

Impact du parcours de soins sur la prise en charge des fœtus en retard de croissance vasculaire diagnostiqués en anténatal.

Type de communication : Eposter

A. Atallah* (1) , S.Moret(1), M.Doret-dion(1), P.Gaucherand(1)

(1)Hôpital Femme Mère Enfant, Bron, France

**Auteur principal*

A partir d'une cohorte historique de 31052 enfants, nés à l'hôpital Femme Mère Enfant à Lyon, entre le 1/1/2011 et le 31/12/2017, nous avons isolé une population de 1020 fœtus (3,2%) en retard de croissance intra utérin (RCIU) vasculaire, provenant de 23 maternités différentes. L'objectif était d'évaluer l'impact du parcours de soins sur la prise en charge anténatale des fœtus en RCIU vasculaire diagnostiqués en anténatal.

Nous avons défini à partir des recommandations du collège des gynécologues obstétriciens de France (CNGOF), les soins minimaux requis (SMR) dans la prise en charge anténatale des fœtus en RCIU. Nous avons étudié d'une part le taux de SMR dans le parcours de soins classique avant et après publication des recommandations du CNGOF (Déc.2013). D'autre part, nous avons comparé le taux de SMR entre le parcours classique et un parcours standardisé (parcours RCIU) entre 2015-2017.

Au total, 201 RCIU ont été suivis au sein du parcours classique entre 2011-2013 et 245 entre 2015-2017. Sur cette période, 120 fœtus ont été suivis au sein du parcours classique et 125 au sein du parcours RCIU. Les recommandations du CNGOF n'ont pas modifié les pratiques au sein du parcours classique avec un taux de SMR à 32,3% entre 2011-2013 et 27,5% entre 2015-2017 ($p=0,36$).

Entre 2015-2017, on observe un taux de SMR à 86,4% en cas de suivi au sein du parcours RCIU ($p<0,001$). L'analyse multivariée retrouvait un OR* 20 (IC95% 10,0-39,7). Parmi les RCIU précoces, 31% bénéficiaient des SMR au sein du parcours classique contre 83% au sein du parcours RCIU ($p<0,001$). Parmi les RCIU tardifs, 22% bénéficiaient des SMR au sein du parcours classique contre 92% au sein du parcours RCIU ($p<0,001$). Ces SMR ont permis une réduction des corticothérapies anténatales incomplètes (50% contre 7,1% $p=0,001$) et une réduction du nombre de césariennes en urgence avant travail pour anomalie du rythme cardiaque fœtal (41,3% contre 15% $p=0,007$).

Le parcours RCIU améliore le taux de SMR des RCIU précoces et tardifs. Cette étude est la première à proposer un parcours de soins standardisé en médecine prénatale. Une étude médico-économique pourrait estimer les économies de soins de santé qu'un tel parcours permettrait de réaliser, en permettant une gestion médicale conforme aux recommandations.

Couverture et facteurs influençant la pratique de dépistage du cancer du col de l'utérus dans le district de Bamako, Mali

Type de communication : Eposter

A. Sissoko* (1)

(1)CHU GABRIEL TOURE, Bamako, Mali

**Auteur principal*

Auteurs: TEGUETE I, SISSOKO A, TOUNKARA FK, FANE S, TOGO AY, BOCOUM A, TRAORE Y, MOUNKORO N, TRAORE M.

Contact : tegueteibra@hotmail.com Tel : +223 66762522

Introduction :

En 2016, un projet triennal d'amélioration de la couverture en dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU) appelé « weekend 70 » a été initié sur 3 ans. L'objectif principal était d'atteindre une couverture d'au moins 70% en renforçant la sensibilisation et en rendant l'activité gratuite les weekends. Ce travail inclut 18 mois d'activité et a pour but de déterminer la couverture en dépistage et d'identifier les facteurs influençant la pratique du dépistage.

Méthodologie :

Nous avons réalisé une étude transversale portant sur les données de la base individuelle de dépistage du cancer du col dans le district de Bamako pour la période 2010 - 2017. Les données recueillies comprennent l'âge, la gestité ainsi que les résultats du dépistage et les traitements éventuels. La couverture a été calculée en utilisant les données populationnelles de système d'information sanitaire du district de Bamako actualisées pour 2017.

Résultats :

De 2010 à 2017, nous avons dépisté 203.000 femmes dont 182 741 résidant dans le district de Bamako. La couverture en dépistage est passée de 35% entre 2010 – 2015 à 46% en 2016 – 2017. Les femmes de 25 à 50 ans adhéraient le plus avec une couverture de plus de 50%, tandis que les 50 ans et plus étaient les moins couvertes, < 40%. Le nombre de jours de dépistage du centre était positivement corrélé au nombre de femmes dépistées. Les centres dont le coût du dépistage de routine était plus faible étaient les plus fréquentés.

Conclusion :

Le projet est en train d'améliorer la couverture en dépistage du CCU dans le district de Bamako. Une meilleure intégration du dépistage dans les activités quotidiennes et des stratégies de communication ciblée sont nécessaires.

Mots clés: Cancer du col, dépistage, couverture, facteurs influençant.

Fetal heart rate baseline computation with a weighted median filter

Type de communication : Eposter

A. Houzé de l'aulnoit* (1) , D.Houzé de l'aulnoit(1), L.Peyrodie(1), R.Beuscart(3), R.Demailly(1) , S.Boudet (1)

(1)Lille Catholic University, Lille, France, (3)Equipe d'accueil 2694, Université de Lille, Lille, France

**Auteur principal*

Background

Automated fetal heart rate (FHR) analysis removes inter- and intra-expert variability, and is a promising solution for reducing the occurrence of fetal acidosis and the implementation of unnecessary medical procedures. The first steps in automated FHR analysis are determination of the baseline, and detection of accelerations and decelerations (A/D). We describe a new method in which a weighted median filter baseline (WMFB) is computed and A/Ds are then detected.

Method

The filter weightings are based on the prior probability that the sampled FHR is in the baseline state or in an A/D state. This probability is computed by estimating the signal's stability at low frequencies and by progressively trimming the signal. Using a competition dataset of 90 previously annotated FHR recordings, we evaluated the WMFB method and 11 recently published literature methods against the ground truth of an expert consensus. The level of agreement between the WMFB method and the expert consensus was estimated by calculating several indices (primarily the morphological analysis discordance index, MADI). The agreement indices were then compared with the values for eleven other methods. We also compared the level of method-expert agreement with the level of interrater agreement.

Results

For the WMFB method, the MADI indicated a disagreement of 4.02% vs. the consensus; this value is significantly lower ($p < 10^{-13}$) than that calculated for the best of the 11 literature methods (7.27%, for Lu and Wei's empirical mode decomposition method). The level of inter-expert agreement (according to the MADI) and the level of WMFB-expert agreement did not differ significantly ($p = 0.22$).

Conclusion

The WMFB method reproduced the expert consensus analysis better than 11 other methods. No differences in performance between the WMFB method and individual experts were observed.

Grossesse à localisation indéterminée : faisabilité et les bénéfices de la prise en charge ambulatoire

Type de communication : Eposter

S. Khedhri* (1) , M.Malek(1), M.Ferjaoui(1), K.Neji(1), K.Abdessamia(1)

(1)centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, La manouba, Tunisia

**Auteur principal*

But : d'étudier le devenir de la grossesse dans un groupe de femmes qui ont consulté au service des urgences gynécologiques et chez qui le diagnostic de GLI a été retenu et d'évaluer la valeur de certains paramètres cliniques, échographiques et biologiques dans la prédiction d'une résolution spontanée de la grossesse.

Méthodes : Notre étude prospective longitudinale a été menée au service des urgences du CMNT entre le 01 / 01/2017 et 31 / 06/ 2017. Elle a concerné 64 femmes enceintes en début de grossesse avec un taux de B HCG plasmatiques positif , mais l'EEV n'a pu objectiver des signes évidents en faveur d'une grossesse intra-utérine ou ectopique. Ces patientes, au lieu d'une hospitalisation jusque là systématique , ont bénéficié d'une prise en charge en ambulatoire de leur GLI.

Résultats:

La fréquence de la GLI est en nette croissance dans les services de gynécologie, elle a atteint 7% des cas (64 /960) durant notre période d'étude. Le suivi en ambulatoire de ces patientes a révélé que 17 patientes (27%) avaient en fait une grossesse intra-utérine évolutive et six femmes (9% des cas) présenteront une fausse couche. Neuf patientes ont présenté lors du suivi ambulatoire une GEU (14% des cas); Dans la moitié des cas (32 patientes), la grossesse s'est spontanément résolue comme en témoignait la négativation des bêta HCG plasmatiques après un délai moyen de 9,3 jours.

L'analyse statistique comparative entre le groupe des GLI spontanément résolutive et celui des autres issues (GEU , FC , GIU), a permis de dégager quatre paramètres significativement corrélés à la résolution spontanée de la GLI : un paramètre clinique (les métrorragies), un paramètre échographique (l'épaisseur de l'endomètre < 10mm) et deux paramètres biologiques (le taux initial des B-HCG plasmatiques < 300 UI/ml et le taux de la progestéronémie < 15 ng/ml).

Conclusion

La majorité des GLI sont des grossesses anormales ; environ la moitié d'entre elles devraient se résorber spontanément si l'on préconise une expectative armée. La prise en charge d'une GLI en ambulatoire est faisable dans notre pays à condition de respecter strictement les critères d'inclusion et de pouvoir intervenir en urgence en cas de complications.

Traitement médical des fausses couches en ambulatoire : A propos des 100 cas.

Type de communication : Eposter

S. Khedhri* (1) , M.Malek(1), M.Ferjaoui(1), K.Neji(1), A.Rabaoui(1)

(1)centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, La manouba, Tunisia

**Auteur principal*

But du travail : Evaluer la faisabilité de ce traitement médical par Misoprostol en ambulatoire et préciser ses avantages en comparaison avec la révision utérine instrumentale classique.

Méthodes : Etude prospective comparant 50 patientes sélectionnées ayant des constantes hémodynamiques stables et ayant consulté pour fausses couches incomplètes et traitées par Misoprostol en ambulatoire, à un groupe de 50 patientes qui avaient eu une révision utérine pour le même motif au cours de la même période d'étude. Le Misoprostol a été administré à la dose de 400 µg ,soit 2 comprimés, par voie sublinguale (25 cas) et par voie vaginale (25 cas).

Résultats : Chez les 25 patientes qui avaient reçu 400 µg (soit 2 cp) de Misoprostol par voie vaginale, le taux d'expulsion complète de la grossesse avait atteint 88 % (22 patientes). Chez les 25 femmes ayant reçu le Misoprostol par la voie sublinguale, le taux d'expulsion a chuté à de 84 % (21 patientes) , la différence n'est pas statistiquement significative. Six patientes ont eu secondairement une aspiration utérine et une patiente a expulsé suite à une dose supplémentaire de Misoprostol 400 µg.Dans le groupe des 50 patientes ayant eu une aspiration chirurgicale pour fausse couche incomplète, nous avons noté des complications hémorragiques chez 5 patientes (10% des cas) et 3 cas de rétention trophoblastique. La durée moyenne d'hospitalisation a varié de 1 à 3 jours ; 80 % des patientes ont été hospitalisées pendant 48 heures. La révision instrumentale a coûté en moyenne 73 D soit environ 3 fois plus cher en comparaison avec le traitement de la fausse couche incomplète par Misoprostol. Ainsi, cette approche médicale s'est avérée plus économique en termes de coût de santé publique.

Conclusion : Le traitement de la fausse couche incomplète par Misoprostol est une méthode efficace, sûre, à condition qu'elle soit prescrite chez des femmes sélectionnées au préalable.

Mots-clés : fausse couche,misoprostol,aspiration, ambulatoire

Le Ballon de tamponnement intra-utérin dans la prise en charge des hémorragies du post partum après accouchement voie basse : l'echec est il rapidement prévisible ?

Type de communication : Eposter

A. Leleu* (1)

(1)CHRU Lille, Lille, France

*Auteur principal

Contexte : L'hémorragie du post-partum (HPP) est une des causes les plus importantes de morbidité maternelle dans le monde. Le ballon de tamponnement intra-utérin (BTIU) a révolutionné sa prise en charge. Il semble cependant intéressant de connaître les situations d'échec. L'objectif de cette étude était de définir les facteurs de risque d'échec du BTIU chez les patientes ayant présenté une HPP après un accouchement par voie basse (AVB) et plus particulièrement, le volume de saignement après la pose, prédictif d'échec, afin d'éviter tout retard de prise en charge.

Matériel et Méthode : Une cohorte rétrospective a été menée dans deux maternités françaises (CHRU Lille et CH Valenciennes). L'étude a été approuvée par le comité local de la Commission nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL DEC 16-193). Deux groupes (succès et échec) ont été définis et comparés. L'échec était défini par le recours à un traitement invasif. L'aire sous la courbe ROC ainsi que des seuils de saignement à 10 et 30 minutes de la pose ont été calculés.

Résultats : 127 patientes ont été incluses. Le taux de succès global était de 78,0% (IC95%, 70,7%-85,1%). La présence d'une coagulopathie, un intervalle plus court entre la naissance et le sulprostone ainsi qu'entre la naissance et la pose du BTIU et le volume de saignement à 10 et 30 minutes étaient des facteurs pronostiques d'échec du BTIU. La courbe ROC du volume de saignement à 10 minutes et 30 minutes pour la prévision de l'échec du BTIU avait respectivement une aire sous la courbe de 0,88 (IC95%, 0,78-0,97) et 0,83 (IC95%, 0,71-0,95). Les valeurs prédictives positives du volume de saignement à 10 minutes étaient respectivement de 0,53, 0,80 et 0,94 pour des pertes de sang de 100, 200 et 250 ml. Il existait une corrélation positive entre la perte sanguine à la pose du BTIU et le volume final de saignement ($r=0,78$; $p<0,001$).

Conclusion : Les hémorragies rapides et massives associées aux coagulopathies semblent être prédictives d'échec du BTIU. A 10 minutes de la pose du BTIU, en cas de volume de saignement supérieur à 200ml, le clinicien doit être alerté et en cas de pertes sanguines supérieures à 250 ml, envisager le recours à un traitement invasif afin d'éviter tout retard à la prise en charge de l'HPP.

Facteurs de risque de césarienne sur le deuxième jumeau après accouchement par voie basse du premier jumeau

Type de communication : Eposter

J. Laur* (1) , O.Parant(1), P.Guerby*(1)

(1)CHU Toulouse, Toulouse, France

**Auteur principal*

Contexte : Malgré la prise en charge active de l'accouchement par voie basse du second jumeau (J2) recommandée par les sociétés savantes, dont le CNGOF, réduisant le délai entre les naissances, il est parfois nécessaire de pratiquer une césarienne en urgence sur J2 après voie basse du premier (J1). Cela concerne environ 3 à 5% des accouchements gémellaires par voie basse.

Objectif : Identifier les facteurs de risque de césarienne sur J2 après voie basse de J1 dans le cadre d'une prise en charge active de J2.

Matériels et méthode : Nous avons réalisé une étude rétrospective cas-témoin ente 2004 et 2018 à la maternité Paule de Viguier à Toulouse (Type III, >5 000 accouchements par an). Les 24 patientes ayant eu une césarienne pour J2 après accouchement voie basse de J1 après 24 SA ont été comparées à 48 patientes témoin ayant accouché par voie basse des deux jumeaux après 24 SA. Les critères d'exclusion étaient la MFIU, l'IMG et l'accouchement différé.

Résultats : La prise de poids moyenne est de 19,2 kg chez les cas versus 14,8 kg chez les témoins ($p=0,0003$). L'IMC était significativement différent ($p=0,03$) : 81,25% des témoins avaient un IMC normal contre 54,17% des cas, 33,33% des cas étaient en surpoids contre 10,42% des témoins. Aucun J2 podalique n'a été césarisé ($p<0,001$). Une VMI a été pratiquée pour 70,83% des cas et 31,25% des témoins ($p=0,001$) et des spatules sur J2 chez 20,83% des cas versus 2,08% des témoins ($p=0,014$). La grande extraction du siège a été pratiquée chez 58,33% des témoins versus 33,33% des cas ($p=0,046$). En analyse multivariée, la prise de poids excessive, le surpoids et la présentation céphalique haute de J2 sont des facteurs associés significativement avec un risque de césarienne sur J2.

Conclusion : La présentation céphalique haute de J2, associée à une VMI est un facteur de risque de césarienne sur J2 ainsi que la prise de poids et le surpoids.

Déterminants individuels et organisationnels liés à l'utilisation de méthodes d'analgésie non pharmacologiques durant le travail : une étude en population française

Type de communication : Eposter

A. Chantry (1) , B.Khoshnood(2), B.Blondel(2), C.Le ray(3), J.Merrer*(4) , M.Bonnet (5)

(1)Université de Paris, Centre de Recherche en Epidémiologie et StatistiqueS (CRESS), INSERM, INRA,Paris / Ecole de sages-femmes de Baudelocque, APHP, Université Paris Descartes, DHU risques et grossesse, Paris, France., Paris, France, (2)Université de Paris, Centre de Recherche en Epidémiologie et StatistiqueS (CRESS), INSERM, INRA,Paris, Paris, France, (3)Université de Paris, Centre de Recherche en Epidémiologie et StatistiqueS (CRESS), INSERM, INRA,Paris / Service de Gynécologie Obstétrique, Maternité Port Royal, Paris France, Paris, France, (4)Université de Paris, Centre de Recherche en Epidémiologie et StatistiqueS (CRESS), INSERM, INRA,Paris France, Paris, France, (5)Université de Paris, Centre de Recherche en Epidémiologie et StatistiqueS (CRESS), INSERM, INRA,Paris/Service d'anesthésie réanimation, Hopital Armand Trousseau, AP-HP, Sorbonne université, Paris, France, Paris, France

**Auteur principal*

Contexte : Si l'analgésie périmédullaire reste le gold standard pour prendre en charge la douleur du travail, des méthodes analgésiques non pharmacologiques sont de plus en plus proposées aux parturientes. L'objectif est d'identifier les déterminants de l'utilisation de ces méthodes d'analgésie non pharmacologiques.

Méthodes : Parmi les 13147 femmes participant à l'Enquête Nationale Périnatale 2016, nous avons sélectionné les femmes avec une analgésie pour épreuve du travail. L'analgésie du travail était étudiée en 3 classes : analgésie périmédullaire (APM) seule, non pharmacologique (ANP) seule ou périmédullaire et non pharmacologique combinées (APM+ANP). L'association entre l'analgésie du travail et les caractéristiques individuelles et organisationnelles était étudiée par régression logistique multinomiale multiniveau.

Résultats : Parmi les 9231 parturientes incluses, 62,4% ont utilisé une APM seule, 6,5% une ANP seule et 31,1% une APM+ANP. L'ANP et l'APM+ANP étaient plus souvent réalisées chez les femmes à haut niveau d'éducation (Odd Ratio ajusté 1,6 IC95%[1,1-2,2] et 1,4[1,2-1,6] respectivement) et préférant accoucher sans péridurale et dans une maternité publique. L'ANP seule était plus souvent utilisée par des multipares, dans les maternités avec un anesthésiste non dédié à la salle de naissance et avec une faible charge de travail par sage-femme (2,2[1,4-3,2]); et moins souvent utilisées chez les femmes de nationalité étrangère (0,4[0,3-0,7]), celles ayant reçu de l'ocytocine durant le travail, dans les maternités avec une charge de travail importante par sage-femme (0,5[0,3-0,9]). L'utilisation d'APM+ANP était significativement associée à la primiparité avec cours de préparation (1,5[1,2-1,8]) et au suivi prénatal adéquat.

Conclusion : En France, moins d'une parturiente sur deux utilise une méthode d'analgésie non pharmacologique, le plus souvent combinée à une analgésie périmédullaire. L'ANP est associée à des facteurs individuels, mais aussi relatifs au déroulement du travail et à l'organisation des soins. Ces techniques semblent encore réservées aux femmes avec un haut niveau d'éducation et bien intégrées dans le système de santé.

Échographies focalisées en salle de naissance : résultats de l'audit ENOP (Échographies NON Programmées)

Type de communication : Eposter

E. Corini* (1)

(1) Etudiante sage-femme, Nancy, France

*Auteur principal

Contexte : Si l'utilisation de l'échographie en salle de naissance sécurise et facilite la prise en charge de l'accouchement et des urgences obstétricales, la traçabilité des examens est difficile à établir car ils ne font pas l'objet d'une cotation systématique.

Objectif : quantifier le volume d'échographies focalisées pratiquées en salle de naissance (Echographies NON Programmées, ENOP) au sein d'une maternité de niveau 3 et identifier les praticiens opérateurs (médecin ou sage-femme, par délégation internes ou étudiants)

M & M :

Un recueil prospectif non-identifiant des indications, horaires et caractéristiques des opérateurs a été réalisé par les praticiens en charge des patientes concernées pour l'ensemble des ENOP sur une période de 7 semaines. Les critères recueillis permettaient de caractériser deux situations : la réalisation de l'ENOP par le praticien demandeur ou le recours à un second praticien. Dans ce deuxième cas, le délai induit était quantifié.

