Professionnel de santé, toxicomane, contage*)

Polio injectable : possible si voyage en pays d'endémie

Pendant la grossesse

Contre-indiqués en cours de grossesse :

rubéole,

varicelle,

coqueluche,

diphthérie,

polio oral,

tuberculose

En post-partum

Rubéole

vacciner de suite après accouchement, sous
contraception pendant 3 mois

Coqueluche

cf cocooning...

**Trop de conisations pour les
dysplasies du col ?**

Conisations et LIP de bas grade

25 000 conisations/an en France

*dont **1/3** pour des **LIP de Bas Grade ...***

qui régressent dans 60 % dans les 18 mois !

LIP de haut grade

Situation au haut risque évolutif

Ne **régressent** que dans **2 %** des cas

Risque de **cancer invasif : 20 % à 10 ans**

Nécessite un **traitement chirurgical**

Conisation : risque obstétrical...

Concerne des femmes jeunes, en âge de procréer...

Risque potentiel d'accouchement prématuré

Fonction de la hauteur de la conisation

< 1 cm : risque **nul**

> 2 cm : Risque relatif de **10 à 20 %**

Conisation : indications

- LIP de Haut Grade

- LIP de Bas Grade persistant après 18 mois de surveillance

À moduler en fonction de

- la colposcopie : **la zone de jonction** doit être visible (fiabilité du frottis++)
- la recherche de virus HPV pro carcinogène (16, 18) :

Si négatif, on peut de temporiser

Si **positif**, surveillance et indication de **conisation** plus rapprochées

Conisation : technique chirurgicale

- *Ambulatoire*
- *Sous colposcopie, après application de Lugol*
- *La plus économe possible*

**Première demande
de contraception de l'adolescente
Rôle majeur du médecin traitant**

Quelques statistiques...

- 200 000 IVG par an en France, stable depuis 1990...
- 15 % de l'IVG chez les mineurs de 15 à 18 ans
- Progression chez les mineures:
 - 9000 ivg en 1990
 - 14 000 ivg en 2007...



Freins à la contraception efficace chez l'adolescente

- Défaut d'information, fausses croyances (prise de poids, cancer, tabagisme)
- Manque de maîtrise de la méthode
- Faible ressources financières
- Besoin de confidentialité ++
- Difficulté d'une contraception au long cours, peu adapté à la sexualité de l'adolescente (rapports espacés...)



Progrès dans la prise en charge de la contraception chez les mineures depuis 1975...

- Consultation anonyme et gratuite: tiers payant intégral
- Délivrance gratuite et anonyme en pharmacie des contraceptifs remboursés, sans autorisation parentale
- De même pour la contraception d'urgence
- Mention sur l'ordonnance « contraception mineure »



Critères majeurs de la 1^o consultation de contraception de la mineure chez le médecin traitant

- **Consultation** longue **spécifique** (1/2h minimum)
- **confidentialité**, sans la présence des parents (cf milieux culturels particuliers...)
- Proximité, écoute, relation de confiance, disponibilité du médecin traitant (au téléphone...)



-
- **Antécédents** personnels, familiaux (**MTEV**), cardiovasculaires, gynécologiques, **tabagisme**, traitements en cours
 - Examen clinique général: poids, TA...
 - **Pas d'examen gynécologique:**
report à une date ultérieure,
de même que le frottis cervical
-



-
- **Information**, propositions et **choix concerté** de la méthode avec l'adolescente
 - **Mode de fonctionnement, effets secondaires**
 - Prendre le temps d'expliquer, brochures explicatives adaptées (meilleure compliance)



-
- **Informations** adaptée sur
 - les **IST** et leur prévention (préservatifs)
 - Le **sevrage tabagique**, le cas échéant



- Bilan sanguin:

- glucido-lipidique: pas urgent, **différé 3-6 mois**
- **IST ?** (proposé)
- Groupe + Rh, **rubéole**, toxoplasmose (pré-conceptionnel)

- Faire le point sur les **vaccinations:**

à jour ?

vaccin **HPV ?**



Quelle contraception ?

- Pilule oestro-progestative (80 %)

Faiblement dosée (30 µg), de 2^o génération,
remboursée... **Minidril**® ou **Optidril**®

- **Consignes en cas d'oubli (12h)**
- **Informations sur la contraception d'urgence**
(**prescription systématique** d'emblée ?)



Quelle contraception ?

