

Résection d'endométriose diaphragmatique par voie coelioscopique en 10 étapes

Type de communication : Vidéo
Date de la session : jeudi 30 janvier 2020
Horaires de la session : 16h30-18h00

M. Lallemand (1) , R.Ramanah(1), S.Benelmir*(2), S.Manfredelli(1)

(1)CHU Besançon, Besançon, France, (2)Université Bourgogne Franche Comté, Besançon, France

**Auteur principal*

Introduction : Il n'y a pas de recommandation sur le traitement chirurgical de l'endométriose diaphragmatique. L'objectif de cette vidéo est de décrire une technique chirurgicale systématisée et reproductible en 10 étapes pour la résection de lésions d'endométriose diaphragmatiques par voie coelioscopique, avec un abord antérieur, réalisable dans le même temps qu'une chirurgie d'endométriose pelvienne.

Cas : Patiente de 28 ans présentant des scapalgies cataméniales persistantes depuis 3 ans, malgré un traitement par Triptoréline. Deux lésions d'endométriose diaphragmatiques sont retrouvées à l'imagerie par Résonance Magnétique abdominopelvienne sans lésion pelvienne associée.

Intervention : Cette vidéo présente la procédure en 10 étapes successives ; Etape 1 : Installation de la patiente en décubitus dorsal ; Etape 2 : Examen clinique ; Etape 3 : Abord de la cavité péritonéale avec un optique de 30° sous ombilical ; Etape 4 : Bilan lésionnel ; Etape 5 : Traitement chirurgical des lésions d'endométriose pelvienne ; Etape 6 : Exposition diaphragmatique à l'aide d'un écarteur à foie ; Etape 7: Résection des lésions d'endométriose superficielles diaphragmatiques ; Etape 8 : Résection des lésions d'endométriose profondes diaphragmatiques ; Etape 9 : Drainage de la cavité thoracique ; Etape 10 : Fermeture étanche de l'orifice diaphragmatique.

Conclusion : Nous avons présenté 10 étapes permettant la résection de lésions d'endométriose diaphragmatiques et pelviennes en un temps chez une patiente en décubitus dorsal. Cette systématisation de la technique chirurgicale permet de rendre la procédure reproductible, plus simple à acquérir et plus sûre pour la patiente et l'opérateur sans nécessité de mobiliser la patiente en décubitus latéral gauche au cours de l'intervention.

Pelvis gelé: stratégie chirurgicale en 10 étapes

Type de communication : Vidéo
Date de la session : jeudi 30 janvier 2020
Horaires de la session : 16h30-18h00

M. Pellerin* (1)

(1)CHU de Haute-pierre, Strasbourg, Strasbourg, France

**Auteur principal*

Introduction :

Le pelvis gelé est une situation où l'anatomie est déformée du fait d'adhérences. Celles-ci peuvent être liées à de l'endométriose. Le risque de complication per opératoire est élevé.

Une telle situation est un challenge pour le chirurgien, qui doit retrouver des repères anatomiques avant d'envisager tout geste chirurgical.

Type de vidéo : vidéo éducative ayant pour objectif de proposer dix étapes pour prendre en charge un pelvis gelé.

MM :

A partir d'un cas clinique d'une patiente nullipare de X ans présentant une endométriose connue pour laquelle une prise en charge chirurgicale est retenue du fait de douleur et d'un désir de grossesse. La vidéo a été réalisée avec le consentement de la patiente et du comité d'éthique local.

Résultats :

Etape 1 : La patiente est installée position gynécologique, avec un manipulateur utérin. Les trocarts sont mis en place de manière classique pour une coelioscopie gynécologique.

Etape 2 : La situation est évaluée.

Etape 3 : Les intestins sont détachés : le caecum à droite, puis les adhérences physiologiques du sigmoïde à gauche.

Etape 4 et 5 : Les uretères sont repérés de manière bilatérale afin de réaliser une urétérolyse. Etape 6 : Une fois ces structures identifiées, on peut lever les adhérences restantes.