Résultats :

Le recueil a comptabilisé 145 examens pour 352 naissances. Les examens relevaient à 46% d'une prise en charge per-partum (présentation ou variété de position) et à 54% d'une prise en charge ante-partum (biométrie, col, vitalité, placenta, ou index amniotique). L'indication de l'examen était posée par le praticien sage-femme dans 83% et 10% des cas pour les examens per et ante-partum respectivement. Ces mêmes examens étaient réalisés à 78% et 96% par l'interne de garde. Le recours à un second praticien concernait 41% des examens (74% et 10% en per et ante-partum respectivement) avec un délai induit > à 10 min dans 32% des cas pour le perpartum.

Discussion :

La réalisation d'ENOP ante-partum n'implique que rarement le recours à un second praticien et les délais induits sont majoritairement acceptables. Pour les ENOP per-partum, le recours très fréquent à un second opérateur induit des délais et une multiplication des intervenants. Ces délais et interventions constituent une marge de progression et l'implémentation d'un programme de formation continue en échographie perpartum ouvert aux praticiens sages-femmes pourrait permettre d'optimiser les ressources en personnel et le délai de prise en charge lorsqu'un contrôle échographique focalisé est indiqué chez une parturiente.

Échographies focalisées en salle de naissance : résultats de l'audit ENOP (Échographies NON Programmées)

Type de communication : Eposter

E. Corini* (1)

(1) Etudiante sage-femme, Nancy, France

*Auteur principal

Contexte : Si l'utilisation de l'échographie en salle de naissance sécurise et facilite la prise en charge de l'accouchement et des urgences obstétricales, la traçabilité des examens est difficile à établir car ils ne font pas l'objet d'une cotation systématique.

Objectif : quantifier le volume d'échographies focalisées pratiquées en salle de naissance (Echographies NON Programmées, ENOP) au sein d'une maternité de niveau 3 et identifier les praticiens opérateurs (médecin ou sage-femme, par délégation internes ou étudiants)

M & M :

Un recueil prospectif non-identifiant des indications, horaires et caractéristiques des opérateurs a été réalisé par les praticiens en charge des patientes concernées pour l'ensemble des ENOP sur une période de 7 semaines. Les critères recueillis permettaient de caractériser deux situations : la réalisation de l'ENOP par le praticien demandeur ou le recours à un second praticien. Dans ce deuxième cas, le délai induit était quantifié.

Résultats :

Le recueil a comptabilisé 145 examens pour 352 naissances. Les examens relevaient à 46% d'une prise en charge per-partum (présentation ou variété de position) et à 54% d'une prise en charge ante-partum (biométrie, col, vitalité, placenta, ou index amniotique). L'indication de l'examen était posée par le praticien sage-femme dans 83% et 10% des cas pour les examens per et ante-partum respectivement. Ces mêmes examens étaient réalisés à 78% et 96% par l'interne de garde. Le recours à un second praticien concernait 41% des examens (74% et 10% en per et ante-partum respectivement) avec un délai induit > à 10 min dans 32% des cas pour le perpartum.

Discussion :

La réalisation d'ENOP ante-partum n'implique que rarement le recours à un second praticien et les délais induits sont majoritairement acceptables. Pour les ENOP per-partum, le recours très fréquent à un second opérateur induit des délais et une multiplication des intervenants. Ces délais et interventions constituent une marge de progression et l'implémentation d'un programme de formation continue en échographie perpartum ouvert aux praticiens sages-femmes pourrait permettre d'optimiser les ressources en personnel et le délai de prise en charge lorsqu'un contrôle échographique focalisé est indiqué chez une parturiente.

Impact de la qualité des coupes échographiques biométriques sur la précision de l'estimation du poids fœtal : étude prospective transversale

Type de communication : Eposter

G. Ambroise (1) , L.Le gall*(2), O.Morel(1)

(1)Maternité régionale universitaire de nancy, Nancy, France, (2)Maternité Régionale Universitaire de Nancy, Art sur meurthe, France

**Auteur principal*

Contexte

Si l'estimation échographique du poids fœtal (EPF) conditionne le dépistage des anomalies de croissance, son utilisation garantit également la pertinence de la prise en charge obstétricale (déclenchement, transfert, voie d'accouchement). L'impact du respect des critères méthodologiques de mesure sur la précision de l'EPF et sur la pertinence de ces prises en charge est peu exploré et il n'existe pas de contrôle qualité systématisé des mesures biométriques.

Objectifs

Évaluer l'impact de la qualité des coupes échographiques biométriques sur la précision de l'EPF(I) et caractériser la valeur prédictive positive (VPP) d'un score de qualité des coupes échographiques (II).

Matériel et méthode

Les mesures réalisées dans le cadre de la surveillance standard ont été recueillies prospectivement chez les patientes susceptibles d'accoucher dans un délai

Cerclage de Shirodkar : indications, devenir obstétrical et néonatal

Type de communication : Eposter

C. Penager* (1) , J.Bloomfield*(2)

(1)Hôpital Louis Mourier- Service de gynécologie obstétrique, Colombes, France. (2)Hopital Louis Mourier- Maternité, Colombes, France

**Auteur principal*

Contexte: L'insuffisance cervicale serait responsable de 10% des accouchements prématurés, cependant son diagnostic repose souvent sur un faisceau d'arguments. En cas d'antécédent de fausse couche tardive (FCT) ou d'accouchement prématuré malgré un cerclage de McDonald, un cerclage isthmique est recommandé. Cependant il n'est pas retrouvé de supériorité du cerclage cervico-isthmique définitif comparé au cerclage de Shirodkar. Ses indications et sa place dans la prévention des accouchements prématurés restent donc encore mal définies.

Objectif: Décrire les caractéristiques, le devenir obstétrical et néonatal des patientes ayant eu un cerclage de Shirodkar.

Matériel et Méthode: Nous avons réalisé une étude unicentrique rétrospective descriptive en incluant les patientes ayant eu un cerclage de Shirodkar entre le 1er Janvier 2008 et le 31 décembre 2018. Nous avons recueilli les caractéristiques sociodémographiques, médicales et obstétricales ainsi que les données concernant le cerclage, le déroulement de la grossesse et le devenir néonatal.

Résultats: 46 cerclages de Shirodkar ont été effectués. Les patientes étaient majoritairement originaires d'Afrique sub-saharienne. 4% présentaient une malformation utérine et 11% avaient des antécédents de conisation. 74% avaient un ou plusieurs antécédents de FCT. 63% avaient des antécédents de cerclage. 36 patientes (80%) des patientes avaient une indication de cerclage en rapport avec les recommandations : 20 pour échec de McDonald et 16 pour col très court. L'âge gestationnel médian du cerclage était 14 semaines d'aménorrhée (SA). 22% des patientes ont été hospitalisées pour menace d'accouchement prématuré pendant leur grossesse. Le décerclage avait lieu vers 36 SA, sous analgésie loco-régionale pour 77 % des patientes. Il y a eu 4 accouchements (9%) à un terme inférieur ou égal à 24 SA. Le terme d'accouchement médian était de 38 SA (35-39). 70% des patientes ont accouché par voie basse. Aucun décès postnatal n'est survenu.

Conclusion: Les résultats après cerclage de Shirodkar étaient favorables chez 90% des patientes malgré des antécédents obstétricaux lourds. Sa réalisation pourrait être une alternative à la réalisation d'un cerclage cervico-isthmique définitif d'emblée évitant une naissance par césarienne systématique.

Modèle de prédiction de l'envahissement ganglionnaire dans les cancers de l'ovaire de stade avancés.

Type de communication : Eposter

A. Crestani* (1)

(1) Tenon, Paris, France

*Auteur principal

De récentes recommandations françaises ont réduit les indications de curages dans le cancer épithélial ovarien avancé. L'objectif était d'évaluer la capacité prédictive de l'imagerie à travers un modèle.

MM

Une étude rétrospective tricentrique a été menée dans les services d'oncologie gynécologique des hôpitaux de Lariboisière, Créteil et Poissy Saint Germain. Entre janvier 2004 et juillet 2018, nous avons inclus les femmes ayant reçu un diagnostic de cancer épithélial ovarien avancé traitées chirurgicalement avec curages. Les caractéristiques cliniques, et radiologiques au scanner et en tomographie par émission de positrons (TEP) ont été rapportées dans notre base de données. La sensibilité, la spécificité, les valeurs prédictives positives et négatives et les rapport de vraisemblances de chaque imagerie étaient calculés. Nous avons utilisé une analyse de régression logistique multiple pour choisir la meilleure combinaison de variables qui était associée indépendamment à l'atteinte ganglionnaire. Un rééchantillonnage Bootstrap a été effectué pour évaluer la robustesse du modèle multivarié à l'aide de 250 répétitions.

La population finale comprenait 92 patients, l'âge moyen était de 60 ans : 77 adénocarcinomes séreux (84 %), 4 endométrioïdes (4,5 %), 4 mucineux (4,5 %), 1 cellule claire (1 %), 5 indifférenciés (5 %), 1 mixte (1 %). 41 patients avaient des ganglions lymphatiques positifs. Pour le scanner : la sensibilité était de 44,4 % IC95 % 21,5 %-69,2 %, la spécificité de 82,6 % IC95 % 61,2 %-95,0 %, PPV 66,7 % IC95 % 34,9 %-90,1 %, NPV 65,5 % IC95 % 45,7 %-82,1 %. Pour la TEP la sensibilité était de 57,1 % IC95 % 18,4 %-90,1 %, la spécificité 60,0 % IC95 % 14,7 %-94,7 %, PPV 66,7 % IC95 % 22,3 %-95,7 % et NPV : 50 % IC95 % 11,8 %-88,2 %. L'analyse de régression logistique multiple a permis d'identifier deux variables associées à l'atteinte ganglionnaire : une atteinte ganglionnaire lombo aortique au TDM et/ou TEP et une localisation tumorale digestive au TDM et/ou TEP. L'AUC était de 0,74 CI95 % 0,61-0,88. Le score radiologique prédictif de l'invasion des ganglions lymphatiques avait une AUC de 0,71 IC95 % 0,59-0,83.

La tomодensitométrie et la TEP sont deux examens d'imagerie pertinents pour la prédiction de l'atteinte des ganglions lymphatiques.

Utérus bicatriciel et accouchement voie basse: mythe ou réalité ?

Type de communication : Eposter

A. Pinton (1) , M.Kestenare*(2)

(1)APHO, Paris, France, (2)APHP, Paris, France

**Auteur principal*

Du fait de l'inflation ces dernières années de la pratique des césariennes, il est de plus en plus fréquent de se retrouver confronté à des patientes enceintes présentant un utérus bicatriciel.

Plusieurs études ont démontré que dans certaines conditions bien définies, la tentative d'accouchement par voie basse n'augmenterait pas les risques maternels et neonataux et aboutissait à un accouchement par voie basse dans de nombreux cas.

Objectifs : Le but de cette étude est d'analyser les pratiques actuelles concernant l'accouchement des femmes présentant un utérus bicatriciel.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective réalisée au sein d'une maternité de niveau III, Hôpital Delafontaine, Saint Denis.

La base de données. a été réalisée à partir des dossiers médicaux de toutes les patientes ayant accouché après 32SA entre janvier 2015 et mars 2019. 394 patientes ont été incluses.

Résultats : Parmi elles, seulement 8 patientes ont reçu un accord de tentative d'accouchement voie basse : 5 ont accouché spontanément et 3 ont été césarisées au cours du travail.

Par ailleurs, 5 femmes sont arrivées en travail, et parmi elles, 3 ont accouché voie basse malgré l'absence d'accord préalable avec l'équipe médicale.

Parmi ces 13 patientes, aucun cas d'hémorragie du post partum ni de rupture utérine n'a été recensé et l'état néonatal des nouveaux nés était satisfaisant.

Conclusion : Bien qu'il soit admis qu'il est possible de tenter l'accouchement voie basse dans certaines conditions en cas d'utérus bicatriciel, celle-ci n'est que rarement proposée et accordée aux patientes.

Une filière physiologique au sein d'une maternité universitaire : l'expérience de « La Bulle »

Type de communication : Eposter

C. Dieudonné (1) , C.Godet*(2), J.Levêque(1), L.Lassel(1), H.Maillard*(3) , P.Gouet (1)

(1)CHU, Rennes, France. (2)CHU Rennes, Acigné, France. (3)Chu de Rennes, Saint sulpice la forêt, France

**Auteur principal*

En 2019, à côté de la sécurité, une demande de suivi personnalisé et d'accouchement non médicalisé se fait jour. Nous relatons l'expérience de notre maternité de niveau III où un espace physiologique a été créé pour y répondre.

Cette filière physiologique a été individualisée en tenant compte du cadre législatif sur les compétences des sages femmes (SF), et des recommandations nationales CNGOF et HAS 2017.

Elle repose sur une équipe dédiée de 11 SF volontaires avec une coordinatrice, au sein de locaux individualisés et mutualisés, avec une universitarisation en terme de recherche et enseignement (un SF post-doctorant, une SF en cours de master 2). Un réseau réunissant les intervenants du CHU, les médecins et SF libéraux et les institutionnels (SF du PRADO) a été créé. Toute parturiente a une consultation Orientation qui décide de l'inscription dans La Bulle avec information et contractualisation. Chaque patiente a une SF référente, le suivi de la grossesse est assuré au sein de La Bulle ou en libéral. L'accouchement est accompagné par une SF de La Bulle selon le principe du « 1 to 1 ». A tout moment des passerelles permettent de basculer la patiente vers les autres filières de la maternité. Un staff mensuel réunit les SF de la Bulle, et un staff avec obstétricien a lieu tous les 15 jours pour les dossiers litigieux.

Notre maternité assure 40% des accouchements de notre ville: les objectifs annuels fixés étaient de 240 parturientes. A 9 mois, le bilan est de 180 patientes accompagnées après 210 consultations d' Orientation, 1 parturiente sur 3 est suivie au sein de La Bulle exclusivement, 85% des patientes ont accouché au sein de La Bulle, 75% sans anesthésie péridurale, 56% « naturellement » sans aucune médicalisation, et 30% ont eu un retour à la maison entre 6 h et 48 heures.

La création de cette unité est un succès avec une file active conséquente en donnant un visage plus humain à une maternité de niveau III. Nous ne pensons pas qu'il faille développer à outrance cette expérience si l'on veut conserver l'esprit qui l'anime, mais elle nous fait réfléchir à la personnalisation du suivi obstétrical avec la création de filières spécifiques allant de l'accouchement « nature » à la prise en charge médicale au sein de maternités ayant un fort volume d'accouchements.

Goitre ovarienne : À propos d'un cas

Type de communication : Eposter

M. Meimouna* (1)

(1)CHU HASSAN II FES MAROC, Fes, Morocco

**Auteur principal*

Goitre ovarienne : À propos d'un cas

M. MOHAMED LEMINE, E.LEMRABOTT, N.MAMOUNI, S.ERRARHAY; C.BOUCHEKHI ; A.BANANI SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE I CHU HASSAN II FES

Introduction :

La présence de tissu thyroïdien dans les tératomes ovariens est une éventualité fréquente qui se rencontre dans 5-15 % des cas.

Observation :

Mme H., âgée de 54 ans, grande multipare. Sans antécédents particuliers, ménopausée depuis 6 ans. Qui présente des douleurs abdomino pelviennes avec une augmentation du volume abdominal une échographie retrouve une masse hétérogène développée aux dépens de l'ovaire droite. Cette masse, de 10 X8 X 12 cm, est de consistance mixte solide et liquide, hyper vascularisée. L'examen gynécologique retrouve uniquement une masse hypogastrique latéralisée à droite au toucher vaginal. Un scanner abdomino pelvien, pratiquée retrouve la masse décrite en échographie. L'exploration peropératoire montre un épanchement péritonéal modéré qui est prélevé, et une volumineuse masse ovarienne, polylobée, irrégulière et hyper vascularisée . Le reste de l'exploration abdominale est sans particularité. Après annexectomie gauche première, l'examen anatomo-pathologique extemporané conclut à un goitre ovarien sans critères de malignité. Du fait de l'âge de la patiente, une hystérectomie et une annexectomie controlatérale sont effectuées. Le bilan thyroïdien réalisé en postopératoire est légèrement élevé. Les suites opératoires sont simples. L'examen anatomo-pathologique définitif confirme le diagnostic initial. L'examen clinique à deux mois est sans particularité

Discussion :

Les tératomes représentent 10-20 % des tumeurs ovariennes et comprennent fréquemment des éléments d'origine thyroïdienne. Lorsque les tissus thyroïdiens constituent plus de 50 % de la tumeur. Le pic de fréquence se situe en pré-ménopause. Le plus souvent, la symptomatologie est pauvre, le diagnostic de masse ovarienne étant fait soit par un examen systématique, soit devant l'existence de douleurs ou d'une masse abdominale

Pathologies secondaires aux mutations de la voie PI3K-AKT-mTOR d'expression anténatale : que peut-on apprendre de ses formes extrêmes de syndromes hypertrophiques segmentaires?

Type de communication : Eposter

A. Sorlin (1), C.Thauvin-robinet(1), C.Philippe(1), E.Tisserant(3), L.Faivre(2), M.Chevarin (4), N.Bourgon*(1), P.Vabres(1), P.Kuentz(5), V.Carmignac(6), Y.Duffourd(4)

(1)CHU Dijon, Dijon, France, (2)Centre de Génétique, Dijon, France, (3)GAD- UMR 1231 - Université de Bourgogne, Dijon, France, (4)GAD - UMR 1231 - Université de Bourgogne, Dijon, France, (5)CHU Besançon, Besancon, France, (6)GAD - INSERM UMR 1231 - Université de Bourgogne, Dijon, France

**Auteur principal*

Intoduction : La voie PI3K-AKT-mTOR est une voie de signalisation impliquée dans la régulation de la croissance cellulaire et l'angiogenèse. Les mutations de cette voie sont responsables de syndromes en mosaïques caractérisés par une hypertrophie segmentaire (HS) : mégalencéphalies(MEG), héli-mégalencéphalies (HMEG), hypertrophie adipeuse et malformations vasculaires.

Objectif : Décrire les données phénotypiques, anténatales et postnatales, et moléculaires de fœtus présentant un syndrome HS et secondaire à une mutation activatrice de la voie PI3K-AKT-mTOR.

Patients et méthodes : Chez 15 fœtus présentant un syndrome HS diagnostiqué en anténatal, l'ADN a été extrait à partir de tissus pathologiques. Un séquençage ciblé en profondeur des gènes de la voie PI3K/AKT/mTOR a été réalisé par séquençage haut débit. Nous avons ensuite évalué la possibilité de retrouver les variations pathogènes identifiées dans du liquide amniotique cultivé et non cultivé afin d'évaluer la possibilité de proposer un diagnostic prénatal.

Résultats : 12 fœtus présentaient une hypertrophie cérébrale : 4 MEG et 8 HMEG. Parmi les fœtus présentant une MEG, nous avons identifié une variation pathogène du gène PIK3R2 responsable du syndrome MPPH chez 3 cas sur 4 (2 variations constitutionnelles et 1 post-zygotique), et une variation pathogène du gène mTOR impliquée dans le syndrome de Smith-Kingsmore chez 1 cas sur 4. Parmi les fœtus présentant une HMEG, une variation pathogène post-zygotique du gène PIK3CA a été identifiée chez 2 fœtus présentant une HMEG associée à des signes cliniques extra-cérébraux rapportés dans le syndrome CLOVES et chez 6 cas présentant une HMEG «isolée». Par ailleurs, chez les 3 autres fœtus présentant une hypertrophie segmentaire associée à un(des) lymphangiome(s) étendu(s) et sans hypertrophie cérébrale, une variation pathogène post-zygotique du gène PIK3CA a également été identifiée.

L'analyse rétrospective a porté sur l'ADN de 5 foetus, extrait d'amniocytes en culture. La variation pathogène a pu être identifié chez 3/5 patients.

Conclusion : Il s'agit de la première étude portant sur des fœtus présentant une hypertrophie segmentaire, qui fournit des données importantes aux équipes de diagnostic prénatal.

Placenta Percreta avec traitement conservateur total : Expérience de 29 cas dans un centre de référence parisien

Type de communication : Eposter

A. Krupskaja (1) , J.Sroussi(2), J.Benifla(1), J.Bouyou(1), M.Hooper isoul*(2) , S.Boujlel (1)

(1)LARIBOISIERE, Paris, France, (2)HOPITAL LARIBOISIERE, Paris, France

**Auteur principal*

Intro

Le placenta accreta représente près de la moitié des cas d'hystérectomie puerpérale. Sa forme la plus sévère, le placenta percreta, est la plupart du temps traitée par une césarienne/hystérectomie, au prix d'une morbidité majeure. Une alternative, le traitement conservateur total, consiste à abandonner l'intégralité du placenta in situ après la naissance. L'objectif de cette étude est de décrire le protocole du traitement conservateur total dans les placenta percreta dans notre centre de référence et d'en évaluer la morbi-mortalité maternelle.