- Implan : **Nexplanon** ® plus rare ++ (5%)
 - le + fiabilité +++ (oublis de pilule)
 - les -
 - crainte des effet 2° (spottings, acné, prise de poids)
 - maîtrise des technique d'insertion et de retrait par le praticien



Quelle contraception ?

- Diu (5%)

Freins majeurs

- Craintes
 - de la douleur à l'insertion
 - des risques de salpingite
 - et de stérilité ultérieure
- Maîtrise la technique de pose



En pratique

- Consultations majeure, longue
- Relation de confiance, confidentialité
- Gratuité, anonymat global
- **Minidril** ® ou **Optidril** ® en première intention
- Informations sur les effet 2°, les oublis, la contraception d'urgence
- Examen gynéco et bilan biologique différés
- Information IST



Urgenturies

Neuro-stimulation tibiale postérieure

Hyperactivité vésicale rebelle (non neurologique)

Traitement médical

Dr Marianne de Sèze

Unité d'Evaluation et de Traitement du Handicap Urinaire

Service de Médecine Physique et de Réadaptation, CHU Bordeaux

Première journée de FMC Sifud-PP, Institut Pasteur, Paris 2008

Electrostimulation externe et hyperactivité vésicale rebelle

- Intérêt thérapeutique de la stimulation électrique périphérique en urologie connu depuis près de 30 ans
 - Sites et modalités multiples (Stimulation implantée pudendale ou sacrée, stimulation endocavitaire, stimulation transcutanée, Stimulation magnétique sacrée...)
 - Effets aigus cliniques ou urodynamiques majoritairement rapportés
 - Mais
 - pertinence fonctionnelle et maintien à long terme encore rarement démontrés
 - faisabilité des modes de stimulation souvent contestable
 - Développement récent de modalités de stimulation externe non invasive administrable à domicile ou en cabinet médical simple
- Arguments croissants en faveur intérêt neurostimulation tibiale postérieure

Neurostimulation tibiale postérieure et hyperactivité vésicale rebelle

Principe

Stimulation du nerf tibial postérieur à la cheville
à l'aiguille percutanée ou électrode adhésive transcutanée

Nerf mixte, contingent de fibres L4-S3, originaires de
segments impliqués dans l'innervation périnéale et vésicale.



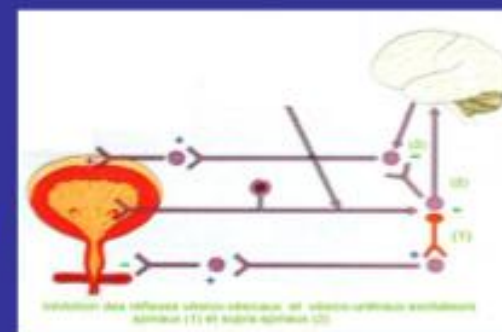
Mode d'action

Inhibition centrale motoneurones vésicaux préganglionnaires,

Interaction sur inter neurones segmentaires

Action sur voies lemniscales de la colonne médiane dorsale

Suppression phénomènes d'amplification centrale (noyau caudé)



Voie percutanée à l'aiguille électrode implantée

Séances de 30 minutes, 1 à 3/semaines, au moins 12 séances

Milieu médicalisé, Appareillage non disponible en France

Voie transcutanée par électrodes adhésives

Stimulation quotidienne (20') à domicile, auto-administrée,
3 mois.

Appareil disponible et inscrit à la LPR, location ou achat



Neurostimulation tibiale postérieure et hyperactivité vésicale rebelle

Stimulation aiguë

Effet cystomanométrique démontré
dans l'HAVR idiopathique et neurogène^{1,2}
↑CVF/volume réflexe

Stimulation chronique³⁻⁷

Résultats convergents des études cliniques
multicentriques, adultes/enfants

Bénéfice significatif continence et HAV
60 à 80% (jusqu'à 55% continents)