Etape 7 : Les ovaires sont suspendus pour améliorer l'exposition.

Etape 8 et 9 : Les fosses pararectales sont ouvertes, puis la cloison rectovaginale.

Etape 10 : Une fois ces étapes réalisées, l'anatomie est restaurée, et le chirurgien peut envisager les stratégies adaptées pour traiter la patiente.

Conclusion :

Le pelvis gelé est une situation compliquée. Une stratégie standardisée permet une réduction des risques opératoires.

Réparation d'un antécédent ancien de lésion obstétricale du sphincter anal selon la technique du 2ème temps de Musset

Type de communication : Vidéo
Date de la session : jeudi 30 janvier 2020
Horaires de la session : 16h30-18h00

M. Paris* (1) , J.Uzan(2), B.Haddad(2)

(1)Interne, Paris, France, (2)Centre Intercommunal de Creteil, Creteil, France

**Auteur principal*

INTRODUCTION: Dans nos pays développés, les lésions obstétricales du sphincter anal, sont de mieux en mieux diagnostiquées et prise en charge. Nous pouvons cependant être confrontés à des cas de lésions anciennes chez certaines patientes. L'objectif de cette vidéo est de décrire la technique chirurgicale permettant la réparation de ce type de lésions.

CAS CLINIQUE: Il s'agissait d'une patiente âgée de 37ans, 3ème pare dont le dernier accouchement par les voies naturelles d'un enfant de 4080g s'était compliqué d'une lésion Obstétricale du Sphincter Anal, plus de 10 ans auparavant.

La patiente présentait des symptômes d'incontinence aux gaz et aux selles sans dyspareunie.

CONCLUSION: La technique chirurgicale du 2ème temps de Musset a permis une reconstitution anatomique ainsi que l'amélioration puis la disparition des symptômes d'incontinence.

Comment réaliser une nymphoplastie de réduction ?

Type de communication : Vidéo

Date de la session : jeudi 30 janvier 2020

Horaires de la session : 16h30-18h00

C. Rubod (1) , G.Giraudet(1), Y.Hamoud*(2), J.Phalippou(1), M.Cosson(1) , P.Collinet (1)

(1)CHU Lille, Servide de chirurgie gynécologique, Lille, France, (2)CHU LILLE, Lille, France

**Auteur principal*

La Nymphoplastie de réduction est une intervention chirurgicale dont la demande est en croissance. Il s'agit d'une intervention qui présente plusieurs complications, au premier rang desquelles la désunion de cicatrice. Il n'existe pas de définition consensuelle de l'hypertrophie des petites lèvres. Le chirurgien doit donc avant de proposer ce type de chirurgie, s'assurer de son indication, en recherchant une gêne fonctionnelle lors de l'habillement ou la pratique d'activités sportives, et/ou la présence de dyspareunie. L'interrogatoire doit également évaluer le retentissement psychologique qui peut être associé et rechercher des facteurs de risque de complications tels qu'un tabagisme actif ou un diabète mal équilibré. De nombreuses techniques ont été décrites dans la littérature avec des taux de satisfaction et de complications variables. Nous présentons un support visuel décrivant une technique de résection segmentaire. Nous pensons qu'une description visuelle pas à pas d'une technique simple et rapide aidera à standardiser la prise en charge des patientes, limiter les complications et augmenter leur satisfaction.