Méthodes

Cette étude rétrospective a inclus toutes les patientes prises en charge dans notre centre pour un traitement conservateur total d'un placenta percreta, après 25SA, entre 2006 et 2018. Le diagnostic de placenta percreta était clinique pendant la césarienne avec constatation de vaisseaux placentaire soufflant la séreuse utérine. Le succès du traitement conservateur était défini par une imagerie montrant une vacuité utérine. Le critère d'évaluation principal était le taux de préservation utérine. L'ensemble des données peropératoires, ainsi que la morbidité maternelle jusqu'à la fin du suivi ont également été colligées.

Résultats

Vingt-neuf patientes ont bénéficié d'un traitement conservateur total du placenta et aucune hystérectomie n'a eu lieu pendant la césarienne. Aucune complication peropératoire ni décès maternel n'est survenu. Les pertes sanguines moyennes peropératoires étaient estimées à 305 mL. La durée moyenne d'hospitalisation initiale était de 12 jours. 41,3 % (12/29) des patientes ont nécessité une transfusion sanguine au cours du suivi. L'embolisation artérielle a été nécessaire chez 51,7 % (15/29) des patientes. A distance de la naissance, 25 patientes (86,2%) ont été ré-hospitalisées : 12 pour hémorragie secondaire et 13 pour endométrite. Quatre patientes (13,8%) ont présenté une CIVD à distance. Seules trois patientes ont finalement eu une hystérectomie secondaire, dont une par souhait maternel. Le taux final de préservation utérine était donc de 89,6%.

Conclusion

Dans un centre expert et avec un protocole rigoureux de surveillance, la prise en charge conservatrice totale du placenta percreta permet une préservation utérine de 89,6% et une morbidité inférieure à la césarienne/hystérectomie.

MASTITE GRANULOMATEUSE : À PROPOS DE 61 CAS

Type de communication : Eposter

M. Ibn hadj* (1) , N.Lamiri(2), A.Karoui(2)

(1)centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, Ariana, Tunisia. (2)centre de maternité de tunis, Tunis, Tunisia

**Auteur principal*

Introduction

La mastite granulomateuse (MG) est une pseudotumeur inflammatoire du sein qui pose de difficiles problèmes de prise en charge .Nous discutons les aspects radio-cliniques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques de cette entité particulière a travers une étude rétrospective de 61 cas de mastites granulomateuses.

Résultats

L'âge moyen des patientes était de 41 ans avec des extrêmes de 17 et 76 ans. L'examen clinique notait une tuméfaction mesurant entre 4 et 13 cm diamètre dont 30 cas d'abcès et 26 cas de nodule du sein. La présence d'adénopathie axillaire était notée dans 5 cas. La mammographie objectivait des opacités du sein, parfois à centre kystisé (33 cas); aspect hyperdense du sein (11 cas), opacités rubanées marquant le trajet des galactophores (9 cas), calcifications (8 cas) et l'échographie notait des nodules hypoéchogènes dans 8 cas et hyperéchogènes dans 13 cas. Le diagnostic était porté par une biopsie au tricot dans trois cas, une biopsie chirurgicale dans 29 cas et une tumorectomie dans 29 cas. À l'examen histologique, il existait une réaction inflammatoire faite de granulomes épithélioïdes et giganto-cellulaires de siège centrolobulaire dans 32 cas, péricanalaires dans 14 cas, accompagnés d'une nécrose caséuse dans 6 cas et de corps astéroïde dans un cas. L'enquête étiologique a montré 6 cas de tuberculose, 1 cas de sarcoïdose, 32 cas MG idiopathique et imprécise pour le reste.Le traitement chirurgical des lésions était soit une mise à plat soit une tumorectomie. L'exérèse chirurgicale des lésions a été associée à un traitement anti-inflammatoire dans 52 cas et à un traitement anti- tuberculeux dans 6 cas. . L'évolution à court terme était favorable mise à part 7 cas de récidence.

Conclusion

La MG est une entité rare.Les granulomes du sein sont dus à une grande variété de maladies qui sont toutes rares et représentent moins de 1% des prélèvements de pathologie mammaire.

Vers un nouveau concept : l'intention de césarienne programmée

Type de communication : Eposter

L. Haller* (1) , N.Sananès(2)

(1)interne, Strasbourg, France, (2)PUPH, Strasbourg, France

**Auteur principal*

Introduction

Il est recommandé de programmer les césariennes à partir de 39 semaines d'aménorrhée (SA), cependant environ 15% de ces césariennes doivent être réalisées avant la date prévue, en raison d'un début de travail ou alors de la survenue d'une pathologie obstétricale intercurrente. Les césariennes programmées sont donc un mélange de césariennes programmées réalisées à la date prévue et de césariennes programmées réalisées avant la date prévue.

Notre objectif était d'évaluer la morbidité de ces césariennes en comparaison des césariennes programmées réalisées à la date prévue et des césariennes non programmées en cours de travail.

Méthodes :

Il s'agit d'une étude rétrospective, monocentrique, incluant les patientes ayant accouché par césarienne après 37 SA, entre janvier 2010 et décembre 2017, au Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical de Schiltigheim (maternité de niveau 2). Nous avons exclu les césariennes non programmées réalisées avant travail.

Résultats :

Au total, 3437 césariennes ont été analysées : 1247 programmées réalisées à la date prévue, 219 programmées réalisées avant la date prévue et 1971 non programmées en cours de travail. En analyse multivariée, les césariennes programmées réalisées avant la date prévue étaient associées à une morbidité maternelle composite plus élevée que les césariennes programmées réalisées à la date prévue (aOR 2.1, IC 95% 1.43-3.14, $p=0.0002$), mais sans différence significative concernant la morbidité composite néonatale. Celle-ci était plus faible dans le cas des césariennes programmées réalisées avant la date prévue que dans le cas des césariennes non programmées réalisées en cours de travail (aOR 0.22, IC 95% 0.11-0.43, $p<0.0001$).

Conclusion :

Les études qui n'incluent pas une véritable analyse en intention de voie d'accouchement sous-estiment le risque de morbidité maternelle associée à la césarienne programmée, car elles ne prennent pas en compte la possibilité de césarienne réalisée avant la date prévue pour début de travail ou pathologie obstétricale intercurrente, dont la morbidité maternelle est plus élevée. L'information délivrée aux patientes concernant la voie d'accouchement doit prendre en compte ce risque.

Apport de la coupe frontale pour le diagnostic des malformations utérines. Echographie 2D versus échographie 3D.

Type de communication : Eposter

L. Parisot-liance* (1) , H.Fernandez(2), J.Levailant(2), P.Capmas(2)

(1)Service de Gynécologie-obstétrique, Centre hospitalier universitaire Kremlin-Bicêtre, Paris, France, (2)Service de Gynécologie-obstétrique, Centre hospitalier universitaire Kremlin-Bicêtre, Kremlin-bicêtre, France

**Auteur principal*

Introduction

L'échographie pelvienne est l'examen de première ligne pour le diagnostic des malformations utérines et a l'avantage d'être accessible et non invasif. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'apport de l'échographie 3D, comparativement à l'échographie 2D, pour le diagnostic des malformations utérines par des médecins juniors.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective exploratoire incluant des femmes avec suspicion de malformation utérine adressées à un échographiste référent. Un chef de clinique réalisait l'échographie en 2D puis en 3D avant l'échographie de référence. Il devait poser un diagnostic à l'issue de l'échographie 2D, puis le confirmer ou le corriger avec l'obtention d'une coupe frontale par échographie 3D. Les patientes étaient informées et un consentement oral était recueilli. Le protocole est actuellement en cours d'examen par le Comité de Protection des Personnes afin de poursuivre l'étude.

Résultats

Onze patientes ont été incluses dans l'étude. Cinq utérus cloisonnés et un utérus unicorne ont été diagnostiqués par les échographistes référents. Les médecins juniors ont posé des diagnostics corrects dans seulement 36,4% des cas à l'issue de l'échographie 2D mais dans 100% des cas en échographie 3D. L'échographie 3D a en effet permis aux médecins juniors de redresser le diagnostic pour sept patientes sur onze soit dans 63,6% des cas.

Conclusion

La reconstruction de la coupe frontale de l'utérus en échographie 3D permet probablement d'améliorer la pertinence diagnostique, y compris chez les plus jeunes. Cette étude souligne l'apport de l'échographie 3D pour le diagnostic des malformations utérines.

La Version par Manœuvres Externes systématique en cas de présentation du siège améliore-t-elle le pronostic obstétrical ?

Type de communication : Eposter

A. Giraud (1) , F.Goffinet(1), Y.Athiel*(2)

(1)Maternité Port-Royal, Paris, France, (2)APHP, Paris, France

**Auteur principal*

Introduction

La réalisation systématique d'une Version par Manœuvres Externes (VME) en cas de présentation du siège permet d'augmenter le taux de présentation céphalique à la naissance. Néanmoins, certaines études montrent qu'en cas d'échec de VME, le pronostic obstétrical des sièges est moins bon qu'en cas d'abstention, et qu'en cas de réussite celui des présentations céphaliques est également moins bon qu'en cas de présentation céphalique spontanée. Les études internationales sont discordantes sur l'impact obstétrical global de la VME. L'objectif de notre étude est de comparer le pronostic obstétrical en cas de réalisation d'une VME ou d'abstention (refus de la patiente, méconnaissance du siège...) pour les présentations du siège après 36 SA.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective unicentrique réalisée de janvier 2016 à décembre 2018. Étaient incluses toutes les femmes présentant un fœtus en présentation du siège à 36 SA. Étaient exclues les femmes présentant une contre-indication à l'accouchement voie basse non liée au siège, les utérus cicatriciels et les grossesses gémellaires. Nous avons comparé les caractéristiques des femmes chez qui une VME a été réalisé (succès ou échec) à celles sans réalisation de VME.

Résultats

Sur la période d'étude, 494 patientes ont été incluses : 390 (79%) femmes avec tentative de VME et 104 (21%) sans réalisation de VME. Le taux de réussite de VME était de 28%. Les principaux motifs de non réalisation de la VME étaient le refus de la patiente (n=44, 43%) et le diagnostic tardif du siège (n=22, 21%). Le taux de présentation céphalique augmentait significativement dans le groupe VME par rapport au groupe sans VME (31% vs 0%, $p<0,01$). Le taux global de césarienne était comparable dans les deux groupes : respectivement 51,3% et 53,9%, $p=0,64$. Le taux de tentative de voie basse était similaire dans les deux groupes (68% (n=268) vs 63,5% (n= 66)). Le taux de césarienne en travail chez les sièges avec tentative de VME était supérieur à celui des sièges sans VME : 39,5% vs 27,3%, $p=0,09$.

Conclusion

La tentative de VME ne semble pas réduire le taux de césarienne malgré une augmentation du taux de présentation céphalique à terme. L'amélioration du taux de succès de la VME pourrait cependant améliorer ces résultats.

PRISE EN CHARGE D'UN HEMATOME VULVAIRE POST TRAUMATIQUE A PROPOS D'UN CAS

Type de communication : Eposter

W. Bouchkara* (1) , K.Kriouile(2), S.Jayi(3), F.Fdili(4), H.Chaara(4) , A.Melhouf (4)

(1)service gynéco obstétrique 2 CHU HASSAN2 FES MAROC, Fes, Morocco, (2)service de gynéo obstétrique CHU hassan 2 FES, Fes, Morocco, (3)service gynéco obstétrique, Fes, Morocco, (4)service de gynéco obstétrique CHU hassan 2 FES, Fes, Morocco

**Auteur principal*

INTRODUCTION

Les hématomes vulvaires traumatiques non puerpéraux sont relativement rares.. Le but est de décrire la prise en charge thérapeutique de l'hématome vulvaire ainsi que son évolution après le traitement.

Observation :

Il s'agit de Mme R.S, âgée de 20 ans, célibataire, sans ATCD pathologiques notables, ayant subi une agression avec coups de pieds au niveau vulvaire, compliquée par l'installation de tuméfaction vulvaire douloureuse. Examen clinique: patiente stable sur le plan hémodynamique, présence d'une formation bleuâtre, chaude prenant toute la lèvre droite de 10cm/9 , faisant évoquer un hématome La patiente a bénéficié d'un drainage de l'hématome, hémostase obtenue, mise en place de lames de delbet et mèches au niveau de l'hématome L'évolution a été favorable avec régression de l'hématome.

Discussion :

Les lésions traumatiques du tractus génital féminin constituent près de 0.8% des admissions en gynécologie. Concernant les lésions non obstétricales du tractus génital à la suite d'un accident ou d'un rapport sexuel consenti 32,7% des patientes présentent des lésions post coïtales. Notre patiente était victime d'un coup de pieds à point d'impact vulvaire. Elle présentait une douleur atroce l'ayant poussé à consulter aux urgences gynécologiques juste après le traumatisme. L'hématome siégeait sur la lèvre droite.

Le traitement est en fonction de l'importance de l'hématome qui peut aller d'une abstention en cas d'hématome de petite taille jusqu'au chirurgie qui consiste à un drainage évacuateur , le traitement médical par une antibiothérapie à large spectre est toujours indiqué.

Les complications hémorragiques liées à l'hémostase ne sont pas rares. Ils peuvent entraîner une expansion progressive puis une déhiscence de l'hématome.

Conclusion :

L'hématome vulvaire non obstétrical est rare mais potentiellement grave. Sa prise en charge chirurgicale est bien codifiée.Ce cas nous permet d'attirer l'attention des praticiens sur la gravité et la singularité de cette pathologie hautement morbide Il relève également les limites du traitement conservateur des grands hématomes vulvaires.

RHABDOMYOSARCOME OVARIEN DE TYPE EMBRYONNAIRE APROPOS D'UN CAS

Type de communication : Eposter

W. Bouchkara* (1) , K.Kriouile(2), S.Jayi(3), F.Fdili(4), H.Chaara(2) , A.Melhouf (2)

(1)service gynéco obstétrique 2 CHU HASSAN2 FES MAROC, Fes, Morocco, (2)service gynéco obstétrique CHU hassan 2 FES, Fes, Morocco, (3)service gynéco obstétrique CHU hassan 2 fes, Fes, Morocco, (4)service de gynéco obstétrique CHU hassan 2 FES, Fes, Morocco

**Auteur principal*

Introduction

Les tumeurs germinales malignes de l'ovaire sont rares représentant 3 % des néoplasies ovariennes. Elles représentent toutefois la variété la plus fréquemment observée chez les enfants et les adolescentes et constituent environ deux tumeurs sur trois de l'ovaire survenant dans les deux premières décades. Sur le plan histologique, elles sont caractérisées par un grand polymorphisme et sont parfois mixtes associant au moins deux contingents tumoraux distincts. Exceptionnellement, elles peuvent s'associer à une composante sarcomateuse.

Observation

nous rapportant le cas d'une patiente âgée de 16ans, nulligeste , sans antécédents particuliers notables , admise pour PEC de douleurs pelviennes chroniques avec augmentation du volume abdominale. Avec à l'examen clinique un syndrome d'épanchement liquidien, masse hypogastrique

l'échographie pelvienne a montré une masse abdomino pelvienne mesurant 150x85x170 d'aspect tissulaire avec signes de nécrose et vascularisée d'origine ovarienne , épanchement péritonéal de moyenne abondance.

Et d'une TDM abdominopelvienne qui a objectivé une masse abdominopelvienne tissulaire nécrosée au centre de 173mm de grand axe et 150x97x présentant un rapport avec les organes de voisinage Sans signes d'extension elle s'y associe une ascite de moyenne abondance cette masse évoque une tumeur ovarienne.

le bilan d'extension fait d'une TDM TAP qui est revenu sans particularité

Notre patiente a bénéficié initialement d'une laparotomie exploratrice avec réalisation d'une annexectomie droite +biopsie multiples dont l'étude anatomopathologique est revenue en d'un Aspect histologique et immunohistochimique d'un rhabdomyosarcome ovarien de type embryonnaire.

Le geste a été complété par une hystérectomie totale +annexectomie gauche

Discussion

Le traitement des rhabdomyosarcome est basé sur la chirurgie et la chimiothérapie ; la curithérapie et la radiothérapie à discuter

À travers cette observation, nous nous proposons de discuter les particularités anatomocliniques de ces tumeurs en insistant sur les difficultés du diagnostic histologique.

Conclusion :

Le rhabdomyosarcome est une tumeur rare , il représente la variété la plus fréquente chez les enfants et les adolescentes .

ETUDE DE LA DILATATION CERVICALE DU 1^{er} STADE DU TRAVAIL DES PRESENTATIONS DU SIEGE A TERME LORS DE L'ACCOUCHEMENT PAR VOIE VAGINALE

Type de communication : Eposter

I. Benmessaoud* (1)

(1)Groupement Hospitalier de la Haute Saône, Besançon, France

**Auteur principal*

Introduction : Les études concernant la dilatation cervicale des présentations céphaliques ont permis de définir des protocoles de prise en charge du travail spontané. Le mode d'administration d'oxytocine, utilisé à des taux encore élevés, a été précisé depuis 2016. L'accouchement du siège par voie vaginale demeure un sujet de controverse et le taux de césarienne est en constante augmentation à l'échelle nationale. Afin de réhabiliter l'accouchement par voie basse aux présentations du siège, il semble primordial d'étudier le travail de ces présentations. L'objectif principal était d'étudier le 1^{er} stade du travail, afin d'obtenir une courbe de dilatation cervicale des présentations du siège puis de définir la durée et la vitesse de dilatation cervicale selon la parité des patientes. L'objectif secondaire était d'étudier l'influence du type de siège sur la vitesse de dilatation cervicale.

Matériel et Méthodes : Nous avons réalisé une étude rétrospective, observationnelle, monocentrique au sein du CHRU de Besançon du 1^{er} janvier 2010 jusqu'au 31 décembre 2018, incluant les patientes présentant une grossesse monofoetale, en siège, à terme, d'un enfant né vivant et ayant accouché par voie vaginale.

Résultats : 349 ont été incluses et réparties en deux groupes : 212 multipares et 137 primipares. La courbe de dilatation cervicale des présentations du siège était d'allure exponentielle et possédait deux phases : une phase de latence et une phase active à partir de 5 cm. La vitesse de dilatation cervicale en phase de latence était ≤ 1 cm/h dans les deux groupes. Le temps de dilatation moyen de 5 à 10 cm, nécessaire aux primipares, était de 202 minutes. La vitesse médiane de dilatation en phase active était de 1,54 cm/h [1,11 ; 2,22]. La durée moyenne de la dilatation de 5 à 10 cm était de 178 minutes chez les multipares. La vitesse de dilatation de 5 à 10 cm était de 2 cm/h [1,31 ; 3,08] ($p < 0,05$). La vitesse médiane de dilatation de 3 à 10 cm des sièges complets était inférieure à celle des sièges décomplétés (1,56 cm/h versus 1,75 cm/h respectivement) sans différence statistiquement significative.

Conclusion : La parité influence la vitesse de dilatation des présentations du siège. Le type de siège ne devrait pas être un critère d'acceptabilité de la voie basse.

Existe-t-il une morbidité spécifique associée à l'accouchement instrumental chez la femme obèse ?

Type de communication : Eposter

O. Clergue* (1) , F.Pierre(2), C.Fradet-menard(2), X.Fritel(2), B.Gachon(2)

(1)CHU Poitiers, Ustaritz, France, (2)CHU de Poitiers, Poitiers, France

**Auteur principal*

Introduction :

Le nombre de femmes enceintes obèses ne cesse d'augmenter. L'accouchement instrumental est une situation obstétricale à risque de morbidité maternelle et néonatale mais les données manquent à propos de ces événements dans la population des femmes obèses.

Objectif principal : Comparer le risque de lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) au cours de l'accouchement instrumental entre les femmes obèses et non obèses.

Objectifs secondaires : comparer les autres critères de morbidité maternelle (déchirures périnéales, épisiotomie) et néonatale (pH au cordon) associées à l'accouchement instrumental des femmes obèses versus non obèses.

Matériel et Méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective sur 10 ans au CHU de Poitiers, décrivant les issus des accouchements instrumentaux après 34 SA chez des fœtus singleton en présentation céphalique et comparant les caractéristiques maternelles, de l'accouchement et néonatales entre les femmes obèses (présentant un Indice de Masse Corporel (IMC) supérieur à 30kg/m²) et non obèses à l'aide des méthodes statistiques habituelles. Le projet est conforme aux recommandations éthiques de la loi Jardé.

Résultats :

Deux milles trois cent cinquante-sept accouchements instrumentaux ont eu lieu au CHU de Poitiers entre 2005 et 2015. Parmi ces accouchements, 191 concernaient des femmes obèses. Les modalités de l'accouchement (type d'instrument, recours à une analgésie péridurale) étaient comparables dans les deux groupes. Le taux de LOSA était comparable entre les femmes obèses (8.9%) et non obèses (7.1% ; p=0.36, ; OR=1,28 [0,71 ; 2,17]. On retrouve une plus grande proportion de déchirures périnéales de grade 2 chez les femmes obèses (44,0% contre 32,4%, p=0,01, OR = 1,65 [1,21 ; 2,25]) et une moindre proportion de périnée intact (27,2% contre 36,2%, p=0,01, OR = 0,66, [0,46 ; 0,92].

Parmi les enfants de femmes obèses, 6,3% avaient un pH au cordon < 7,0 contre 2.1% en absence d'obésité maternelle (p = 0,01, OR = 3,09 [1,46 ; 6,07]).