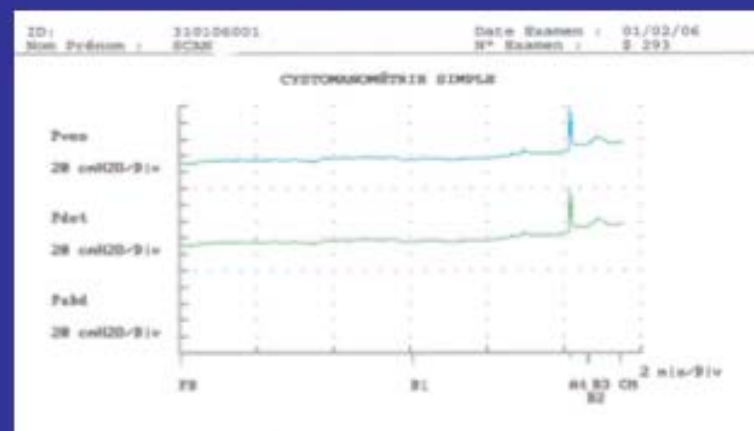
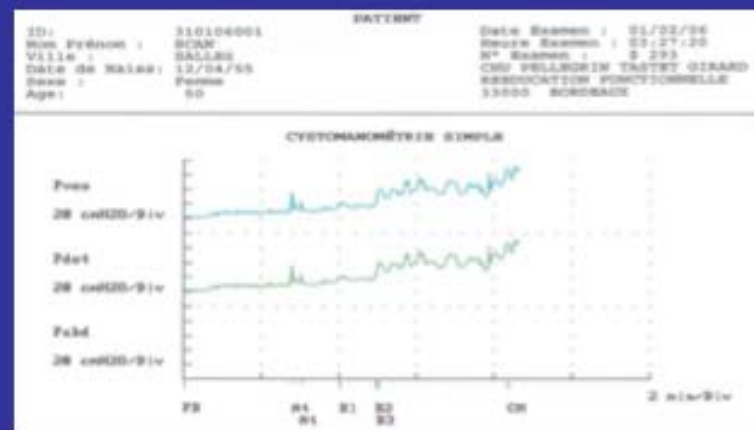
Amélioration qualité vie, // à
↓garnitures

↑CVF/volume réflexe,

Rares disparitions CNID

Meilleures réponses si symptomatologie
essentiellement clinique⁶

Moindre réponse si altération ++ qualité
vie (particulièrement items santé mentale)⁷



¹ Amarenco 2003, J Urol,169:2210

² Andrews 2003, J Urol 170:926;³ Soomro 2001, J Urol 166:146;⁴ Van Balken 2001, J Urol 166:914;⁵ Govier 2001, J Urol 165:1193;

⁶ VanVandoninck 2003, NeuroUrol 22:227. ⁷ Van Balken 2006 Eur Urol 49:360;2006

Risque de thrombo-embolique et pilule de estro-progestative

Quels risques ?

Incidence de la maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV)

- Patiente sans contraception orale:
1/10 000/an
- Sous pilule estro-progestative 1° ou 2° génération:
2/10 000/an **RR x 2**
- Sous pilule estro-progestative 3° ou 4° génération:
4/10 000/an **RR x 4**

Chaque année, 2500 MTEV, dont 20 décès / pilule oestro-progestative

Prendre en compte les autres facteurs risque de MTEV +++

- Tabagisme **x 2**
- Age > 35 ans **x 2**
- IMC > 30 **x 2**
- Diabète, HTA **x 2**
- Antécédents de MTEV familial **x 8**, personnel **x 25**
- Post-partum **x 6**
- Thrombophilie: mutation fact V Leiden : **x 8 à 35**
- Cancer **x 10 à 25**
- Chirurgie sans prophylaxie MTEV **5 à 40 %**

- La pilule oestro-progestative reste un des moyens contraceptifs les plus efficaces : indice de Pearl ± 1
- Le risque de MTEV sous pilule oestro-progestative est majoré de 2 à 4 x, mais reste rare
- Le rapport risque/bénéfice de la pilule oestro-progestative de la reste **positif** (HAS)

- **20%** des femmes qui présentent une **MTEV sous pilule** oestro-progestative ont une **thrombophilie méconnue**
 - le plus souvent génétique
 - La plus fréquente: mutation du facteur V de Leiden (5 % de la population générale)
- Risque de MTEV avec mutation du facteur V de Leiden sous pilule oestro-progestative:
 - x 35 si hétérozygote
 - x 200 si homozygote (rare)
- **80%** des femmes qui présentent une **MTEV sous pilule** oestro-progestative n'ont pas de **thrombophilie ...**

- La **HAS** ne recommande **pas le dépistage systématique d'une thrombophilie avant prescription** de pilule oestro-progestative
- **Sauf** si antécédent familial de MTEV au premier degré avant 50 ans (parents, fratrie, enfants)
- antécédent personnel de MTEV:
contre indication absolue et définitive de tout traitement hormonal

En pratique...