Reconnaitre 7 signes de la prééclampsie

Type de communication : Vidéo

Date de la session : jeudi 30 janvier 2020

Horaires de la session : 16h30-18h00

B. Guyard-boileau* (1) , P.Juliaguet(1), P.Guerby(1), S.Fleury(1)

(1)CHU de Toulouse, Toulouse, France

**Auteur principal*

La prééclampsie est une pathologie complexe, et imprévisible. Plusieurs études mettent en évidence que la moitié seulement des femmes identifiées comme à risque ont conscience que cela peut être grave, principalement celles dont la littératie est basse. Néanmoins, plusieurs études montrent que les connaissances des éventuelles complications maternelles ou périnatales de la prééclampsie peuvent être améliorées, que ce soit par une fiche spécifique ou par la consultation d'un site internet. Plus encore, améliorer les connaissances a été associé à de meilleures compétences: par exemple, après consultation d'un site internet, 6% de ceux avec une connaissance faible ont consulté en cas de symptômes, comparativement à 16% de ceux avec de bonnes connaissances. Ainsi, améliorer les connaissances des femmes et leur entourage permettrait ainsi peut être d'éviter certains retards à la prise en charge. Dans une vaste cohorte de 84 éclampsies: une patiente sur trois avait consulté seulement alors que 100% avait eu au moins un signe et 50% au moins deux signes inquiétants. Il en est de même dans une autre série de 25 eclampsies, où 14 dossiers ont été jugés « évitables » si une détection de symptômes précoces par les patientes avait pu avoir eu lieu. Dans l'enquête nationale portant sur les décès maternels en France, 10 décès ont été jugés « évitables » par négligence des symptômes, retard diagnostic ou retard à l'intervention.

Ainsi, de très nombreuses sociétés savantes internationales recommandent d'impliquer les patientes et de les informer, en particulier sur les signes d'alertes, d'autant que l'anxiété est majoritairement diminuée par la diffusion d'informations.

C'est dans cette optique que nous avons élaboré un clip vidéo mettant en situation des personnages animés. Les signes devant alerter et faire consulter sont décrits et imagés. Le script a fait l'objet de relecture critique par un panel de soignants et d'usagers. Cette vidéo est à disposition de façon gratuite et indépendante sur les réseaux sociaux (YouTube/ Facebook « Tuto'tour de la grossesse »), Cette vidéo sera bientôt complétée d'autres clips sur cette même thématique comme mieux comprendre la prééclampsie, ou encore améliorer les compétences en termes d'auto surveillance tensionnelle.

Pour un retour serein avec bébé après la maternité

Type de communication : Vidéo
Date de la session : jeudi 30 janvier 2020
Horaires de la session : 16h30-18h00

J. Abbal (1) , G.Duthoit(1), S.Fleury*(1), M.Nau(1)

(1)CHU de Toulouse, Toulouse, France

**Auteur principal*

La sortie de la maternité est un moment charnière dans la vie d'un couple. Beaucoup de parents se sentent démunis face à cette situation inconnue et se tournent vers les professionnels de santé pour acquérir les bons gestes et les bons réflexes.

Les conseils prodigués à la maternité par les professionnels sont précieux et sont souvent noyés dans le flot d'informations reçues, de démarches administratives à régler et ne sont répétés que lorsqu'un professionnel de ville prend le relai.

Nous n'avons trouvé sur internet aucune vidéo pédagogique à destination des jeunes parents pour les guider, excepté pour la prévention de la mort inexpliquée du nourrisson. Avec une équipe de pédiatres (SMUR pédiatrique et maternité), de gynécologues, de sages-femmes et d'auxiliaires de puériculture, nous avons regroupé les conseils de sortie pour la mère et l'enfant dans un script narratif que nous avons mis en scène grâce à deux étudiants sages-femmes et le nouveau-né d'une pédiatre de la maternité Paule de Viguier à Toulouse. Cette vidéo de 5 minutes sera présentée sur les écrans TV dans les chambres et les salles d'attente de la maternité et disponible gratuitement sur YouTube. Des flyers seront réalisés et une diffusion large au niveau national est envisagée.

Cette vidéo pédagogique ne se substitue pas aux conseils des professionnels de la maternité mais les complète, avec l'avantage d'être toujours disponible et accessible même aux parents pour lesquels l'abord de la lecture est difficile ou rebutant.

Aucun financement n'a été nécessaire, cette vidéo ayant été réalisée bénévolement par l'équipe de l'association Tuto'Tour. Nous avons eu l'honneur de pouvoir bénéficier gracieusement de la voix de M. Benoît Allemane pour la narration.