Conclusion :

Il n'existe pas de surrisque de LOSA mais il semble exister une morbidité maternelle et néonatale spécifique à l'accouchement instrumental de la femme obèse.

Incidence des différentes techniques chirurgicales de l'endométriose profonde digestive sur la fertilité.

Type de communication : Eposter

A. Wattiez (1) , C.Akladios(1), E.Faller(1), L.Lecointre(1), M.Pontvianne(1) , M.Lapointe* (2)

(1)HUS Strasbourg, Strasbourg, France, (2)Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

**Auteur principal*

Introduction :

L'endométriose est une pathologie inflammatoire chronique affectant 10% à 15% des femmes en âge de procréer dont 20% présentent une endométriose pelvienne profonde. Cette dernière peut entraîner une infertilité avec un taux de grossesse spontanée estimé entre 8,7 et 13% chez ces femmes. Le traitement chirurgical semble améliorer les résultats de fertilité.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'incidence des différentes techniques chirurgicales dans la prise en charge de l'endométriose pelvienne profonde digestive sur le taux de fertilité post opératoire.

Matériel et méthodes :

Une étude rétrospective a été menée au sein du pôle de gynécologie-obstétrique des Hôpitaux universitaires de Strasbourg de 2009 à 2016. Toutes les patientes avec un désir de grossesse et ayant été prises en charge pour une endométriose pelvienne profonde digestive ont été incluses. Deux groupes ont été analysés et comparés : chirurgie conservatrice (shaving) et chirurgie radicale (résection discoïde ou segmentaire). Le critère de jugement principal était le taux de grossesse post opératoire. Les critères secondaires étaient le mode de survenue de la grossesse : spontanée ou par procréation médicale assistée, le délai de survenue de la grossesse, le terme d'accouchement, la présence ou non de complications pendant la grossesse.

Résultats :

L'effectif total étudié était de 94 patientes, 55 avec une prise en charge conservatrice et 39 avec une prise en charge radicale. Les deux groupes étaient comparables sur les données préopératoires.

Le taux de grossesse était de 52,1% sur la population globale sans différence significative entre les deux groupes ($p=0,68$). Le taux de grossesse spontanée (73,7%) était significativement plus élevé dans le groupe chirurgie radicale ($p=0,0086$).

Conclusion :

Cette étude suggère que dans le cadre d'une endométriose pelvienne profonde digestive, la prise en charge chirurgicale pourrait améliorer le taux de fertilité qu'elle soit conservatrice ou radicale. De plus, la prise en charge radicale semble améliorer de manière significative le taux de grossesse spontanée. Cette prise en charge chirurgicale n'est cependant pas sans risque et nécessite une discussion pluridisciplinaire et une information éclairée des patientes.

Evolution des motifs de consultation aux urgences de gynécologie et obstétrique

Type de communication : Eposter

G. Nour allah* (1) , A.Ben amor(2)

(1)hopital mongi slim La Marsa, Nouvelle medina 3, Tunisia, (2)hopital mongi slim La Marsa, Marsa, Tunisia

**Auteur principal*

Introduction :

Les motifs des consultations aux urgences gynécologiques ne relèvent pas toujours de l'urgence réelle. Etudier ces motifs et leur gravité nous permet de mettre en évidence les dysfonctionnements et d'essayer d'y palier.

Méthodes :

Nous avons mené une étude comparative aux urgences du service de maternité niveau II b sur deux périodes : entre 1 juillet 2017 - 21 juillet 2017 et 1 juillet 2019 – 21 juillet 2019.

Dans notre série nous avons inclus toutes les femmes non enceintes ou enceintes à un terme ne dépassant pas 20 semaines d'aménorrhée (SA) ayant consulté les urgences de notre service.

Résultats :

Au total, nous avons inclus 347 femmes. La moyenne d'âge des consultantes étaient la même (31 ans). Les consultantes étaient en période d'activité génitale dans 79.9% des cas en 2017 contre 94.6% des cas en 2019. Le taux de grossesses était de 50.3% en 2017 et de 42.9% en 2019 avec un terme de grossesse moyen de 10 SA.

Le taux de patientes adressées par un professionnel de santé a augmentée en 2019 à 16.1% contre seulement 11.2% en 2017.

Les 2 motifs de consultations les plus fréquents (douleurs abdomino-pelviennes et métrorragies) étaient les même en 2017 et 2019 ainsi que les 2 examens complémentaires les plus prescrits (échographie pelvienne et BHCG).

Aucune étiologie n'était retenue dans 34.6% en 2019 et 26.8% en 2017.

Pour les femmes enceintes, les 3 diagnostics les plus retenus étaient les métrorragies bénignes du 1er trimestre, la menace d'avortement précoce et la grossesse arrêtée dans les 2 ans.

Pour les femmes sans contexte gravide, le diagnostic de dysménorrhée est le premier diagnostic retenu dans les 2 ans. En 2017, le 2eme diagnostic retenu est l'infection urinaire (8.3%) alors que en 2019, le 2eme diagnostic retenu est l'abcès du sein et l'infection urinaire avec un taux de 8.7%.

Plus de la moitié des consultantes soit 50.8% en 2017 et 54.8% en 2019 des femmes étaient de fausses urgences alors que seulement 11.2% en 2017 et 12.5% en 2019 des consultantes étaient des vraies urgences.

Conclusion :

Malgré les campagnes de sensibilisation, le taux des fausses urgences reste élevé. Il faut reconsidérer notre approche pour pouvoir sensibiliser les femmes aux motifs nécessitant une consultation aux urgences.

Données socio-démographiques et vulnérabilités des migrantes enceintes en Charente.

Type de communication : Eposter

C. Tabuteau (1) , E.Letertre(2), H.Mgaieth(3), M.Roblin(3), M.Sarreau*(4)

(1)PASS Permanence d'Accès aux Soins de Santé CH Girac, Angouleme, France, (2)PASS Permanence d'Accès aux Soins de Santé CH GANGOULEME, Angouleme, France, (3)Service de Gynecologie Obstétrique CH ANGOULEME, Angouleme, France, (4)Service de Gynecologie Obstétrique Centre Hospitalier ANGOULEME, Angouleme, France

**Auteur principal*

Introduction :

Nous sommes de plus en plus concernés par l'afflux des patientes migrantes enceintes. La Charente est un département accueillant une grande partie des migrants de la région grâce au développement de ses réseaux et infrastructures d'hébergement.

Matériel et méthodes :

En collaboration avec la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé), nous avons collecté 6 mois de prise en charge de patientes migrantes pour lesquelles nous avons pu recueillir les données démographiques, du suivi de grossesse, des modalités accouchement et du post partum. Les patientes ont été classées par leur zone géographique d'origine.

Résultats :

Nous avons accueilli 65 patientes entre Novembre 2018 et Mai 2019, arrivées en France depuis moins d'un an. Pour 14, elles étaient originaires d'Afrique du Nord (AN), 21 d'Afriques subsaharienne (ASS), 1 d'Asie, 15 du Proche Orient (PO), 8 comoriennes (C), de la zone européenne (EU). La moitié des patientes entrain dans le système de soins par une consultation d'urgence et l'autre moitié était adressée par la PASS. Les patientes ASS étaient plus jeunes par rapport aux autres groupes : 25 ans en moyenne (vs 30) dont 4 mineures. Elles étaient plus souvent seules (49%), avec des grossesses de découverte plus tardive, 24% avaient subi des violences ou viols, 48% une excision. Les comorbidités étaient différentes en fonction des groupes : plus anémie pour les ASS, de diabète pour AN, plus de problème de barrière de la langue pour PO. Les poids de naissance étaient plus petits pour les patientes ASS : 3181g ou PO 3186g vs AN 3523g.

Conclusion :

Il existe certaines particularités inhérentes au pays d'origine des patientes migrantes enceintes pour lesquelles la prise en charge devrait être spécifique (encadrement des mineures, gestion des carences, surveillance de la croissance fœtale, soutien psychologique, judiciarisation des violences, interprétariat) et nos structures hospitalières devraient dispenser un suivi multidisciplinaire adapté.

Faut-il prescrire un caryotype avant une prise en charge en FIV-ICSI ?

Type de communication : Eposter

C. Rongières (1) , M.Kretz*(1), J.Lauer(1), P.Gosset(1), O.Pirrello(1) , H.Piant* (1)

(1)Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

**Auteur principal*

Introduction : A ce jour, la réalisation d'un caryotype des deux membres d'un couple infertile avant une prise en charge en FIV-ICSI n'est pas recommandée par l'Agence de Biomédecine alors que c'est le cas pour la société française de génétique. En effet, quelques services d'AMP en France le réalisent en routine et la question se pose d'en réaliser un systématiquement avant FIV-ICSI. L'objectif de l'étude est d'évaluer la prévalence des anomalies du caryotype et leur type, ceci chez les couples pris en charge dans notre centre.

Matériels et méthodes : Il s'agit d'une étude de cohorte rétrospective, observationnelle et monocentrique. La population incluse est l'ensemble des couples infertiles entre le 1er janvier 2015 et le 30 juin 2018, toutes causes d'infertilité confondues, ayant consultés pour bilan d'infertilité et ayant eu un caryotype sanguin. Les critères d'exclusion sont les préservations de la fertilité, les dons de gamètes, les accueils d'embryons et les couples adressés pour anomalie du caryotype en vue d'un DPI.

Résultats : 5258 patients ont été inclus dans l'étude. 67 caryotypes n'ont pas été réalisés. Au final, un total de 174 caryotypes n'étaient pas connus et 5084 caryotypes étaient exploitables. La prévalence des anomalies de caryotypes était de 1,38% : 0,65% de caryotypes anormaux nécessitant un conseil génétique et une prise en charge adaptée (DPN, DPI...), et 0,73% de caryotypes anormaux sans risque pour la descendance, mais pouvant nécessiter une prise en charge adaptée.

Conclusion : Le taux d'anomalies du caryotype retrouvé représente le double par rapport à la valeur observée chez des nouveau-nés sans pathologie évidente. Bien que l'analyse du caryotype soit réalisée pour certaines causes d'infertilité, aucune indication prépondérante n'est ressortie de ce travail. Une étude médico-économique complète serait nécessaire pour évaluer les bénéfices du caryotype.

Hémorragies du post-partum : intérêts d'une revue analytique de morbi-mortalité pour la Qualité, Sécurité, et Pertinence des soins. L'oxytocine peut-elle être en cause ?

Type de communication : Eposter

C. Poncelet (1) , G.Parpex*(2), J.Visbecq(1), P.Michel(1), Z.Khediri(1)

(1)Centre Hospitalier René Dubos, Pontoise, France, (2)Centre Hospitalier René Dubos, Paris, France

**Auteur principal*

INTRODUCTION : améliorer la qualité et la sécurité des soins est l'une des pierres angulaires de la pratique clinique. Dans la maternité de niveau 3 de Pontoise, il a été constaté, de façon subjective, une augmentation brutale du nombre d'hémorragies du post-partum (HPP) au cours de l'été 2018, malgré l'application des recommandations des sociétés savantes. Ce constat a conduit à la réalisation d'une revue de morbi-mortalité pour comprendre les raisons de cette augmentation de la morbidité.

METHODES : une première étude rétrospective comparative de cohorte de l'année N-1 et N pour confirmer l'augmentation de fréquence des HPP, puis une seconde étude comparative multivariée afin d'identifier les facteurs ayant pu contribuer à cette augmentation d'HPP ont été menées. L'hypothèse initiale de cette augmentation d'HPP serait due à une dotation défectueuse d'oxytocine. Une analyse des dossiers d'accouchement des huit jours : de la période à haute fréquence d'HPP (CAS), après le changement de lot d'oxytocine (TEMOINS), et de l'année précédente à la même période (1 AN AVANT) a été menée. Nous avons étudié rétrospectivement tous les facteurs de risque connus d'HPP : antéconceptionnel, gravidique, per-partaux, et les facteurs organisationnels du service humains ou matériels.

RESULTATS : 322 patientes ont participé 111, 92, et 119 dans les groupes CAS, TEMOIN, et 1 AN AVANT, respectivement. Les 3 groupes étaient comparables. Le taux d'HPP CAS était plus élevé que dans TEMOIN, et 1 AN AVANT avec 20,7 , 6,6, 5,9 % (OR 3.68 [1.81;7.48] ; p=0.00035), respectivement. La diminution des HPP après changement du lot d'oxytocine a été significative (OR 0.38 [0.14-0.91], p=0.0008).

CONCLUSION : le changement de lot d'oxytocine a permis de diminuer de façon significative la fréquence d'HPP.

Effets des décalages horaires sur le pic préovulatoire de LH

Type de communication : Eposter

M. Kretz* (1) , N.Jeandidier(1), V.Simonneaux(2), T.Bahougue(1)

(1)Hôpitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France, (2)Institut des Neurosciences Cellulaires et Intégratives, Strasbourg, France

**Auteur principal*

Introduction : Chez les mammifères femelles, la découverte du rôle de la kisspeptine (Kp) pour stimuler l'activité des neurones à GnRH a révolutionné la compréhension du système reproducteur. En effet, les neurones à Kp constituent le principal site d'action des stéroïdes sexuels et l'augmentation de la production d'estradiol par les follicules exerce un rétrocontrôle positif sur les neurones à Kp, ce qui entraîne une activation des neurones à GnRH puis le pic préovulatoire de LH. De plus, les neurones à Kp présentent une activité journalière contrôlée par un signal vasopressinergique en provenance de l'horloge centrale assurant que le pic de LH survienne au début de la phase d'éveil. De nos jours, le système circadien est soumis à des perturbations pouvant conduire à une dysovulation chez les femmes. L'objectif du projet est d'analyser les mécanismes impliqués dans l'altération des rythmes reproducteurs.

Matériel et Méthodes : Dans une première partie, un peptide (vasopressine VP), son antagoniste (aVP) ou un contrôle ont été administrés par une injection intracérébroventriculaire (icv) le jour du pic de LH chez des souris femelles adultes. Leurs effets sur la sécrétion de LH ont été suivis grâce à un dosage ELISA. Deuxièmement, l'effet d'un jetlag chronique a été réalisé pour en tester les effets sur le rythme du pic de LH. Deux cohortes de souris, l'une en cycle jour/nuit physiologique et l'autre soumise à un décalage horaire chronique pendant 3 semaines, ont été échantillonnées à différents moments le jour du pic de LH pour analyser la sécrétion de LH par ELISA et l'activité des neurones à Kp.

Résultats : Le jour du proestrus, l'injection de 3 ng de VP avance le pic préovulatoire de LH d'environ une heure. L'antagoniste de la VP, injecté dans les mêmes conditions, paraît retarder le pic de LH. Par ailleurs, l'application d'un jetlag chronique pendant 3 semaines abolit totalement l'occurrence d'un pic de LH le jour du proestrus.

Conclusion : Cette étude montre que la cinétique du pic préovulatoire de LH peut être modifiée par un jetlag chronique et par la VP. A terme l'objectif est d'établir un protocole permettant de restaurer pic de LH similaire au pic préovulatoire endogène chez des souris soumises à une disruption circadienne.

La vie sexuelle du couple après l'accouchement

Type de communication : Eposter

G. Nour allah* (1) , A.Ben amor(2)

(1)hopital mongi slim La Marsa, Nouvelle medina 3, Tunisia, (2)hopital mongi slim La Marsa, Marsa, Tunisia

**Auteur principal*

Introduction : Durant le post-partum, la vie sexuelle constitue un sujet tabou et difficile à aborder par les patientes tunisiennes. Cette étude vise à évaluer le vécu et les pratiques sexuelles des femmes pendant le post-partum.

Méthodes : Nous avons mené une étude transversale descriptive portant sur des femmes qui se sont présentées en consultation de routine au mois de mars 2019. Nous avons utilisé un questionnaire validé en arabe de l'échelle de la 'Female Sexual Function Index' (FSFI).

Résultats : Dans notre étude, 53% des femmes ont accouché par voie basse spontanée, 40% par césarienne et 7% par forceps ou ventouse. Les moyens contraceptifs étaient utilisés par 21 femmes (70%) : une contraception orale dans 81% des cas, le DIU dans 9% des cas et les méthodes naturelles dans 9% des cas. La reprise des rapports sexuels a été appréhendée par 47% des femmes. La majorité des patientes ont désiré reprendre les rapports sexuels soit deux semaines à un mois après l'accouchement (20% des femmes) soit un à deux mois après l'accouchement (33% des femmes). La reprise effective des rapports sexuels était faite un à deux mois après l'accouchement par 73% des femmes. La décision de la reprise de l'activité sexuelle était prise par le conjoint seul dans 53% et par le couple dans 47% mais jamais par la femme toute seule. Pour 24 femmes (80%), le plaisir sexuel était identique ou plus intense; alors que pour 29 femmes (97%), le plaisir sexuel était identique ou plus intense chez le conjoint. L'activité sexuelle était augmentée, identique à celle avant l'accouchement et diminuée à des proportions égales (33%). La plupart des femmes (53%) n'ont pas reçu d'informations concernant la sexualité en post-partum. Tous les bébés dormaient dans la chambre à coucher des parents.

Conclusion : Pendant la période du post-partum, la vie sexuelle du couple est altérée à cause de plusieurs facteurs. La majorité des femmes ne reçoivent pas une éducation adéquate concernant la sexualité en postpartum.

Service Sanitaire en Santé Sexuelle

Type de communication : Eposter

A. Nuttall* (1) , C.Lizin(2), J.Delotte(2), F.Bretelle(3), H.Louesdon(4) , J.Mancini (5), S.Hamzaoui(6), S.Mariotti(7), S.Tardieu(5)

(1)AP-HM, Marseille, France, (2)CHU NICE, Nice, France, (3)Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille (AP-HM), Marseille, France, (4)Réseau périnatalité PACA - CORSE - MONACO, Nice, France, (5)Assistance publique - Hôpitaux de Marseille, Marseille, France, (6)Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (AP-HM), Marseille, France, (7)Réseau Périnatalité PACA - CORSE - MONACO, Marseille, France

**Auteur principal*

Introduction : En 2016, le nombre d'IVG en France s'élevait à presque 211900. Ce taux ne semble pas être le reflet d'une couverture contraceptive inadéquate et pourrait être le reflet de mesures de prévention insuffisantes. L'éducation à la santé sexuelle par les pairs (groupe du même âge que la population cible) auprès des collégiens, lycéens et futurs professionnels de Santé pourrait être un des leviers de la prévention. Le gouvernement français a mis en place à la rentrée 2018 le service sanitaire consistant en des actions de prévention primaire en Santé (Santé sexuelle, addiction, alimentation, santé bucco-dentaire) par les étudiants en santé auprès des collèges et lycées. Cette étude multi-centrique prospective portée par le réseau Périnatalité Méditerranée évalue les acquisitions des connaissances en matière de santé sexuelle entre les élèves des collèges bénéficiant du service sanitaire et ceux bénéficiant d'un autre programme ainsi que la différence de ces acquisitions chez les «pairs» (étudiants en santé).

Matériel et méthode : Les connaissances, avant et après le service sanitaire, des étudiants ayant participé au module de santé sexuelle ont été comparées à ceux ayant participé aux autres modules de prévention. La même démarche a été réalisée chez les collégiens. Les objectifs secondaires sont l'évolution de la perception des risques d'IST et de grossesse non désirée lors des rapports sexuels et l'évolution des rapports dits « à risques » (rapport non protégé avec un partenaire dont le statut sérologique est inconnu). Le protocole de recherche a été validé par un comité de protection des personnes.

Résultats : 750 étudiants en santé et 150 collégiens ont été inclus à Nice et à Marseille et ont donné leur consentement éclairé. Les parents des élèves mineurs ont donné leur consentement à la participation de leurs enfants. Les résultats préliminaires montrent une augmentation significative des connaissances chez les étudiants du service sanitaire en Santé Sexuelle. La perception du risque n'est pas significativement améliorée.

Discussion : Les résultats de cette évaluation seront détaillés. D'autres études sur les comportements des étudiants et des collégiens lycéens seront nécessaires pour évaluer l'impact sur le long terme d'un tel programme.

Pronostic obstétrical et néonatal des femmes enceintes présentant une maigreur (IMC<18,5kg/m²) et facteurs de prise de poids pendant la grossesse

Type de communication : Eposter

A. Lescanne (1) , B.Martire(2), B.Branger(3), C.Ferrand(1), I.Derrendinger(1) , N.Winer (1), T.Thubert(1), V.Dochez*(1)

(1)CHU de Nantes, Nantes, France, (2)Berger-Levrault, Boulogne-billancourt, France, (3)Epidémiologie-Biostatistique, Nantes, France

**Auteur principal*

Introduction : En France, environ 7,4% des femmes enceintes présentent un IMC bas inférieur à 18,5kg/m². Qualifiées de maigres ces femmes peuvent présenter des complications pendant la grossesse telles qu'un petit poids pour l'âge gestationnel ou une prématurité.