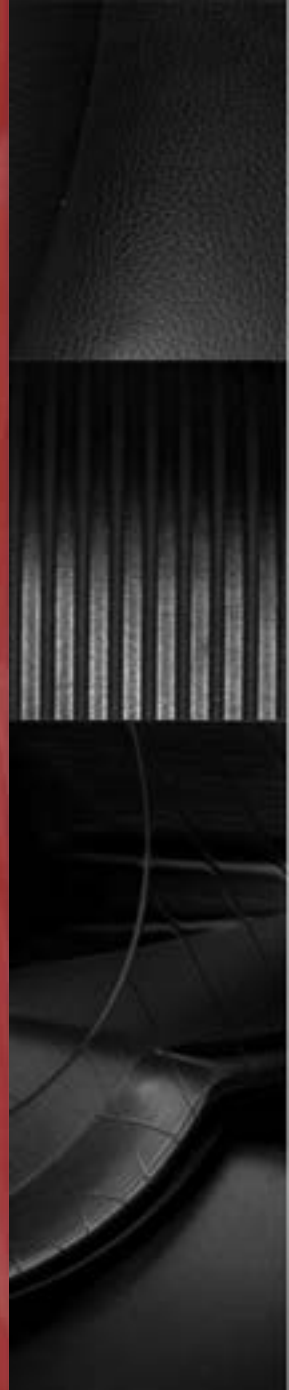
- **Prescriptions des pilules de 1° et 2° génération en première intention +++**
- Tenir compte du contexte++
 - Antécédents personnels, familiaux:
MTEV, cardio-vasculaires,...
 - Informer des risques
 - choix éclairé des patientes

En pratique...

- **réévaluer les risques à chaque nouvelle prescription**, en particulier **patiente déjà sous pilule de 3° et 4° génération**
- proposer d'**autres alternatives contraceptives neutres**
(Diu, contraception progestative)
 - contexte à risque,
 - en cas de doute,
 - ou de contre-indications

IIU

Indications et Prise en charge





Chercher une cause

- Homme et femme à égalité dans la recherche du diagnostic
- Bilan minimal de base chez la femme
 - Dosages hormonaux à J3- Réserve ovarienne
FSH, Estradiol, LH, AMH
Prolactine, TSH,
Compte folliculaire antral (2 à 10mm)



- **Hystérosalpingographie**

- *L'HSG est l'examen d'imagerie recommandé pour l'exploration initiale de l'appareil génital féminin dans un contexte d'infécondité (grade A) car, encore à ce jour, c'est l'HSG qui réalise le meilleur compromis innocuité/efficacité*



Exploration de l'homme

- **Pas d'intérêt du test de Huhner**
- Spermogramme,
- Spermocytogramme
- Spermoculture

Ne pas perdre de temps

- Une infertilité de 18 mois à 2 ans:
 - Un an si plus de 38-39ans
 - Peu importe le temps
 - si endométriose sévère, chirurgie tubaire, pelvis inflammatoire et/ou adhérentiel.
 - Insuffisance ovarienne débutante
 - Infertilité masculine indiquant une ICSI
- Ne pas trainer avec
 - Des courbes de température (inutiles)
 - Des traitements par Clomid sans indication puis des stimulations simples
 - **Si échec de 3 tentatives d'IIU PASSER EN FIV**



LE CLOMID

- **NE PAS UTILISER** le citrate de clomifène chez les patientes **NORMO-OVULANTES (grade A)**.
 - C'est contre productif
- Le citrate de clomifène **EST UNIQUEMENT** le traitement de première intention
 - dans les anovulations avec test à la progestérone positive (NP1).

Contrôler la réponse ovulatoire

de ne pas dépasser 6 cycles pour des raisons d'efficacité (chances de grossesse) et de sécurité (grade B)

Le Clomid

- Est **uniquement** indiqué **dans les indications de SOPK et éventuellement de dysovulation vraie.**

Éliminer les hypo hypo

qui ont aussi une AMH élevée, un aspect macropolykystique et une aménorrhée.

A raison de 3 à 4 traitements en augmentant les doses de 50 en 50 si la patiente n'a pas d'ovulation

A raison de 3 à 4 traitements à la dose qui permet une ovulation mais sans grossesse

Ne pas hésiter à démarrer à 100 quand la patiente est obèse

- **Pas de Clomid associé à des IUI**



En pratique

- Stimulation et induction de l'ovulation
- Déclenchement de l'ovulation (14° j)
- Préparation de sperme au laboratoire agréé (Laboratoire Central, Haguenau)
- Insémination intra-utérine en ambulatoire

La contraception d'urgence

Piqûre de rappel...

- **Norlevo ®, Ellaone ®**
- **À prescrire à l'avance ?**
- **pas systématique (HAS)**

Prescrire à l'avance malgré tout si :

- **Difficulté d'accès au soin : problèmes financiers, éloignement, voyage,...**
- **Utilisatrice de contraception naturelle, Barrière : efficacité moindre...**
- **Absence de contraception, rapports épisodiques...**

Prescrire à l'avance malgré tout si :

- **Patiente de jeunes, mineures**
- **Minimisation du risque de grossesse**
- **Mauvaise perception de l'utilité d'une contraception**
- **Crainte des effets secondaires de la contraception**

NB: Penser au Diu d'urgence !

efficace jusqu'à 5 j après un rapport à risque

Attention aux inducteurs enzymatiques

(barbituriques, carbamazépine, rifamicine, griséfuline, Millepertuis...) :

- **baisse de 50% du taux sérique de la pilule d'urgence...**

>> doubler la dose

ou Diu d'urgence...

NB (2) La contraception d'urgence est

- Disponible en pharmacie sans prescription médicale
- Mise à disposition gratuite et anonyme, en « urgence », chez les mineures de 15 à 18 ans

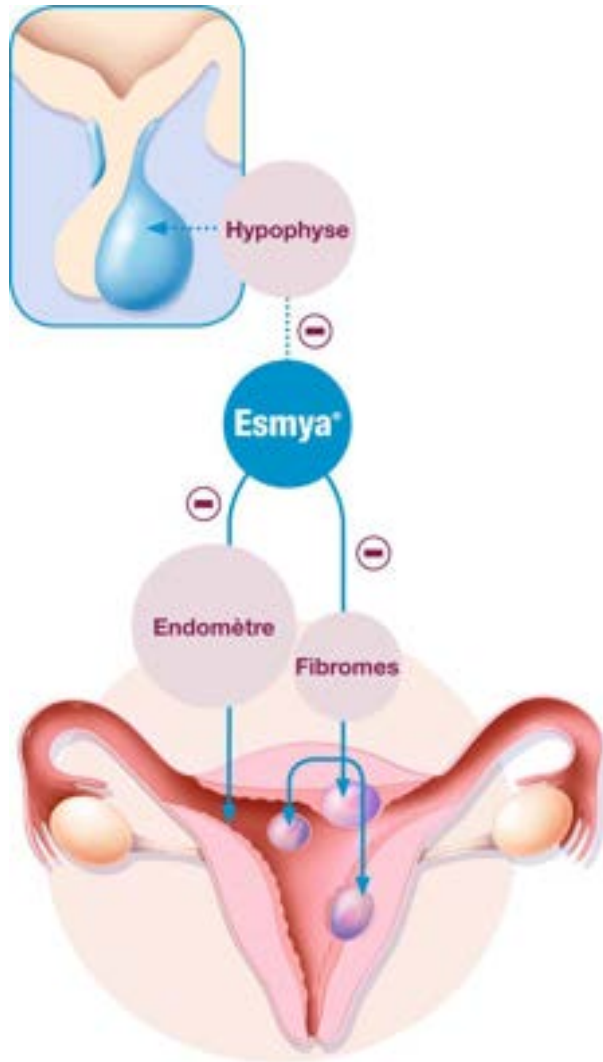


ESMYA® (ulipristal acétate 5 mg)

- Traitement pré-opératoire
- Traitement séquentiel
- Esmya® en pratique

TRAITEMENT PRÉ-OPÉRATOIRE PAR ESMYA®

Rappel mode d'action de l'ulipristal acétate



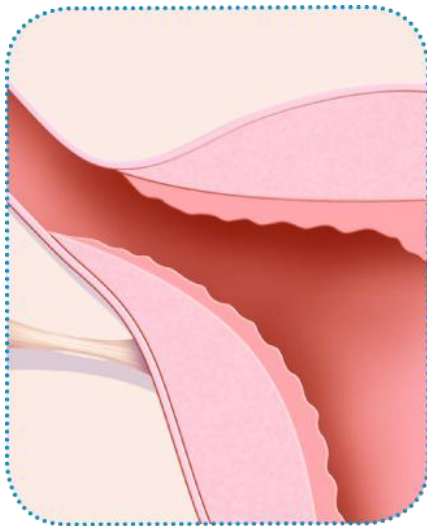
**Effet antagoniste partiel de
la progestérone sur (RCP)**