EN 2009 l'Institute Of Medicine (IOM) revoit ses recommandations de gain de poids pour la grossesse, afin de s'adapter à cette population grandissante. Ainsi, pour une femme maigre, la prise de poids recommandée est de 12,5kg à 18kg. Sachant que ce gain de poids n'est pas uniforme, l'IOM se base sur une prise de poids de 0,5 à 2 kg pour le premier trimestre et puis en moyenne 0,51kg par semaine pour les deuxième et troisième trimestres. Notre étude a pour but d'évaluer si une prise de poids conforme aux recommandations de l'IOM protégerait ces femmes des complications obstétricales ou néonatales.

Matériel et méthode : Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective, réalisée du 1^e janvier au 31 décembre 2018 au CHU de Nantes, maternité de niveau III. Toutes les patientes présentant un IMC<18,5kg/m² avant leur grossesse ont été incluses. Les patientes ont été réparties en deux groupes : un avec une prise de poids en dessous des recommandations et un autre avec une prise de poids suffisante.

Résultat : 268 femmes ont été incluses. Le gain de poids est inférieur aux recommandations pour 100 femmes (37,3%), et au delà de 12,5kg pour 168 femmes (62,7%). On retrouve une prise de poids plus faible chez les nullipares (OR 1,77 (IC 95% 1,07-2,93) p=0,02) et chez les patientes en parcours de procréation médicalement assistée (OR 2,84 (IC 95% 1,06-7,59) p=0,03).

En ce que concerne les complications liées à la faible prise de poids on retrouve de manière significative des plus petit poids du nouveau-né (3 013g ± 440g contre 3224g ± 527g p<0,001). Il n'existe pas de différence significative pour la prématurité (OR 0,91 (IC 95% 0,33-2,54) p=0,86).

Conclusion : Lors d'une prise de poids inférieure aux recommandations de l'IOM, il est retrouvé une proportion plus importante de bébés avec un poids plus faible à la naissance. Un suivi adapté ainsi qu'une prise en charge précoce de ces femmes présentant une maigreur pourrait permettre de diminuer cette proportion.

Apprentissage de la biométrie échographique fœtale : valeur prédictive de l'Objective Structured Assessment of Ultrasound Skills (OSAUS)

Type de communication : Eposter

G. Hossu (1) , G.Ambroise(1), O.Morel(1), P.Gabriel*(3)

(1)Maternité CHRU Nancy, Nancy, France, (3)Maternité CHRU Nancy, Benney, France

**Auteur principal*

Introduction : L'échographie constitue la principale méthode d'imagerie en obstétrique et conditionne la pertinence et la sécurité des soins. Du fait de son caractère intrinsèquement opérateur-dépendant, la pratique d'un contrôle qualité systématique s'impose progressivement dans le cadre du dépistage (Bionuqual). Cependant, il n'existe pas de consensus concernant l'évaluation de la qualité des examens focalisés.

Objectif : L'objectif de cette étude était d'évaluer la valeur prédictive du score OSAUS (Objective Structured Assessment of Ultrasound Skill) pour identifier les opérateurs capables de réaliser une biométrie échographique fœtale valide (I). La variabilité intra-opérateur inter-examen du score (II) et la pertinence d'une certification par un pass/fail score (III) ont été évalués parallèlement.

Matériels et méthodes : Le score générique OSAUS a été adapté afin de répondre au besoin du projet pédagogique METHOD (MEasurement TeachHing in Obstetrics Design) et utilisé pour évaluer le niveau de pratique d'internes en stage à la maternité du CHRU de Nancy. Les participants étaient repartis en deux groupes en fonction de leur expérience préexistante en échographie (« novices » ou « intermédiaires » si <20 ou ≥ 20 examens échographiques respectivement). Des audits successifs ont permis l'évaluation par l'équipe pédagogique des compétences des internes lors de la réalisation de biométries fœtales. A l'issue de l'examen, l'estimation du poids fœtal obtenue par l'interne était comparée à celle établie par un échographiste référent et validée pour une différence $< 0,8$ Z-score.

Résultats : 16 internes ont participé à cette étude et obtenu des scores OSAUS moyen de 2,2 (+/- 1) et 4,2 (+/- 0,7) pour les 8 « novices » et 8 « intermédiaires » respectivement. L'association entre le score OSAUS et la capacité à produire une EPF valide était significative ($p = 0.00271$) (I). La variabilité intra-opérateur inter examen du score OSAUS était majorée dans le groupe novice (variabilité observée 25% versus 10% au sein des groupes « novices » et « intermédiaires » respectivement) (II). La spécificité et la valeur prédictive positive (VPP) d'un score OSAUS $> 3,5$ pour identifier la capacité à réaliser une biométrie valide sont de 77% et 71 % respectivement (III).

Discussion : Ces données confirment la valeur prédictive du score OSAUS et viennent étayer les observations publiées. La faible variabilité inter-examen pour les scores élevés et l'analyse de la courbe ROC oriente vers le choix d'un pass-fail de 3,5 pour certifier des compétences d'un opérateur pour la biométrie fœtale. Ces résultats nécessitent d'être confirmés dans le cadre d'une étude plus large impliquant d'autres établissements universitaires.

Conclusion : Ces résultats confirment qu'une pratique autonome et sécurisée des biométries fœtales par les internes est possible pour un score OSAUS $> 3,5$.

Apprentissage de la biométrie échographique fœtale : valeur prédictive de l'Objective Structured Assessment of Ultrasound Skills (OSAUS)

Type de communication : Eposter

G. Hossu (1) , G.Ambroise(1), O.Morel(1), P.Gabriel*(3)

(1)Maternité CHRU Nancy, Nancy, France, (3)Maternité CHRU Nancy, Benney, France

**Auteur principal*

Introduction : L'échographie constitue la principale méthode d'imagerie en obstétrique et conditionne la pertinence et la sécurité des soins. Du fait de son caractère intrinsèquement opérateur-dépendant, la pratique d'un contrôle qualité systématique s'impose progressivement dans le cadre du dépistage (Bionuqual). Cependant, il n'existe pas de consensus concernant l'évaluation de la qualité des examens focalisés.

Objectif : L'objectif de cette étude était d'évaluer la valeur prédictive du score OSAUS (Objective Structured Assessment of Ultrasound Skill) pour identifier les opérateurs capables de réaliser une biométrie échographique fœtale valide (I). La variabilité intra-opérateur inter-examen du score (II) et la pertinence d'une certification par un pass/fail score (III) ont été évalués parallèlement.

Matériels et méthodes : Le score générique OSAUS a été adapté afin de répondre au besoin du projet pédagogique METHOD (MEasurement TeachHing in Obstetrics Design) et utilisé pour évaluer le niveau de pratique d'internes en stage dans une maternité de niveau 3. Les participants étaient repartis en deux groupes en fonction de leur expérience préexistante en échographie (« novices » ou « intermédiaires » si < 20 ou ≥ 20 examens échographiques respectivement). Des audits successifs ont permis l'évaluation par l'équipe pédagogique des compétences des internes lors de la réalisation de biométries fœtales. A l'issue de l'examen, l'estimation du poids fœtal (EPF) obtenue par l'interne était comparée à celle établie par un échographiste référent et validée pour une différence < à 0,8 Z-score.

Résultats : 16 internes ont participé à cette étude et ont obtenu des scores OSAUS moyen de 2,2 (+/- 1) et 4,2 (+/- 0,7) pour les 8 « novices » et 8 « intermédiaires » respectivement. L'association entre le score OSAUS et la capacité à produire une EPF valide était significative ($p = 0.00271$) (I). La variabilité intra-opérateur inter examen du score OSAUS était majorée dans le groupe novice (variabilité observée 25% versus 10% au sein des groupes « novices » et « intermédiaires » respectivement) (II). La spécificité et la valeur prédictive positive (VPP) d'un score OSAUS > 3,5 pour identifier la capacité à réaliser une biométrie valide étaient de 77% et 71 % respectivement (III).

Discussion : Ces données confirment la valeur prédictive du score OSAUS et viennent étayer les observations publiées. La faible variabilité inter-examen pour les scores OSAUS élevés et l'analyse de la courbe ROC oriente vers le choix d'un pass-fail de 3,5 pour certifier des compétences d'un opérateur pour la biométrie fœtale. Ces résultats nécessitent d'être confirmés dans le cadre d'une étude plus large impliquant d'autres établissements universitaires.

Conclusion : Ces résultats confirment qu'une pratique autonome et sécurisée des biométries fœtales par les internes est possible pour un score OSAUS > 3,5.

Apprentissage de la biométrie échographique fœtale : valeur prédictive de l'Objective Structured Assessment of Ultrasound Skills (OSAUS)

Type de communication : Eposter

G. Hossu (1) , G.Ambroise(1), O.Morel(1), P.Gabriel*(3)

(1)Maternité CHRU Nancy, Nancy, France, (3)Maternité CHRU Nancy, Benney, France

**Auteur principal*

Introduction : L'échographie constitue la principale méthode d'imagerie en obstétrique et conditionne la pertinence et la sécurité des soins. Du fait de son caractère intrinsèquement opérateur-dépendant, la pratique d'un contrôle qualité systématique s'impose progressivement dans le cadre du dépistage (Bionuqual). Cependant, il n'existe pas de consensus concernant l'évaluation de la qualité des examens focalisés.

Objectif : L'objectif de cette étude était d'évaluer la valeur prédictive du score OSAUS (Objective Structured Assessment of Ultrasound Skill) pour identifier les opérateurs capables de réaliser une biométrie échographique fœtale valide (I). La variabilité intra-opérateur inter-examen du score (II) et la pertinence d'une certification par un pass/fail score (III) ont été évalués parallèlement.

Matériels et méthodes : Le score générique OSAUS a été adapté afin de répondre au besoin du projet pédagogique METHOD (MEasurement TeachHing in Obstetrics Design) et utilisé pour évaluer le niveau de pratique d'internes en stage dans une maternité de niveau 3. Les participants étaient repartis en deux groupes en fonction de leur expérience préexistante en échographie (« novices » ou « intermédiaires » si < 20 ou ≥ 20 examens échographiques respectivement). Des audits successifs ont permis l'évaluation par l'équipe pédagogique des compétences des internes lors de la réalisation de biométries fœtales. A l'issue de l'examen, l'estimation du poids fœtal (EPF) obtenue par l'interne était comparée à celle établie par un échographiste référent et validée pour une différence < à 0,8 Z-score.

Résultats : 16 internes ont participé à cette étude et ont obtenu des scores OSAUS moyen de 2,2 (+/- 1) et 4,2 (+/- 0,7) pour les 8 « novices » et 8 « intermédiaires » respectivement. L'association entre le score OSAUS et la capacité à produire une EPF valide était significative ($p = 0.00271$) (I). La variabilité intra-opérateur inter examen du score OSAUS était majorée dans le groupe novice (variabilité observée 25% versus 10% au sein des groupes « novices » et « intermédiaires » respectivement) (II). La spécificité et la valeur prédictive positive (VPP) d'un score OSAUS > 3,5 pour identifier la capacité à réaliser une biométrie valide étaient de 77% et 71 % respectivement (III).

Discussion : Ces données confirment la valeur prédictive du score OSAUS et viennent étayer les observations publiées. La faible variabilité inter-examen pour les scores OSAUS élevés et l'analyse de la courbe ROC oriente vers le choix d'un pass-fail de 3,5 pour certifier des compétences d'un opérateur pour la biométrie fœtale. Ces résultats nécessitent d'être confirmés dans le cadre d'une étude plus large impliquant d'autres établissements universitaires.

Conclusion : Ces résultats confirment qu'une pratique autonome et sécurisée des biométries fœtales par les internes est possible pour un score OSAUS > 3,5.

Performances diagnostiques des différentes formules de calcul d'estimation de poids fœtal et des courbes de croissance pour l'identification des fœtus petits pour l'âge gestationnel et macrosomes

Type de communication : Eposter

E. Simon (1) , M.Ruillier(1), N.Bourgon*(1), P.Sagot(1), T.Rousseau(1)

(1)CHU Dijon, Dijon, France

**Auteur principal*

Introduction : L'évaluation échographique de la croissance fœtale permet de dépister les anomalies de croissance responsables d'une morbi-mortalité périnatale. Elle utilise des outils mathématiques pour calculer l'estimation du poids fœtal (EPF) et des courbes de croissance prénatales, sur lesquelles sont projetées les EPF. De nombreux outils sont disponibles pour évaluer la croissance fœtale et il n'existe aucun consensus international sur ceux à utiliser en pratique clinique. Notre objectif principal était d'étudier les performances diagnostiques de ces outils dans la prédiction d'un petit poids pour l'âge gestationnel (PAG) ou d'une macrosomie fœtale. L'objectif secondaire était d'étudier les issues périnatales des foetus discordants (PAG-non PAG en fonction des combinaisons utilisées).

Matériel et méthodes : Nous avons mené une étude rétrospective, monocentrique, au CHU de Dijon, 01/01/2015 au 30/06/2019. Nous avons inclus les patientes avec une grossesse singleton, sans malformation fœtale, ayant eu une échographie de dépistage entre 30 SA et 34+6 SA et ayant accouché au CHU. L'EPF a été calculé selon la formule d'Hadlock et d'Intergrowth puis projetée sur les courbes du CFEF, de Bourgogne B0 et B1 et Intergrowth. Le critère de jugement principal était les aires sous la courbes (AUC) des différentes combinaisons formule-courbe testées.

Résultats : 5162 patientes ont été incluses dans l'analyse statistique. Les médianes d'EPF étaient significativement différentes selon la formule d'EPF utilisée (1922,95+/-249,17g vs 1847,89+/-282,42g, $p < 0,001$). Le perceptible médian était également différent en fonction des courbes utilisées sauf pour les courbes B0 et B1. Nous n'avons pas retrouvé de différence significative des différentes AUC en fonction des combinaisons testées pour le dépistage des PAG ou des macrosomes. Cependant L'utilisation des standards Intergrowth était associée à une augmentation du taux de césarienne en urgence avant travail (RR entre 1,58 et 2,17 chez les PAG non diagnostiqués).

Conclusion : S'il n'existe pas de différence significative pour la détection des fœtus PAG ou macrosomes en fonction des différentes combinaisons d'outils utilisées dans notre population, l'utilisation des standards Intergrowth ne semble pas adaptée.

Quel est le taux de complications à court terme en hystérocopie opératoire utilisant l'énergie bipolaire ? Série de 2712 interventions.

Type de communication : Eposter

A. Brentisci* (1) , J.Sroussi(1), J.Bouyou(1), A.Krupskaia(1), M.Mezzadri(2) , E.Marchand (1), A.Fazel(1), C.Mimoun(1), A.Hamidouche(3), J.Benifla(1)

(1)Lariboisiere, Paris, France, (2)Lariboisière, Paris, France, (3)Trousseau, Paris, France

**Auteur principal*

Introduction : L'hystérocopie opératoire est une intervention chirurgicale courante qualifiée de mini-invasive. L'utilisation de sérum physiologique avec l'énergie bipolaire est devenue un standard pour diminuer les complications. Le but de cette étude est d'analyser les taux de complications à court terme.

Matériels/Patientes et méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective, colligeant les hystérocopies opératoires utilisant uniquement l'énergie bipolaire et du sérum physiologique, dans 2 centres hospitalo-universitaires entre 2009 et 2017. Le critère principal d'évaluation était le taux de complications à court terme. Pour chaque patiente, ont été principalement recueillis : l'âge, le geste effectué, le caractère complet ou incomplet du geste, le type de matériel utilisé, la présence et le type de complication, l'utilisation de gel à visée anti-adhérentielle, les modalités d'anesthésie et la durée d'intervention.

Résultats : Nous avons analysé les données de 2712 hystérocopies opératoires. Les trois indications les plus fréquentes étaient : la myomectomie (29,54%; 801/2712), la résection de polype (26,81%; 727/2712), et la cure de synéchie (15,23%; 413/2712). Le taux de complications à court terme était de 7,63 % (207/2712), réparties ainsi : 2,98% (81/2712) déchirures cervicales ayant nécessité un geste de suture, 2,03% (55/2712) perforations, 1,29% (35/2712) hémorragies avec nécessité de traitement médical ou chirurgical, 0,92% (25/2712) faux trajets sans perforation, 0,37% (10/2712) embolies gazeuses, un œdème pulmonaire aigu (OAP), aucun Turp syndrome. Aucune patiente n'est décédée de ces complications. Parmi les perforations, les deux gestes les plus à risque étaient la cure de synéchie (25,45% ; 14/55) et la résection de polype (27,27% ; 15/55). Par ailleurs, 3,39 % des cures de synéchie se compliquent de perforation (14/413) contre 2,06 % pour les résections de polype (15/727).

Conclusion : L'hystérocopie opératoire est peu invasive, mais il existe un taux de complication de 7,63 %, incluant 2,98% de plaies cervicales et 2% de taux de perforation. Les complications graves (embolie gazeuse, OAP) sont rares. Avec l'utilisation de sérum physiologique et d'énergie bipolaire, il n'y a aucun Turp syndrome, ni complication mortelle.

Présentation du siège à terme avec tentative de voie basse, quelles issues pour les patientes ayant un bassin transversalement rétréci « compensé » ?

Type de communication : Eposter

A. Mattuizzi (1) , C.Houssin(1), F.Coatleven(1), H.Madar(1), L.Sentilhes(1) , M.Sarrau (1), M.Vincienne(1), X.Ah-Kit*(2)

(1)Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, Bordeaux, France, (2)CHU de Bordeaux, Bordeaux, France

**Auteur principal*

Introduction : L'objectif était de comparer la voie d'accouchement et la morbidité maternelle et néonatale après tentative de voie basse (TVB) chez des femmes avec un fœtus en présentation du siège à terme en cas de bassin transversalement rétréci dit « compensé » (BTRC) (Indice de Magnin ≥ 230 mm et diamètre bi-épineux (BE) ≥ 95 mm) à celle des patientes ayant un bassin dit normal (diamètre promonto-rétro-pubien (PRP) ≥ 105 mm, transverse médian (TM) ≥ 120 mm, BE ≥ 95 mm et indice de Magnin ≥ 230 mm).

Matériels et Méthodes : Étude observationnelle rétrospective unicentrique au centre hospitalier universitaire de Bordeaux du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2018. Inclusion des femmes avec grossesse monofoetale et présentation du siège après 37 semaines d'aménorrhée (SA). Durant ces 2 ans, une TVB était systématiquement acceptée en cas d'indice de Magnin ≥ 230 mm (peu importe les valeurs du PRP et du TM) et de respect des autres critères d'acceptabilité. Données issues du dossier médical informatisé. Le critère de jugement principal était le taux de césarienne et les secondaires étaient : la morbidité maternelle et néonatale ainsi qu'une difficulté lors de l'accouchement (notifiée sur le compte-rendu, relèvement des bras, ≥ 3 manœuvres obstétricales identiques, rétention de tête dernière, ou césarienne pour échec de voie basse avec refoulement du siège par voie vaginale). Analyse par régression logistique avec ajustement sur l'âge maternel, la parité et l'antécédent de césarienne.

Résultats : Au total, 437 femmes incluses dont 145 TVB : 107 avec un bassin « normal » et 36 avec BTRC. Le risque de césarienne n'est pas augmenté en cas de TVB et BTRC (30.6% si BTRC et 25.2% si bassin « normal » ; OR ajusté (ORa)=1.10, IC95% : 0.46-2.66). La morbidité maternelle et néonatale ne semble pas associée au type de bassin maternel (respectivement, ORa=2.20, IC95% : 0.77-6.29 et ORa=1.16, IC95% : 0.28-4.75). Cependant, il pourrait exister une tendance à plus de difficultés d'extraction en cas de TVB avec BTRC (OR=4.03, IC95% : 1.02-15.95) non retrouvée après ajustement (ORa=3.65, IC95% : 0.87-15.18).

Conclusion : Une TVB en cas de présentation du siège ≥ 37 SA et BTRC ne semble pas associée à un sur-risque de césarienne. La morbidité maternelle et néonatale semble également similaire.

Le pessaire d'Arabin: une alternative dans le prise en charge des menaces d'accouchement prématuré ?

Type de communication : Eposter

A. Matei* (1) , P.Sagot(2), S.Dridi(2)

(1)CHU Dijon, Dijon cedex, France, (2)CHU Dijon, Dijon, France

**Auteur principal*

Introduction : l'utilisation du pessaire d'Arabin dans la prise en charge des menaces d'accouchement prématuré (MAP) reste controversée dans la littérature. Une utilisation systématique des pessaires est proposée au CHU de Dijon depuis le 1er janvier 2016 dans les MAP sévères, après un traitement tocolytique de 48h et en absence d'infection urinaire ou vaginale chez les patientes consentantes.

Objectif : évaluer l'efficacité du pessaire d'Arabin dans la prise en charge des patientes atteintes d'une MAP sévère

Matériels et méthodes : étude rétrospective du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2018 incluant 138 patientes atteintes d'une MAP sévère (terme à la découverte inférieur à 32SA et un col en échographie mesurant moins de 15mm) comparant 2 cohortes : l'une avant la mise en place des pessaires, la deuxième cohorte après ce changement de protocole ; le critère de jugement principal a été le terme de naissance ; les critères de jugement secondaires : l'état néonatal immédiat (évalué fonction des Apgar, ph, lactates, transfert en réanimation) et les complications maternelles (notamment la tolérance du pessaire)

Résultats : 2 groupes ont été comparés : le 1er groupe sans pessaire incluant 69 patiente du 1er janvier 2014 au 31 décembre 2015 et le 2ème groupe incluant 69 patientes du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2018 ayant bénéficié d'une pose de pessaire ; il n'y a pas eu de différence significative entre les 2 groupes pour le terme de naissance (35.62 dans le groupe sans pessaire vs 34.29 avec pessaire ($t = -0.50$ IC95% (-1.65 ; 0.98) p -value = 0.61). L'analyse stratifiée entre les populations singletons (34.74 vs 34.7 $t = -0.15$ IC95% (-1.64 ; 1.40) $p = 0.87$) et grossesse multiple (34.78 vs 33.52 $t = 1.30$ IC95% (-1.56 ; 5.62) $p = 0.22$) ne montre non plus de différence significative entre les groupes sans pessaire/avec pessaire. On n'a pas retrouvé de différence significative entre les complications néonatales immédiates entre les 2 groupes pessaire/sans pessaire.

Conclusion : l'utilisation du pessaire d'Arabin n'a pas démontré son efficacité dans la prise en charge des menaces d'accouchement prématuré sévère en complément d'un traitement tocolytique. Une étude prospective comportant un effectif plus important pourrait confirmer ses données.

Insuffisance cardiaque par cardiomyopathie dilatée du péri-partum : À propos de 5 cas.

Type de communication : Eposter

M. Ibn hadj* (1) , N.Lamiri(2), S.Abouda(3), M.Chanoufi(3)

(1)centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, Ariana, Tunisia, (2)centre de maternité de tunis, Tunis, Tunisia, (3)centre de maternité et de néonatalogie de tunis, Tunis, Tunisia

**Auteur principal*

Introduction : La cardiomyopathie dilatée du péri- partum (CMDPP) ou syndrome de Meadows est une cardiomyopathie congestive d'étiologie inconnue. Elle est caractérisée par une défaillance myocardique qui peut survenir durant le dernier mois de la grossesse et jusqu'à six mois après l'accouchement.

le but de cette étude retrospective portant sue cinq patientes est de dégager les facteurs de risque et étudier le pronostic immédiat et à long terme de la CMDPP.

Résultats : Durant la période d'étude, le diagnostic de CMDPP a été retenu chez 5 patientes. L'âge moyen de nos patientes était de 30.5 ans (23 à 35 ans). La parité moyenne était de 2 (1 à 5 pares). La symptomatologie respiratoire a été présente dans 100% des cas. Des signes d'insuffisance cardiaque gauche ont été constatés chez toutes nos patientes. La radiologie thoracique a montré un aspect d'œdème pulmonaire associé à une cardiomégalie dans tous les cas. Sur le plan échocardiographique, une dilatation des cavités cardiaques gauches a été retrouvée dans 3 cas et une hypokinésie globale a été notée dans 100% des cas. Deux de nos patientes ont nécessité le recours à la ventilation mécanique. Après un séjour moyen de 5 jours, l'évolution a été favorable pour 4 de nos patientes et fatale pour une patiente. Chez une patiente, nous avons constaté la persistance d'une dysfonction ventriculaire gauche.

Conclusion : Le traitement de la CMDPP est le traitement conventionnel de l'insuffisance cardiaque. Le pronostic reste réservé en dehors d'une prise en charge rapide et adéquate.

Implantation d'un programme de chirurgie robotique gynécologique : leçons à retenir des 100 premières procédures.

Type de communication : Eposter

R. Gest* (1)

(1)CHU Tours, Saint roch, France

**Auteur principal*

Introduction : la chirurgie robotique s'est installée dans les blocs chirurgicaux de manière exponentielle ces dernières années, mais avec un accès relativement restreint pour la gynécologie par rapport à l'urologie, jusqu'à ce jour. Des centres commencent à s'équiper d'un deuxième système robotique, permettant l'accès à plus de spécialités mais également des indications plus larges (pathologies malignes et bénignes). L'objectif de ce travail est de rapporter l'expérience initiale de la mise en place d'un programme de chirurgie robotique large dans une équipe chirurgicale gynécologique, rodée à la coelioscopie avancée.

Matériels et Méthodes : il s'agit d'une étude observationnelle prospective dans le service de chirurgie gynécologique du CHU de Rennes du 1er avril au 31 octobre 2018, en intention de traiter. Les patientes incluses étaient toutes celles ayant eu une chirurgie mini-invasive. Nous avons créé deux groupes afin de comparer les 30 premières procédures vs les 30 dernières procédures.

Résultats : sur la période de l'étude, 98 femmes ont été opérées par coelioscopie robot assistée. L'IMC moyen était de 27,2 kg/m² (+/- 7). Les pathologies malignes représentaient 41% des indications opératoires. En comparant les 30 premières procédures vs les 30 dernières procédures on observe une diminution significative des temps de docking avec l'expérience : 14,7 min (\pm 7.0) vs 8,9 min (\pm 5.0), p=0.009. On observe également une tendance à une diminution des temps opératoires pour l'hystérectomie simple : 151,9 min (\pm 56,2) vs 113 min (\pm 51,4), p=0.08.

Conclusion : l'accès large à un programme de chirurgie robotique mini-invasive tant sur le nombre de plages opératoires que sur le nombre d'opérateurs montre une courbe d'apprentissage rapide.

Apport d'un compte-rendu d'accouchement instrumental dans le dossier médical et amélioration de la qualité du dossier dans un but didactique et médico-légal.

Type de communication : Eposter

B. Gachon (1) , F.Pierre(1), M.Sohier lepine*(1)

(1)CHU de Poitiers, Poitiers, France

**Auteur principal*

Introduction : La majorité des plaintes en responsabilité médicale dans le cadre d'accouchements instrumentaux concerne les conséquences de traumatismes maternels ou fœtaux. L'objectif de cette étude est de vérifier les informations disponibles dans le dossier obstétrical des accouchements instrumentaux après l'intégration d'un véritable compte-rendu effectuée sous l'éclairage des dernières recommandations du CNGOF sur les extractions instrumentales. Matériel et méthodes : Les données recueillies concernent les modalités de l'accouchement (indications, type d'instrument(s) utilisé(s), durée d'extraction, hauteur et type de présentation) et les événements indésirables associés sur le plan maternel (déchirures périnéales, lésions obstétricales du sphincter anal, épisiotomie) et fœtal (pH, Apgar à 1 et 5 minutes, lésions néonatales du pôle céphalique et de la face). Les lésions néonatales étaient colligées dans le dossier médical à l'aide d'un document photographique. Résultats : La mise en place de ce compte rendu, a permis un éclairage sur la réalité des pratiques quotidiennes et de leurs conséquences que nous rapportons. Les données recueillies dans ce compte rendu sont les critères indispensables que l'opérateur doit rechercher avant toute extraction, permettant de poser ses limites. La vérification immédiate de la position de l'instrument sur la tête du nouveau-né à travers d'éventuelles lésions, est importante car elle permet de valider les conditions dans lesquelles l'extraction a été faite. Cette analyse des données sera axée sur l'intérêt de l'exhaustivité des données utiles au plan médico-légal. Conclusion : Ce compte-rendu permet de disposer de données précieuses dans le cadre de l'expertise médicale, précisant de façon exhaustive les conditions de l'accouchement instrumental et ses conséquences. Le recueil des lésions cutanées néonatales permet de garder une preuve sur la réalité de l'ampleur des lésions en cas d'une expertise contradictoire. Enfin, l'intégration de ce compte-rendu d'accouchement instrumental dans le dossier médical du patient fait partie des critères de qualité dans le cadre de l'accréditation.

Contexte clinique associé au décès par hématome rétro placentaire en France : résultats de l'enquête confidentielle sur les morts maternelles.

Type de communication : Eposter

A. Brentisci* (1) , A.Sajovitz(1), P.Delorme(1), M.Saucedo(3), C.Deneux-tharoux(2) , G.Kayem (1)

(1)Hopital Trousseau, Paris, France, (2)INSERM EPOPEE, Paris, France, (3)INSERM EPOPEE, Paris, France

**Auteur principal*

Introduction : la mort maternelle est un événement rare dans les pays développés. L'analyse par pathologies peut permettre de comprendre quels sont les facteurs associés au décès et à des soins sous-optimaux. Notre objectif est d'analyser le contexte et la prise en charge de ces décès dans un contexte d'hématome rétroplacentaire (HRP)

Matériels : étude observationnelle prospective en population basée sur les données de l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles en France de 2001 à 2012. Toutes les patientes dont l'histoire obstétricale rapporte un HRP ont été incluses. Les caractéristiques socio démographiques des patientes, les antécédents, le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, les circonstances du décès et les conclusions du comité d'experts ont été analysés.

Résultats : 14 décès ont été recensés (1 patiente retrouvée décédée à domicile) 4 patientes étaient originaires d'Afrique subsaharienne, et 1 haïtienne (36%). 3 patientes étaient hypertendues chroniques. 1 patiente avait un antécédent de pré-éclampsie (PE). 5 grossesses étaient mal suivies. 2 grossesses marquées par de l'HTA et 1 PE. 6 patientes étaient hypertendues à l'admission. 11 patientes ont été césarisées, 2 ont accouché voie basse. 8 patientes avaient des troubles de coagulation nécessitant des polytransfusions. 7 accouchements se sont compliqués d'une hémorragie du post partum. 2 patientes ont bénéficié d'une hystérectomie d'hémostase. Le comité d'experts a jugé que 6 de ces décès étaient évitables et les soins apportés non optimaux. Que pour 3 cas les décès étaient peut être évitables et les soins apportés non optimaux dans 2 cas. 3 étaient non évitables, dans 2 cas l'évitabilité n'a pu être établie

Conclusion : Le risque de décès maternel en cas d'HRP est faible. On retrouve une surreprésentation ethnique. Le suivi de grossesse est important dans l'identification des patientes à risque, mais le contexte hypertensif facteur de risque permettant de repérer facilement ces patientes est rarement présent avant l'événement aigu. La voie basse en cas de mort fœtale ne doit pas être systématique et doit être réévalué durant le travail. On note un retard/refus au traitement chirurgical radical, lorsque la réanimation est intensive, il faut discuter l'hystérectomie d'hémostase

Cancers du col utérin de stade IB : intérêt pronostique de la classification FIGO 2018

Type de communication : Eposter

A. Gauthier* (1)

(1)CH Mignot, Le chesnay, France

**Auteur principal*

Introduction : La nouvelle classification FIGO, publiée en 2018, a pour but d'optimiser la prise en charge des patientes présentant des cancers du col (CC) utérin. L'objectif de ce travail était de comparer, chez les patientes présentant des CC de stade IB, l'apport prédictif et pronostique de cette classification par rapport à la classification FIGO 2009.

Matériels et méthodes : Étude rétrospective, multicentrique menée dans 9 centres hospitaliers français du groupe de recherche FRANCOGYN portant sur des patientes présentant un CC de stade IB. Les données sur les caractéristiques cliniques, radiologiques, histologiques et concernant les modalités de traitement et de suivi ont été recueillies à partir de la base FRANCOGYN.

Résultats : 345 et 312 patientes présentant un CC de stade IB selon les classifications FIGO 2009 et 2018 ont été incluses. La survie sans récurrence (SSR) à 3 ans était de 91,7 % et de 75,2 % au sein des stades IB1 et IB2 de la FIGO 2009 et de 96,2 %, 88,9 % et 82,9 % au sein des stades IB1, IB2 et IB3 de la FIGO 2018. Les taux de récurrences globales (RG) étaient de 9,8 % et 25 % au sein des stades IB1 et IB2 de la classification FIGO 2009 et de 5,8 %, 11,4 % et 19,2 % au sein des stades IB1, IB2 et IB3 de la FIGO 2018. Concernant les RG et locorégionales (LR), nos résultats suggèrent un intérêt pronostique de la subdivision 2018 du stade IB et une meilleure discrimination des modalités de RG et LR de la classification FIGO 2018.

Conclusion : Ce travail est le premier suggérant une meilleure discrimination de la SSR et des modalités de récurrence de la classification FIGO 2018 chez les patientes présentant un CC de stade IB.

Impact de la prise de poids gestationnelle sur le pronostic périnéal

Type de communication : Eposter

P. Decaigny* (1)

(1)CHRU de Besançon, Besancon, France

*Auteur principal

INTRODUCTION : La protection du périnée est devenue une préoccupation essentielle dans la pratique obstétricale. L'IMC maternel et la prise de poids pendant la grossesse restent deux facteurs de risque de déchirure périnéale très controversés dans la littérature. L'objectif de l'étude était d'analyser la relation entre la prise de poids maternelle pendant la grossesse et le pronostic périnéal, en tenant compte des autres facteurs de risque reconnus dans la littérature comme pouvant influencer le pronostic périnéal.

METHODES : Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, rétrospective, menée au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Besançon du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2017. Les patientes incluses étaient les primipares ayant accouché par voie basse spontanée, à terme (> 37 SA), d'un enfant vivant né en présentation céphalique. Les types de déchirures périnéales étaient définis selon la classification anglo-saxonne du Royal Collège. La prise de poids gestationnelle était classée : insuffisante, optimale ou excessive, selon les seuils suggérés par l'institut de médecine en 2009.

RESULTATS : Sur les huit années étudiées, 3 603 patientes répondaient à nos critères. Près de 40 % avait une prise de poids excessive (n = 1 365). La répartition des différents types de déchirures périnéales n'était pas différente entre les deux groupes (p = 0,19). Plus de 80 % des femmes des groupes « prise de poids normale ou insuffisante » et « prise de poids excessive » ont eu un périnée intact ou une déchirure périnéale simple du 1er degré. Dans chacun des groupes, les lésions de 3ème et 4ème degré représentaient une minorité (< 1 %).

DISCUSSION : Il s'agissait d'un sujet très controversé de la littérature actuelle. En effet, l'étude de Hugh et al. publiée en 2016 montrait des effets protecteurs de la prise de poids gestationnelle excessive sur les déchirures périnéales sévères. Alors qu'auparavant Albers et al. affirmaient que les femmes obèses ayant pris du poids de façon excessive avaient plus de risque de déchirures périnéales. Notre étude, de puissance statistique considérable, ne retrouve cependant pas d'impact de la prise de poids gestationnelle sur le pronostic périnéal.

Panorama des thématiques et indicateurs manquants dans le champ de la périnatalité en France : une analyse utilisant la méthode Delphi

Type de communication : Eposter

A. Doncarli* (1)

(1) Santé publique France, Saint-maurice cedex, France

**Auteur principal*

Introduction : La surveillance de la santé de la mère et du nouveau-né est un enjeu majeur de santé publique. La production d'indicateurs est indispensable pour appuyer les décisions politiques en termes de prévention et d'offre de soins. Notre objectif était d'identifier les thématiques et indicateurs pertinents à développer pour améliorer la surveillance de la périnatalité en France.

Matériels et méthodes : Après avoir colligé les indicateurs déjà renseignés au travers d'une recherche bibliographique, nous avons identifié les indicateurs manquants via des entretiens semi-directifs menés auprès de 29 acteurs clés producteurs et/ou utilisateurs des données en périnatalité. Un processus Delphi modifié a ensuite été utilisé pour les prioriser. Il faisait intervenir un groupe de 9 experts qui ont coté entre 0 et 3 l'importance de chacune des thématiques ainsi que la pertinence et la faisabilité de chaque indicateur associé. Une concertation finale avec l'ensemble des acteurs interrogés a permis de valider et d'affiner les indicateurs choisis.

Résultats : Au final, 183 indicateurs manquants repartis en 25 thématiques ont été identifiés. Les thématiques jugées essentielles sont: la santé fœtale, néonatale et infantile (notamment les taux de mortalité selon l'âge gestationnel, la pluralité et le poids de naissance), la morbidité maternelle (dont la santé mentale périnatale), l'exposition aux perturbateurs endocriniens ainsi que les conditions socio-économiques et démographiques des parents. L'allaitement (durée, modalités), les addictions pendant la grossesse (tabac, alcool, drogues) et les pratiques obstétricales sont également des thématiques retenues comme très importantes à renseigner.

Conclusion : Un panorama des indicateurs nécessaires au développement et à l'amélioration du système de surveillance dans le domaine de la périnatalité a été dressé. Certains seront mis en œuvre rapidement et devront être fournis de façon pérenne et régulière à l'échelle nationale et régionale ; d'autres, tels les indicateurs composites, nécessiteront au préalable des travaux de recherche.

TUBERCULOSE ENDOMETRIALE POST-MENOPAUSIQUE : étude de cas

Type de communication : Eposter

A. El hadj issa* (1)

(1)clinique patte d'oie, Cotonou, Benin

**Auteur principal*

INTRODUCTION : La tuberculose demeure un problème de santé publique, surtout dans les pays en voie de développement. Si la forme pulmonaire bacillaire est la plus fréquente, la forme génitale est rare et sous-diagnostiquée. Nous rapportons un cas de tuberculose de l'endomètre.

OBSERVATION : Une patiente de 72 ans ; 5 enfants ; ménopausée depuis 19 ans qui a consulté pour des leucorrhées trainantes sans d'autres signes fonctionnels, ni notion de contagé. Malgré une antibiothérapie adaptée, l'évolution a été marquée par une persistance des leucorrhées. L'échographie pelvienne a objectivé un polype utérin. Une IRM réalisée a noté une structure tissulaire endo-cavitaire de l'utérus. L'examen anatomopathologique des pièces de curetage biopsique de l'endomètre a conclu à une endométrite granulomateuse en faveur d'une tuberculose folliculaire. L'évolution a été favorable sous traitement antituberculeux.

DISCUSSION : L'incidence de la tuberculose génitale n'est pas connue étant donné que beaucoup de cas restent non diagnostiqués à cause de la fréquence des formes latentes et inapparentes. Elle touche plus la femme jeune. Et plus rarement en période en péri- ou post-ménopausique. Ce qui est le cas de notre patiente. Chau N et Houda E ont publié également des cas similaires. Les circonstances de découverte de la tuberculose génitale féminine sont très variées, mais les leucorrhées ne sont signalées que dans 4% des cas. L'hystérosalpingographie, examen de choix montre souvent deux aspects caractéristiques : les synéchies utérines et le classique angiogramme de KIKO. Chez la patiente, compte tenu de l'âge et du polype utérin, le premier diagnostic évoqué était une cause néoplasique. Cela explique pourquoi cet examen n'était pas fait chez la patiente. Le *Mycobacterium tuberculosis* n'a pas été retrouvé. Le diagnostic était indirect par analyse anatomopathologique du matériel de biopsie. L'évolution a été bonne sous traitement avec un tarissement des leucorrhées et une échographie pelvienne normale, alors un traitement chirurgical n'a pas été fait.

CONCLUSION : La tuberculose endométriale n'est pas exceptionnelle et doit être évoquée devant une leucorrhée persistante malgré un traitement adapté, ou un polype utérin en milieu d'endémie tuberculeuse.

« Facteurs influençant le choix d'une reconstruction mammaire après une mastectomie réalisée pour un cancer du sein : Étude de cohorte rétrospective dans le service de chirurgie gynécologique et oncologique de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière »

Type de communication : Eposter

F. Beffara* (1)

(1)Hôpital de la Pitié Salpêtrière, Ivry sur seine, France

**Auteur principal*

INTRODUCTION : Le cancer du sein reste le plus fréquent en France. Une mastectomie totale est parfois nécessaire. Or, 20 à 30% des patientes font une reconstruction mammaire. L'objectif de ce travail est de déterminer les facteurs qui influencent le fait de faire ou non une reconstruction mammaire.

MATÉRIEL & MÉTHODE : Toutes les mastectomies entre janvier 2015 et décembre 2017 étaient inclusibles. Les hommes, les patientes décédées au moment de l'étude, les mastectomies de propreté et celles dont le dossier médical manquait ont été exclues. La qualité de vie des patientes a été évaluée par les questionnaires ICECAP-A et EQ-5D-5L.

RÉSULTATS : L'âge (50 ans vs 65 ans, $P=0,006$), l'état de santé (moins bon chez les patientes NRE), le statut familial (marié/célibataire $p=0,01$), le niveau d'étude ($p=0,0004$), le revenu mensuel net ($p=0,048$), le stade du cancer ($p<0,0001$) différaient entre les deux groupes. La volonté de retrouver une intégrité corporelle ($p=0,046$), se sentir plus désirable ($p=0,02$)/sûre de soi dans la vie sexuelle ($p=0,002$) et de tourner la page du cancer du sein ($p=0,01$) étaient plus importantes pour le groupe de patientes reconstruites tandis que les patientes non reconstruites avaient plus de craintes concernant la survenue de complications ($p=0,002$), la nécessité d'être ré-opérée ($p=0,0003$), le risque de récurrence du cancer du sein ($p=0,03$). L'indice subjectif de qualité de vie était plus bas chez les patientes NRE (7 (6-9) vs 6 (5-8), $p=0,008$). Les patientes NRE avaient plus de difficultés pour se déplacer ($n=8$ vs $n=34$, $p=0,0001$), pour réaliser leurs activités de la vie courante ($n=1$ vs $n=26$, $p=0,02$) et plus de douleurs ($n=52$, $n=53$, $p=0,04$) également.