L'hypophyse

Les fibromes

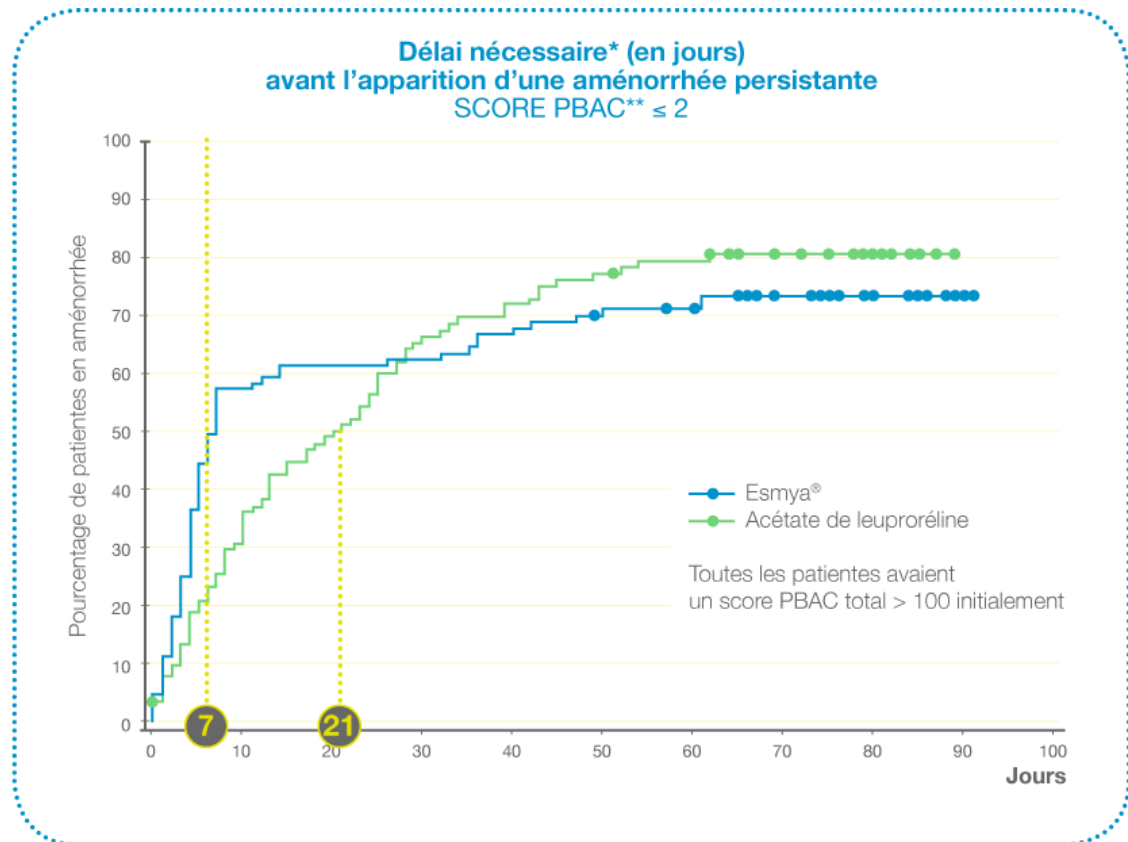
L'endomètre

Action directe sur l'endomètre



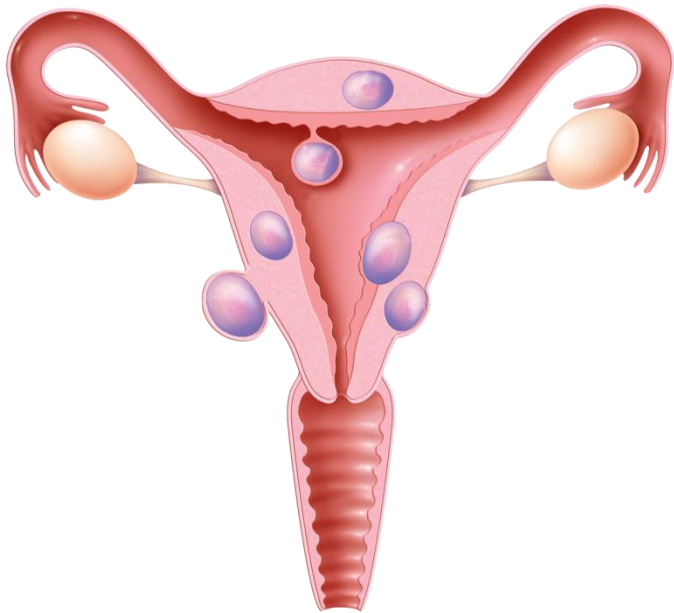
Diminution de la perte de sang menstruel ⁽⁸⁾