CONCLUSION: l'âge, l'état de santé global, les conditions socio-économiques, la situation familiale diffèrent entre patientes reconstruites et NRE. Les autres facteurs semblent provenir d'une balance entre la volonté d'avoir un corps intègre et désirable et les risques liés à la chirurgie ou à la récurrence de la maladie.

Cancers du vagin : étude bi centrique dans les CHU de Tours et Rennes entre 2000 et 2017

Type de communication : Eposter

R. Gest* (1)

(1)CHU Tours, Saint roch, France

**Auteur principal*

Introduction : le cancer du vagin est un cancer rare représentant 1 à 2% des tumeurs gynécologiques. La prise en charge n'est pas clairement codifiée et se superpose pour les cancers des 2/3 supérieurs du vagin une prise en charge similaire à celle du cancer du col et pour le 1/3 inférieur du vagin à celle du cancer de la vulve. Cette étude a pour objectif de faire un état des lieux des pratiques et d'analyser le pronostic chez nos patientes.

Matériel et méthode : c'est une étude bi centrique dans les CHU de Tours et de Rennes, entre le 1er janvier 2000 et le 31 décembre 2017 sur la prise en charge du cancer du vagin. Toutes les patientes ayant été prises en charge pour un cancer du vagin ont été incluses. Les patientes présentant une récurrence de CIN ou de cancer du col utérin, une métastase d'un cancer autre que vaginal ou un mélanome ont été exclues.

Résultats : Sur la période de l'étude 52 patientes ont été prises en charge dans l'un des deux CHU. Quarante-sept étaient ménopausées (90,4%) dont 11 (21,2%) ont pris un THM. Sur ces patientes, 19 (36,5%) ont subi une hystérectomie dont 11 (21,2%) pour cause bénigne. Toutes les patientes ont eu une biopsie pour confirmer le diagnostic, 28 patientes (53,8%) ont eu une TEP, 32 patientes (61,5) une IRM pelvienne et 20 patientes (38,5) une TDM, 9 patientes (17,3%) n'ont eu aucun examen d'imagerie dans le bilan diagnostique initial. Quatorze patientes (27,8%) ont eu une stadification ganglionnaire première, 24 (46,2%) une radiochimiothérapie concomitante (RCC) et 29 patientes (55,8%) une curiethérapie (dont 17 soit 32,7% après la RCC). La survie globale à 5 ans tous stades confondus est de 55%.

Conclusion : le cancer du vagin est de diagnostic difficile et l'absence de recommandations officielles en font une prise en charge très hétérogène. La radiothérapie reste un traitement essentiel, la chirurgie, quant à elle, est réservée aux petites tumeurs ou en cas de résidu tumoral.

Myomectomies par laparotomie, coelioscopie et chirurgie robot-assistée: Etude comparative.

Type de communication : Eposter

A. Tardieu* (1) , T.Gauthier(1), F.Margueritte(1)

(1)CHU de Limoges, Limoges, France

**Auteur principal*

Introduction : Le myome utérin est la tumeur bénigne la plus fréquente de la femme en âge de procréer. La myomectomie est indiquée chez les patientes désireuse de conserver leur fertilité. Cette chirurgie peut être réalisée par laparotomie, coelioscopie ou chirurgie robot-assistée. L'objectif de notre étude est de comparer la morbidité des myomectomies effectuées au CHU de Limoges en fonction de la voie d'abord chirurgicale.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective, mono centrique et comparative menée au CHU de Limoges entre janvier 2008 et mars 2019. Nous avons inclus toutes les patientes ayant bénéficié d'une myomectomie par laparotomie, coelioscopie ou chirurgie robot-assistée. Notre critère de jugement principal était la survenue d'une complication en lien avec la myomectomie.

Résultats : 139 patientes ont été incluses dans notre étude. Le taux de complication était significativement plus élevé en cas de myomectomie effectuées par laparotomie que par voie mini-invasive ($p = 0,024$). Il n'existait pas de différence significative concernant le taux de grossesse ($p = 0,186$) ni Le taux de naissance ($p = 0,074$) post myomectomie entre la laparotomie et la voie mini-invasive. La durée d'hospitalisation moyenne était plus importante pour les patientes opérées par laparotomie que par chirurgie mini-invasive ($p < 0,01$). Le taux de récurrence n'était pas influencé par la voie d'abord chirurgicale ($p = 0,45$).

Conclusion : Même si elle n'influence pas la fertilité post myomectomie, il semble nécessaire d'élargir les indications de myomectomie par voie mini-invasive et notamment grâce au développement de la chirurgie robot-assistée.

Localisation métastatique rare d'un sarcome stromal endométrial de bas grade, 20 ans après l'hystérectomie totale

Type de communication : Eposter

A. Leveau-vallier* (1) , C.Le maignan(2), F.Cornélis(1), J.Benifla(1), K.Hadid(1) , M.Mezzadri (1), M.Battistella(2), M.Perrin*(3), V.Placé(1)

(1)Hôpital Lariboisière, Paris, France, (2)hôpital Saint Louis, Paris, France, (3)Institut Gustave Roussy, Villejuif, France

**Auteur principal*

Introduction : le Sarcome Stromal de l'Endomètre de Bas Grade (SSEBG) est une prolifération maligne du stroma endométrial infiltrant le myomètre avec d'éventuels emboles. La survie à 5 ans est de 90% aux stades I - II et de 50% aux stades III et IV. D'évolution lente, des métastases péritonéales, pulmonaires et exceptionnellement mammaires peuvent survenir.

Cas clinique : une patiente de 67 ans a été adressée en oncologie pour la prise en charge de lésions sous-cutanées et viscérales multiples. Elle a pour antécédent une hystérectomie totale inter-annexielle (HTIA) en 1997 pour un myome de 10 cm. Initialement, elle a détecté une masse para-ombilicale dont la biopsie en ville concluait à un « carcinome neuro-endocrine ». Les scintigraphies au 18FDG, à la F-Dopa et la somatostatine donnaient des résultats discordants, la première montrait de multiples nodules hypermétaboliques sous-cutanés et viscéraux sus- et sous-diaphragmatiques. Après relecture des lames, le diagnostic retenu était « myopéricytome bénin disséminé ». L'examen clinique décelait une masse du fond vaginal dont la biopsie concluait à un SSEBG dont le primitif était d'identification délicate en raison de l'HTIA. L'écho-mammographie bilatérale mettait en évidence 3 masses spiculées infra-cliniques du QSE droit classées ACR4 dont le diagnostic histologique concluait aussi à la localisation du SSEBG. Le diagnostic a été confirmé par le réarrangement du gène JAZF1 en FISH.

Secondairement le compte rendu histologique de l'hystérectomie a été retrouvé : la pièce était morcelée, mais l'histologie du nodule correspondait bien à un SSEBG, confirmé par la relecture à l'IGR. Il n'y avait pas eu de surveillance ultérieure.

Conclusion: les SSEBG sont des tumeurs peu agressives avec un risque réel de métastase tardive de localisations très diverses notamment mammaires. Une surveillance très prolongée des patientes est recommandée.

L'interrogatoire clinique et la disponibilité des antécédents anatomopathologiques peuvent contribuer aux diagnostics ultérieurs.

L'information claire, appropriée des patients et la communication entre oncologues, pathologistes et chirurgiens sont indispensables à une prise en charge adaptée.

Syndrome malformatif fœtal rare : SYNDROME DE MECKEL GRUBERE (A PROPOS DE TROIS CAS)

Type de communication : Eposter

A. Mohamed saleh* (1) , H.Chaara(1), F.Fdili(1), M.Melhouf(1)

(1)CHU HASSAN II, Fès-maroc, Morocco

**Auteur principal*

Introduction : Le syndrome de Meckel Gruber (SMK) décrit par Meckel en 1822, et Gruber en 1934 est un syndrome polymalformatif rare de transmission autosomique récessive, associant une encéphalocèle, des gros reins kystiques des reins et une polydactylie. L'échographie constitue, le meilleur moyen de dépistage anténatal de cette affection létale.

Patients et méthodes : Dans notre série nous avons trois cas de Syndrome de Meckel Gruber qui ont été diagnostiqués par le dépistage prénatal.

Résultats : Nous rapportons trois cas de SMK diagnostiqués à la 20ème, 21ème et la 30ème SA. Toutes les grossesses sont issues de mariage consanguin du 1er degré, les trois grossesses étaient de déroulement normal. L'échographie morphologique avait mis en évidence l'association : de gros reins « dysplasiques » (3cas), une encéphalocèle occipitale (3cas), une polydactylie post axiale (2cas) et un anamnios (3cas) avec une dysmorphie faciale dans 1cas. L'évolution a été marquée par une IMG après accord du comité d'éthique et dans les deux autres grossesses, les patientes ont accouché prématurément, les 2 nouveau-nés sont décédés à H1 de vie.

Discussion : Le SMK est une affection autosomique récessive rare, qui est fatale dans les premières heures de vie. Le diagnostic est posé par la recherche de la triade : Encephalocèle, gros reins kystiques et polydactylie post axiale . L'interruption de la grossesse peut être proposée devant ces malformations et elle a été acceptée par une seule patiente. Les diagnostics différentiels, trisomies 13 et 18 sont confirmées par le caryotype, mais il existe d'autres syndromes malformatifs.

Conclusion : Le syndrome de Meckel Gruber est une affection rare, le diagnostic peut être évoqué tôt dans la grossesse par l'échographie morphologique malgré le « polymorphisme » du syndrome.

La confirmation génétique est possible par une étude moléculaire . Dans tous les cas, il est utile de proposer aux parents un conseil génétique car le risque de récurrence est de ¼ à chaque grossesse.

La sexualité du couple face au défi de la grossesse.

Type de communication : Eposter

G. Nour allah* (1) , A.Ben amor(2)

(1)hopital mongi slim La Marsa, Nouvelle medina 3, Tunisia, (2)hopital mongi slim La Marsa, Marsa, Tunisia

**Auteur principal*

Introduction : Pendant la grossesse, la vie du couple subit un énorme changement et ceci peut influencer la sexualité du couple. Notre étude vise à évaluer le vécu et les pratiques sexuelles des femmes pendant la grossesse.

Méthodes : Nous avons mené une étude transversale descriptive portant sur 30 femmes qui se sont présentées en consultation de routine au mois de mars 2019. Nous avons utilisé un questionnaire validé en arabe de l'échelle de la 'Female Sexual Function Index' (FSFI).

Résultats : La moyenne d'âge et la durée moyenne du mariage était de 30 ans et 10 ans respectivement. L'entente sexuelle a été améliorée chez 12 femmes (40%), identique chez 7 femmes (23%) et altérée chez 11 femmes (37%). Les 2 causes les plus fréquentes expliquant cette altération était la fatigue (100%) et l'angoisse de perdre le bébé (45%). L'activité sexuelle a été augmenté chez 10% des femmes, diminué chez 73% des femmes et identique à celle d'avant la grossesse chez 17% des femmes. Selon le FSFI, le désir sexuel durant le dernier mois de la grossesse était élevé dans 10% des cas, moyen dans 53% des cas, faible dans 27% des cas et presque inexistant dans 10%. Durant le dernier mois de grossesse, l'échelle FSFI objective que l'excitation sexuelle était présente presque toujours dans 30% des cas, présente la plupart du temps dans 37% des cas, présente parfois (1 fois/2) dans 23% des cas et présente rarement pendant 10% des cas. 47% des femmes n'avaient pas de difficulté à atteindre l'orgasme pendant le rapport sexuel et 43% des femmes avaient peu de difficulté à le faire. Plus de 90% des femmes étaient au moins moyennement satisfaite de leurs relations sexuelles lors du dernier mois de grossesse. La plupart des femmes (70%) ont également rapporté une douleur moyenne à très élevé pendant ou après la pénétration vaginale.

Conclusion : L'activité sexuelle au cours de la grossesse, et surtout lors du dernier mois, diminue considérablement à cause essentiellement de la fatigue et de l'angoisse des futures mères.

Étude observationnelle exhaustive des pratiques instrumentales dans un centre de niveau 3 sur deux ans.

Type de communication : Eposter

B. Gachon (1) , F.Pierre(1), M.Sohier lepine*(2)

(1)CHU de Poitiers, Poitiers, France, (2)CHU de Poitiers, Chatellerault, France

**Auteur principal*

Introduction : Sous l'éclairage des recommandations sur les extractions instrumentales, nous avons intégré un compte-rendu d'accouchement instrumental dans le dossier obstétrical. L'analyse de ces données a permis de réaliser un état des lieux des pratiques. Objectif : Décrire les modalités de réalisation des accouchements instrumentaux dans notre centre, et les morbidités (maternelle et néonatale) associées à chaque instrument. Matériel et méthodes : Étude observationnelle monocentrique concernant tous les accouchements instrumentaux de 2017 à 2019 en présentation céphalique, de singletons vivants, après 34 SA. Nous avons décrit les caractéristiques maternelles et les modalités de l'accouchement instrumental. Les morbidités (maternelle et néonatale) étaient collectées et analysées. Le projet est conforme aux principes éthiques énoncés par la loi Jardé. Résultats : Nous avons enregistré 489 accouchements instrumentaux sur 4765 accouchements (soit 10,4%) dont 312 par ventouse (63,8%), 92 par forceps (18,8%), 14 par spatules (2,9%) et 71 par double instrumentation (14,5%). Le risque de déchirure périnéale du 1er et 2ème degré n'était pas associé au type d'instrument. Il n'y a pas d'association entre le type d'instrument et le risque de LOSA (5,5% par ventouses versus 5,3% par forceps, $p=0,6$). Le recours à l'épisiotomie était moins important pour les ventouses (10,6%) par rapport aux forceps et spatules (19,6% et 21,4% respectivement, $p<0,05$). Il n'y a pas de différence entre les instruments pour la morbidité néonatale ($p<0,05$). L'utilisation séquentielle de deux instruments entraîne une plus grande morbidité maternelle comparée aux simples instrumentations (42,3% d'épisiotomie versus 12,9% ($p<0,05$) et 9,9% de LOSA versus 4,6% ($p=0,07$) respectivement) et néonatale (73,2% versus 42,1% ($p<0,05$)). Conclusion : Notre taux d'accouchement instrumental est comparable aux données de la littérature avec une pratique restrictive de l'épisiotomie et un taux de LOSA comparable aux données internationales. Notre pratique de la double instrumentation est liée au fait que nous réalisons des instruments sur des présentations hautes, permettant d'éviter la réalisation d'une césarienne. Des stratégies de prévention de la morbidité maternelle (épisiotomie) doivent être étudiées.

ETUDE DE LA VARIATION CIRCADIENNE DES INDICATIONS DE CÉSARIENNES URGENTES EN RÉGION CENTRE VAL DE LOIRE

Type de communication : Eposter

C. Cohen-steiner* (1) , C.Diguisto(1), F.Perrotin(2)

(1)CHU Tours, Tours (37000), France, (2)CHU Tours, Tours, France

**Auteur principal*

Introduction : Un excès de morbidité et mortalité est associé aux naissances par césarienne réalisées la nuit. Le but de cette étude est d'évaluer s'il existe des variations des indications de césarienne en fonction de l'horaire à laquelle elles sont pratiquées, et si ces potentielles variations sont liées au type ou au niveau de maternité.

Matériel et méthodes : Il s'agit d'une analyse secondaire de l'étude prospective multicentrique « Cesar CVDL : étude prospective des césariennes en région Centre-Val-de-Loire ». Toutes les femmes majeures ayant accouché à terme, au cours d'une césarienne pratiquée en urgence, ont été incluses. Chaque cas a été catégorisé selon la classification d'Althabe, qui est une classification par indication. La répartition des indications de césariennes a été comparée selon les plages horaires : 8-22 heures (Jour) et 22-8 heures (Nuit), puis 8-16 heures (Jour), 16-00 heures (Soir) et 00-8 heures (Nuit).

Résultats : Notre population d'étude a inclus 1014 femmes. Les indications de césarienne étaient semblables dans les différents types (p 0,54) et niveaux de maternité (p 0,92). La classification d'Althabe a permis de mettre en évidence une différence d'indication entre le Jour et la Nuit (p 0,002) ainsi qu'entre le Jour, le Soir et la Nuit (p < 0001). Les césariennes pour « antécédent de césarienne » et « causes fœtales » sont plus nombreuses de 8 à 22 heures que de 22 à 8 heures ; celles pour « dystocie » sont plus représentées le Soir. L'indication « suspicion d'asphyxie fœtale per partum » est à l'origine de plus de césariennes nocturnes ce qui pourrait expliquer l'excès de morbi-mortalité associé. Ces variations d'indications sont observées quel que soit le type ou le niveau de maternité.

Conclusion : L'utilisation d'une classification par indication nous montre qu'il existe bien une variation nycthémérale des indications de césariennes urgentes. Cette variation est retrouvée quel que soit le type ou le niveau de maternité, ce qui va à l'encontre de certains préjugés.

Reste-t-il une place en 2019 pour les grossesses prolongées et les termes dépassés? Etude rétrospective de 2016 à 2018 dans le service de Gynécologie et Obstétrique du CHRU de Besançon

Type de communication : Eposter

C. Porte* (1)

(1)AGOF, Besançon, France

*Auteur principal

Introduction : Une grossesse est considérée à terme entre 37+0 SA et 41+6 SA. La morbi-mortalité périnatale augmente à partir de 37 SA. Opter pour un déclenchement de principe du travail entre 37 et 41 SA permettrait de réduire la morbi-mortalité périnatale et le taux de césarienne. Notre objectif principal était d'analyser la voie d'accouchement des patientes ayant bénéficié d'une attitude expectative comparées à celles ayant bénéficié d'un déclenchement artificiel du travail, à terme.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude descriptive et monocentrique entre le 01/01/2016 et le 31/12/2018 au CHRU de Besançon, ayant inclus toutes les patientes présentant une grossesse singleton, en présentation céphalique, à terme, et ayant eu une datation échographique de leur grossesse entre 11+0 SA et 13+6 SA. Les patientes ayant bénéficié d'un déclenchement artificiel du travail ou d'une césarienne avant travail, entre 37 et 41 SA, étaient comparées à celle ayant bénéficié d'une attitude expectative et ayant accouché à une semaine d'âge gestationnel ultérieur, quel que soit leur mode de mise en travail.

Résultats : Six mille trois cent neuf patientes ont été incluses. Le taux global de césarienne dans notre série était de 8,8 % et le taux global de transfert en unité pédiatrique de surveillance spécialisée de 13,9 %. Le risque de césarienne était plus élevé parmi les patientes ayant bénéficié d'un déclenchement du travail à chaque semaine d'âge gestationnel : ORa = 2,72 (IC 95 % [1,68-4,45]) à 37 SA, ORa = 2,19 (IC 95 % [1,38-3,46]) à 38 SA, ORa = 1,71 (IC 95 % [1,16-2,52]) à 39 SA, ORa = 1,36 (IC 95 % [0,92-2,00]) à 40 SA, et 1,04 (IC 95 % [0,68-1,59]) à 41 SA. Le risque de transfert néonatal était significativement moins élevé en cas d'expectative à 37 SA ($p < 0,001$), 38 SA ($p < 0,001$), 39 SA ($p = 0,0004$) et 40 SA ($p = 0,002$), et l'attitude expectative n'était pas associée à une aggravation de la morbidité maternelle et périnatale.

Conclusion : La prise en charge expectative des grossesses entre 37+0 et 41+6 SA, comparée à un déclenchement artificiel du travail, semble associée à un risque moins élevé de césarienne et de transfert néonatal, sans majoration des risques maternels et périnataux.

Cystadénofibrome séreux bilatéral ovarien : A propos d'un cas

Type de communication : Eposter

S. Ammouri* (1)

(1)maternité souissi,centre hospitalier universitaire ibn sina, Rabat, Morocco

**Auteur principal*

Introduction :

Le cystadénofibrome ovarien est une tumeur épithéliale bénigne, rare, dont l'aspect échographique et per-opératoire peut simuler une tumeur maligne, d'où l'intérêt de notre cas clinique.

Observation :

Il s'agissait d'une patiente âgée de 42 ans, multipare, ayant eu un antécédent de tuberculose ganglionnaire, qui avait présenté des douleurs pelviennes chroniques. L'examen clinique a révélé une masse abdomino-pelvienne à mi-chemin de l'ombilic sans masse latéro-utérine nettement identifiée. L'échographie pelvienne a mis en évidence une masse kystique mesurant 170 x 80 x 44 mm, d'échostructure hétérogène, multiloculaire avec des végétations endokystiques et des cloisons avasculaires au doppler. L'utérus était de taille normale avec endomètre fin. Il existait aussi un épanchement intra-péritonéal de faible abondance. La tomодensitométrie abdomino-pelvienne a objectivé une masse pelvienne volumineuse, hétérogène, à composante tissulaire et kystique, sans envahissement loco-régional. Le marqueur tumoral CA125 était élevé. Une hystérectomie extra-faciale avec annexectomie bilatérale et omnectomie était réalisée. Les suites opératoires étaient simples. L'examen anatomopathologique a révélé un cystadénofibrome séreux ovarien bilatéral.