Apparition d'une aménorrhée persistante en 7 jours chez la plupart des patientes (vs 21 jours avec un agoniste)



8. Donnez J. *et al.* Ulipristal acetate versus leuprolide acetate for fibroid treatment before surgery. *N Engl J Med* 2012

Action directe sur les fibromes



Diminution de la taille des fibromes ^(6, 8)

- Inhibition de la prolifération cellulaire
- Induction de l'**apoptose** :

Quand le fibrome a diminué, il ne regrossira pas par la suite

Intérêt du traitement pré-opératoire par Esmya®

- Soulagement rapide des symptômes
- Profil de tolérance en faveur d'Esmya® vs agoniste de GnRH
- Correction de l'anémie en association avec du fer
- Réduction du volume du myome
- Favorise les techniques moins invasives
- Chirurgie réalisée dans des conditions optimales

TRAITEMENT SÉQUENTIEL
PAR ESMYA®

Conclusion sur l'efficacité et la tolérance de 4 cycles de traitement de 12 semaines par Esmya®

- **Près de 50 % des patientes sont en aménorrhée** à la fin des cycles 1 et 2 et 3 et 4 de traitement ⁽¹⁾
- **Maintien du contrôle des saignements et diminution progressive du volume des règles** après chaque cycle de traitement ^(1,2)
- **Diminution de 67 % du volume des 3 plus gros fibromes** à la fin des 4 cycles de traitement ⁽²⁾
- **Amélioration des scores de douleur et de qualité de vie** ⁽²⁾
- **Incidence globale des effets indésirables de 44,3 %** lors du cycle 1 et diminution lors des cycles suivants ⁽¹⁾
- **L'épaississement et les modifications histologiques de l'endomètre sont réversibles** à l'arrêt du traitement ⁽¹⁾

1- Donnez J et al. Long-term medical management of uterine fibroids with ulipristal acetate. Fertil Steril. 2016 Jan;105(1):165-173.

2- Donnez J et al. Long-term medical management of uterine fibroids with ulipristal acetate. Fertil Steril. 2016 Jan;105(1):165-173. Supplemental Appendix S1-36.

ESMYA® EN PRATIQUE

AMM ET INDICATIONS

Traitement **pré-opératoire des symptômes modérés à sévères** des fibromes utérins chez la femme adulte en âge de procréer

depuis juin 2015:

Traitement **séquentiel des symptômes modérés à sévères** des fibromes utérins chez la femme adulte en âge de procréer.

Pas de limite dans le renouvellement des cycles de traitement

EFFETS INDÉSIRABLES

○ Effets indésirables très fréquents ($> 1/10$)⁽⁴⁾

- Aménorrhée : événement le plus fréquemment observé (79,2 %)
- Épaississement de l'endomètre réversible à l'arrêt du traitement *

○ Effets indésirables fréquents ($\geq 1/100$ à $< 1/10$)⁽⁴⁾

- Céphalées (5,8 %)
- Vertiges
- Douleurs abdominales
- Nausées
- Acné
- Douleurs musculosquelettiques
- Bouffées de chaleur (8,1 %)
- Douleurs pelviennes
- Kyste ovarien (1,0 %)
- Sensibilité/douleur des seins
- Fatigue
- Prise de poids

○ Modifications endométriales⁽⁴⁾

- Des modifications endométriales ont été observées pendant le traitement :
 - Différentes de l'hyperplasie
 - Réversibles à l'arrêt du traitement

Pour plus d'information sur les effets indésirables peu fréquents ou rares, consulter le RCP.

* (10 à 15%) : 4,0% et 3,5% des patientes respectivement à la fin du deuxième et du quatrième cycle de traitement

4- RCP Esmya®



Hysteroscopic view of multiple intracavitary fibroids

Cliquez sur l'image pour regarder la vidéo

DIU chez la nullipare:

Utopie ou réalité ?

- 40 % des gynécologues contre-indiquent la pose d'un DIU chez la nullipare

Recommandation OMS

- Le DIU est utilisable chez la nullipare
- Rapport risque bénéfice positif ++

Quid ?

Quels risques ?

Infection génitale haute (IGH)?

- 1,5/1000 /an
- Risque ++ dans le mois après la pose (RR x 6)
- moindre avec le DIU au Lévonorgestrel
- le DIU ne majore pas le risque d'IGH
- ce risque est identique à celui de la population générale (donc chez de la nullipare)

Quels risques ?

Grossesse extra utérine (GEU)

- 1,5/1000/an
 - 8/1000/an chez une femme sans contraception
 - Risque indépendant de la parité...
-
- *La nullipare n'a pas plus de risque de GEU sous DIU*

Quels risques ?

Infertilité ?

- Pas de différence de risque d'infertilité
 - Chez les femmes sans conception
 - Chez femme porteuse de DIU
- *Le DIU ne majore pas le risque d'infertilité chez la nullipare*

Quels risques ?

Efficacité?

- indice de Pearl
 - Diu 1 %
 - pilules estro-progestatives 1 à 2 %, mais majoré chez les nulligestes (oublis)
- *Le Diu fait partie des contraceptions les plus efficaces*

Quels risques ?

Difficulté, douleur, échec de pose ?

- Taille, forme du Diu



- NT 308 Short, 7Med 380 short, Jaydess : OUI
- MLCU 380, UT 380, Mirena : NON



7Med 380 short



Ut 380 standart



ML cu 375



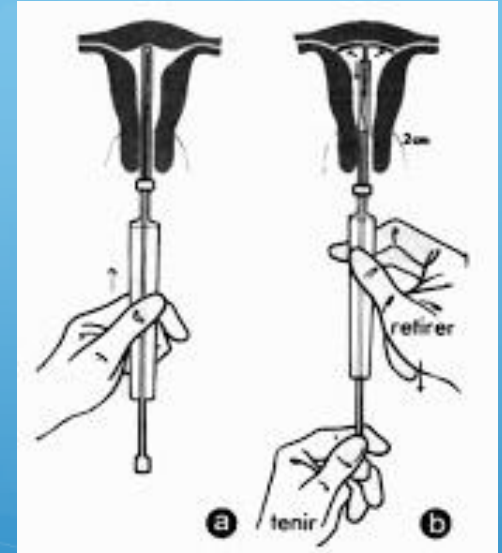
Quels risques ?

Difficulté, douleur, échec de pose ?

- cf technique de pose +++



- classique



>> *spasme du col, contractions du fond utérin...*



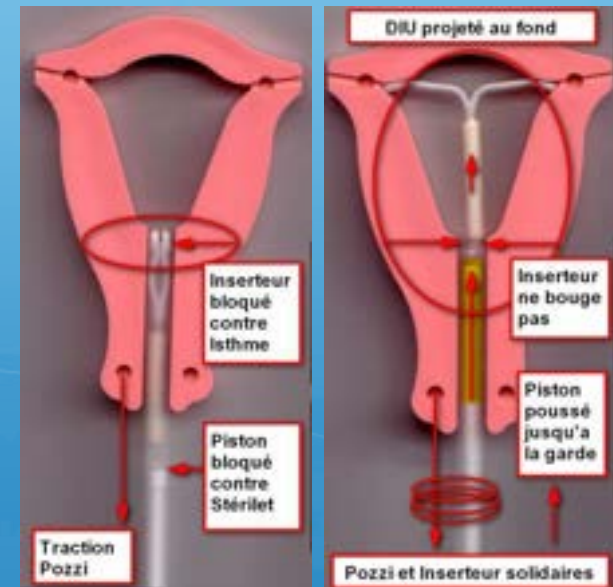
Quels risques ?

Difficulté, douleur, échec de pose ?

- Technique de pose ++



« la torpille »



le plus souvent indolore++



Risques du DIU majorés chez la nullipare ??

- Infection génitale haute (IGH) ? : NON
- GEU ? : NON
- Infertilité ? : NON
- Efficacité ? : optimale...
- Difficulté de pose: relatif... cf technique

DIU chez la nullipare: oui, mais...

Avant la pose

- informations ++, choix de la patiente ++
- prélèvement bactériologique (IST)
- échographie de l'utérus (malformation, position)
- technique de pose, anesthésie verbale

DIU chez la nullipare: oui, mais...

Après la pose

de suite

- contrôle échographique de la position du Diu
- médication ? rare: +/- Spasfon*, AINS

A 2 mois

- contrôle clinique et échographique
- tolérance, douleurs, abondance des règles

DIU chez la nullipare ?

oui, bien sûr !