Conclusion :

Le cystadénofibrome séreux de l'ovaire peut avoir un aspect trompeur à l'imagerie. Il est de ce fait un diagnostic différentiel des tumeurs malignes de l'ovaire. Malgré sa rareté, cette tumeur bénigne doit être évoquée devant toute masse kystique de l'ovaire

Corrélation des données échographique et IRM en matière de placenta accréta

Type de communication : Eposter

H. Khalil* (1) , I.Karray*(2)

(1)Hopital Aziza Othmana, Tunis, Tunisia, (2)Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, Tunis, Tunisia

**Auteur principal*

Introduction :

Avec l'augmentation du taux de césarienne, le placenta accréta sera rencontré plus fréquemment. Les cliniciens auront pour mission un diagnostic précoce de cette pathologie grave et potentiellement létale. Deux examens offrent cette possibilité à savoir l'échographie et l'IRM placentaire. Le but de cette étude est d'évaluer la corrélation des données fournies par ces deux techniques d'imagerie et l'éventuelle supériorité d'une d'entre elles.*

Matériel et méthodes :

Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive portant sur 15 patientes pour lesquelles le diagnostic de placenta accreta a été suspecté de janvier 2010 à Janvier 2017. Toutes ces patientes ont bénéficié d'une échographie obstétricale faite par un médecin sénior spécialiste en gynécologie obstétrique ainsi que d'une IRM placentaire. Elles ont par ailleurs bénéficié d'un examen anatomopathologique de placenta.

Résultats :

L'âge moyen des patientes était de 30ans +/- 3,6 ans avec des extrêmes allant de 24 à 35 ans. La gestité et la parité moyennes étaient respectivement de 3.5 et 2.2. Les facteurs de risque de placenta accréta relevés chez ces patientes étaient l'utérus cicatriciel, l'antécédent de manœuvre endo-utérine et un placenta bas inséré. Toutes les patientes ont bénéficié d'échographies obstétricales qui ont objectivé une absence de liseré hypoéchogène entre le placenta et le myomètre (74%), des lacunes intra placentaires(70%) et une association de ces deux signes chez la même patiente(48%) ainsi qu'une hypervascularisation au doppler (70%) . Les données de l'IRM ont infirmé les résultats échographiques dans 6 cas (22,2%). Le diagnostic suspecté par IRM a été confirmé sur le plan anatomopathologique dans 9 cas(60%).Cependant dans 6 cas(40%) ou l'IRM avait exclu le placenta accréta celui-ci a été suspecté à l'échographie et a été retrouvé à l'examen anatomopathologique.

Conclusion :

Malgré les progrès réalisés en matière d'IRM une échographie faite par un opérateur entraîné offre des meilleurs résultats en termes de diagnostic anténatal de placenta accréta. Une meilleure formation des jeunes praticiens et leur sensibilisation vis-à-vis de cette pathologie émergente semble nécessaire l'accès à l'IRM étant parfois difficile.

Stimulation ovarienne contrôlée selon le protocole «Random Start » pour préservation de la fertilité

Type de communication : Eposter

M. Braham (1) , H.Khalil*(1)

(1)Hopital Aziza Othmana, Tunis, Tunisia

**Auteur principal*

Introduction :

Il est souvent urgent de commencer un traitement contre le cancer. Par conséquent, des protocoles alternatifs pour démarrer la stimulation ont été proposés pour la préservation de la fertilité. La stimulation ovarienne contrôlée à démarrage aléatoire ou « Random Start » est-elle aussi efficace que la stimulation à démarrage conventionnel pour la préservation de la fertilité ?

Matériel et méthodes :

L'étude a porté sur 104 patients récemment diagnostiqués d'un cancer et en préparation d'un traitement gonadotoxique, de janvier 2017 à janvier 2019. Les patients ont été évalués dans les 24 à 48 heures suivant le jour où elles nous avaient été adressées par échographie (compte des follicules antraux) et par un dosage de l'AMH. Soixante-cinq patients ont eu une stimulation en phase folliculaire (groupe 1), alors que 49 patients ont eu une stimulation en phase folliculaire tardive ou lutéale (groupe 2). L'ajout de létrozole était obligatoire en cas de tumeurs sensibles aux œstrogènes et les taux d'E2 étaient étroitement surveillés.

Résultats :

L'âge de nos patients variait de 14 à 41 ans, avec une moyenne de 26 ans dans les deux groupes. Soixante-treize pour cent étaient célibataires et 27% mariés. Les taux moyens d'AMH étaient similaires dans les deux groupes ($2,34 \pm 0,7$ dans le groupe 1; $2,29 \pm 0,9$ dans le groupe 2). Toutes les patientes ont suivi un protocole antagoniste. Il n'y avait pas de différence significative dans la durée de la stimulation ($10,6 \pm 2$ jours pour le groupe 1 versus $10,13 \pm 2$ jours pour le groupe 2; $p = 0,5$). Par ailleurs, le nombre total d'ovocytes récupérés lors du prélèvement était similaire dans les deux groupes ($8,06 \pm 3$ dans le groupe 1 versus $7,37 \pm 2$ dans le groupe 2; NS). En ce qui concerne le taux de maturité, aucune différence significative n'a été notée (76% de taux de maturité d'ovocytes dans le groupe 1 et 73% dans le groupe 2).

Conclusion :

La stimulation ovarienne contrôlée à démarrage aléatoire semble aussi efficace que le démarrage conventionnel pour la préservation de la fertilité. Le principal avantage est que le démarrage aléatoire peut réduire les délais et permettre à davantage de patients de préserver leur fertilité, tout en maintenant un traitement anticancéreux dans les deux semaines.

Le vécu de l'accouchement évalué selon une version tunisienne du score de WIJMA : 1ère étape à sa validation

Type de communication : Eposter

G. Nour allah* (1) , A.Ben amor(2)

(1)hopital mongi slim La Marsa, Nouvelle medina 3, Tunisia, (2)hopital mongi slim La Marsa, Marsa, Tunisia

**Auteur principal*

Introduction :

L'accouchement est une expérience majeure dans la vie d'une femme et la peur de l'accouchement suscite un intérêt important dans la littérature.

Cette étude vise à proposer et valider une version arabe du score WIJMA pour la mesure de l'anxiété et la peur des patientes pendant et après l'accouchement.

Méthodes :

Notre étude était divisée en 3 parties : la première partie a concerné les femmes avec un terme de grossesse entre 28 semaines d'aménorrhée (SA) et 34 SA ; la deuxième partie a concerné les femmes en postpartum précoce soit 2 heures après l'accouchement et la troisième partie a concerné les femmes en postpartum tardif soit au 40ème jour après l'accouchement.

Résultats :

Au total 60 femmes ont participé à l'étude (20 femmes dans chaque partie).

La moyenne d'âge était de 34ans.

Pour la 1ère partie de l'étude : Toutes les primigestes ont choisi le score 5/5 pour les deux sentiments « désir d'enfant » et « laisser arriver » et 77% d'entre elles ont choisi le score 0/5 pour les sentiments « le désespoir » et « se conduire mal » ; alors que pour les multipares, la majorité (90%) ont donné le score de 5/5 pour les sentiments « laisser arriver » et « naturel » et 81% ont donné le score de 0/5 pour le sentiment « se conduire mal ».

Pour la 2ème partie : Pour les deux sentiments « désir de l'enfant » et « naturel » toutes les primipares avaient choisi le score de 5/5 et pour le sentiment « laisser arriver » toutes les primipares ont choisi le score de 0/5 ; Le score de 5/5 était attribué par 100% des multipares pour les sentiments « abandonné » et « négligé » et 91.6% ont donné le score 0/5 pour le sentiment « se conduire mal »

Pour la 3ème partie : Pour les deux sentiments « désir d'enfant » et « laisser arriver » toutes les primigestes ont choisi le score 5/5 et pour le sentiment « désespoir » 77% des primipares ont choisi le score 0/5 ; alors que pour les multipares, 9 patientes sur 11 ont donné 5/5 pour le sentiment « désir de l'enfant » et 8 patientes sur 11 ont donné le score 0/5 pour le sentiment « abandonné »

Conclusion :

Les résultats indiquent que les facteurs favorisant la peur de l'accouchement sont la primiparité, l'âge jeune, le bas niveau d'instruction, le non désir de l'enfant et le manque du soutien moral du mari.

Issue et suivie des grossesses chez les primipares âgées

Type de communication : Eposter

G. Nour allah* (1) , A.Ben amor(2)

(1)hopital mongi slim La Marsa, Nouvelle medina 3, Tunisia, (2)hopital mongi slim La Marsa, La marsa, Tunisia

**Auteur principal*

Introduction :

La définition de la primipare âgée est variable dans la littérature, et le seuil n'arrête pas de reculer, en étant actuellement fixé à 40 ans. Cette étude a pour objectif d'étudier le déroulement de la grossesse et de l'accouchement chez ses femmes.

Méthodes :

Nous avons mené une étude rétrospective, transversale, descriptive et monocentrique au sein d'une maternité niveau 3, du 15 février 2018 au 15 avril 2018. Les patientes devaient être primipare et devaient avoir au moins 40 ans le jour de l'accouchement.

Résultats :

L'âge moyen était de 43.5 ans avec un maximum de 47 ans. Le taux de femmes souffrant d'infertilité était de 26.6%. Les grossesses étaient spontanées dans 50% des cas.

La grossesse était régulièrement suivie dans 80% des cas. Les complications les plus fréquentes étaient la rupture prématurée des membranes (RPM), le diabète gestationnel et la menace d'accouchement prématuré (MAP) dans 23.3%, 16.6% et 10% des cas. Les complications sévères de la toxémie gravidique étaient présentes chez 2 femmes (une pré-éclampsie sévère et une mort fœtale in utéro).

Dans 80% des cas, les patientes ont accouché à terme et seules 10% des femmes ont accouché prématurément. L'accouchement était par voie haute dans 53.3% des cas ; les indications étaient principalement une souffrance fœtale aigue dans 31.2% des cas, une RPM avec des conditions locales défavorables dans 18.7% des cas et dépassement de terme dans 12.5% des cas.

Les suites des couches étaient normales. Pas de mortalité maternelle.

Le pronostic fœtal a été caractérisé par un faible poids de naissance dans 13.3% des nouveaux nés, 18.75% des nouveaux nés avaient un score Apgar inférieur à 7. Pas de mortalité périnatale.

Conclusion :

La grossesse chez les primipares âgées est liée à une augmentation des pathologies obstétricales ainsi qu'un pronostic d'accouchement moins favorable que dans le reste de la population.

Qualité des soins en obstétrique : intérêt du concept de near-miss

Type de communication : Eposter

S. Khedhri* (1) , M.Malek(1), F.Mohamed aymen(1), K.Neji(1), M.Garci(1)

(1)centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, La manouba, Tunisia

*Auteur principal

Introduction :

La mortalité maternelle a toujours été la mesure clé dans la surveillance de la santé maternelle. Cependant, devant le déclin des taux de mortalité maternelle, celle-ci ne constitue plus le meilleur indice pour améliorer la prise en charge et le pronostic des grossesses et des accouchements. La morbidité maternelle sévère ou near-Miss a été donc suggérée comme indicateur de la qualité des soins obstétricaux. Nos objectifs étaient d'identifier et étudier les cas de near-miss et discuter ce concept en tant que indicateur de la qualité de soins.

Méthodes :

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive sur les dossiers médicaux sur une période d'une année allant du 1er Janvier 2017 jusqu'au 31 Décembre 2017 dans le Centre de Maternité et de Néonatalogie de Tunis selon la définition de l'OMS 2009.

Résultats :

Nous avons colligé 13328 accouchements, 13071 naissances vivantes, 9 décès maternels et 98 near-miss.

Quarante-huit near miss étaient transférées d'une autre maternité pour complication de la grossesse.

L'âge moyen de nos patientes était de 32,6 ans. Vingt-neuf étaient nullipares et 25 étaient primipares.

L'accouchement était par césarienne dans 80,6% et par voie basse 19,3%.

Le taux d'admission au service de réanimation était de 83,6%.

Un trouble hémorragique était présent dans 69,3% des near miss. L'hémorragie du post-partum était l'étiologie dans 48,9% des cas. Vingt-sept cas avaient un placenta adhérent (accreta/ increta/ percreta).

Les troubles hypertensifs étaient la deuxième cause de morbidité maternelle sévère soit 25,5%.

Trente-quatre hystérectomies d'hémostase (34,6%) étaient indiquées.

Indicateurs de surveillance de la qualité des soins obstétricaux :

- Le rapport de near miss = 7,49/1000 Naissances vivantes.
- Severe Maternal Outcome Ratio = 8,18/1000 Naissances vivantes.
- Le rapport de Near miss/mortalité maternelle : 10 Near miss : 1 Décès maternel.
- L'indice de mortalité est de 8,4%.

Conclusion :

L'étude des Near-miss a permis une meilleure compréhension des complications maternelles et a fourni des données plus complètes sur la morbidité maternelle sévère. Ainsi cette approche permettra d'établir des stratégies afin d'améliorer les soins obstétricaux et pourra être utilisée comme moyen d'évaluation de la qualité de soins obstétricaux.

la pseudopolyarthrite rhizomélique revelant un cancer du col: propos d'un cas.

Type de communication : Eposter

S. Ammouri* (1) , A.Tber(2), C.Elkarkri(3)

(1)maternité souissi,centre hospitalier universitaire ibn sina, Rabat, Morocco, (2)maternité souissi, CHU Ibn sina, Rabat, Morocco, (3)maternité souissi,Chu Ibn sina, Rabat, Monaco

**Auteur principal*

Introduction :

La pseudopolyarthrite rhizomélique (PPR) est un rhumatisme inflammatoire appartenant au groupe des connectivites, fréquent chez le sujet âgé. Certains cas ont été décrits comme syndrome paranéoplasique le plus souvent dans un contexte de syndrome myéloprolifératif et myélodysplasique. Notre cas présente une particularité clinique quant à l'association de la PPR au cancer du col.

Observation:

Il s'agissait d'une patiente âgée de 59 ans, diabétique, ménopausée, qui avait présenté initialement une polyarthrite rhizomélique associée à un syndrome sec minine. Le bilan immunologique était négatif. Une biopsie des glandes salivaires accessoires a objectivé une scialadinite de stade 3. Le bilan radiologique n'a pas révélé de lésion suspecte. Le diagnostic de la PPR a été retenu. Une corticothérapie à la dose de 20 mg fût administrée, avec amélioration de la symptomatologie.

3 ans plus tard, la patiente a reconsulté pour récurrence de la douleur avec apparition des métrorragies post ménopausiques.

Visant un bilan étiologique, un avis gynécologique avec une tomographie thoraco-abdominale (TAP) ont été faits.

la TDM TAP a objectivé un épaississement hétérogène du col, et l'examen gynécologique un col rouge dur saignant au contact.

Une coloscopie avec biopsie a été réalisée, révélant un carcinome infiltrant du col. Le bilan d'extension était en faveur d'un stade 4 de FIGO à l'IRM sans métastase à distance.

Conclusion :

Devant toute PPR, il faut toujours penser à la possibilité de son association avec une néoplasie, et à réaliser un bilan étiologique afin d'éviter la découverte d'un cancer à un stade tardif.

Ligature des artères hypogastriques dans le cadre de l'hémorragie du post-partum

Type de communication : Eposter

H. Khalil* (1) , A.Karoui*(2)

(1)Hopital Aziza Othmana, Tunis, Tunisia, (2)Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, Tunis, Tunisia

**Auteur principal*

Introduction :

Le but de cette étude était de préciser la place et l'efficacité de la ligature des artères hypogastriques dans l'arrêt de l'hémorragie du post partum et la morbidité associée à cette intervention. Nous avons également essayé d'évaluer l'efficacité de la ligature unilatérale de l'artère hypogastrique.

Matériel et méthodes :

Nous avons réalisé une étude descriptive rétrospective sur une période de 3 ans (du 1er janvier 2016 au 31 décembre 2018). Nous avons rassemblé 202 patients ayant subi une ligature des artères hypogastriques pour différentes causes d'HPP. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS® 20. Nous avons calculé des moyennes, des médianes et des pourcentages. Nous avons utilisé des tests de Student et de Fisher pour comparer des données qualitatives et quantitatives. Le seuil de signification a été fixé à 0,05 et l'intervalle de confiance à 95%.

Résultats :

L'âge moyen de nos patients était de $31 \pm 5,2$ ans. La gestité et la parité moyennes étaient de 2,36 et 1,99. L'âge gestationnel moyen était de $37 \pm 2,3$ semaines. La césarienne a été réalisée dans 87,6% des cas. La ligature bilatérale des artères hypogastriques était la première ligne de traitement chirurgical de l'HPP dans 26,2% des cas. Elle a été réalisée après échec d'autres techniques de ligature artérielle dans 73,7% des cas. L'atonie utérine était la principale cause d'HPP (67,8%). Le taux de réussite était de 88,1% pour les ligatures bilatérales des artères hypogastriques et de 84,7% pour les ligatures unilatérales de l'artère hypogastrique.

Conclusion :

La ligature des artères hypogastriques est une technique délicate mais efficace pour la gestion de l'HPP. Nous recommandons d'étendre son enseignement dans les pays ne disposant pas de plateaux techniques permettant l'embolisation artérielle.

Le syndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich associée au cancer du col utérin : un syndrome rare avec une association rare ! à propos d'un cas !

Type de communication : Eposter

Y. Elbaraka* (1)

(1)CHU HASSAN2 FES, Fes, Morocco

**Auteur principal*

Introduction :

Le cancer du col utérin est l'un des cancers les plus fréquents chez les femmes dans le monde. Le syndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich est une forme rare. Nous rapportons un cas rare de syndrome de Herlyn-Werner-Wunderlich associée au cancer du col utérin.

Observation:

Patiente âgée de 65 ans, admise pour des métrorragies. L'inspection deux cavités vaginales. Au spéculum, à gauche une tumeur du col de l'utérus. À droite, le col était normal. ana path carcinome épidermoïde non kératinisant bien différencié. IRM montre une malformation utérine bicornale bi-cervicale. La col utérine gauche présentait une tumeur cervicale de 27 mm. stade Ib FIGO. Une colpohystérectomie élargie radicale a été réalisée. L'examen anatomo-pathologique objectivait un carcinome épidermoïde bien différencié. L'utérus droit était indemne. Avec une agénésie rénale.

Discussion

De rares cas de cancer du col de l'utérus ou de carcinome de l'endomètre ont été décrits en association avec un utérus didelphe. elles peuvent présenter une dysménorrhée, des hémocolpos ou une stérilité. Dans notre cas, la patiente ne reconnaissait pas le didelphes utérus car elle était asymptomatique et développait 10 grossesses. La découverte de cette malformation était au cours de l'examen gynécologique. L'IRM permet de faire le diagnostic des anomalies Mülleriennes, tout comme les hystérosalpingographies, l'hystérocopie et la laparoscopie. D'autres tumeurs malignes ont été signalées dans les anomalies müllériennes, comme lavazzo, a signalé un cas de carcinosarcome utérin sur e utérus didelphe. Sugimori a signalé deux cas de cancer du col utérin chez l'utérus didelphe. L'un était un adénocarcinome étendu et l'autre un carcinome épidermoïde in situ. La chirurgie est le traitement de base. Elle permet de réduire les métastases. Elle peut être complétée par une radiothérapie ou une chimiothérapie tout en évitant la cisplatine qui est néphrotoxique

Conclusion

Quoique rares, les malformations Mulleriennes symptomatiques peuvent cacher des tumeurs graves, d'où l'intérêt d'un bon examen gynécologique ainsi que de différentes exploration afin de permettre un diagnostic précoce et enfin une meilleure PEC

Est-ce que la femme connaît vraiment son corps ?

Type de communication : Eposter

G. Nour allah* (1) , A.Ben amor(2)

(1)hopital mongi slim La Marsa, Nouvelle medina 3, Tunisia, (2)hopital mongi slim La Marsa, Marsa, Tunisia

**Auteur principal*

Introduction :

Le corps humain change beaucoup au cours de la vie d'une femme. Connaitre son corps est essentiel aux femmes pour pouvoir comprendre ce changement. L'étude vise à analyser le degré de connaissance des femmes de leurs organes génitaux.

Méthodes :

Nous avons mené une étude prospective, transversale, et multicentrique basée sur un questionnaire préétabli sur une période allant du 14 février 2017 au 14 mars 2017, dans les centres de santé de la reproduction du grand Tunis auprès de 100 femmes.

Résultats :

La moyenne d'âge des femmes était de 36 ans. Elles étaient analphabètes dans 13 % des cas, 29% avaient un niveau d'études primaires, 33% avaient un niveau d'études secondaires et 25% avaient un niveau d'études supérieures. Le schéma des organes génitaux externes a été correctement légendé par seulement 8% des femmes, et celui des organes génitaux internes par seulement 11% des femmes. La majorité des femmes ont reconnu les fonctions de l'utérus (62%), de l'ovaire (61%) et du vagin (51%) mais 25% des femmes ont reconnu les fonctions des trompes. L'étude a montré que 54% des femmes ont affirmé qu'elles étaient bien informées au sujet de la sexualité avant le mariage. Les trois sources principales d'informations étaient les amis (25%), les études scolaires (16%) et internet (10%). De même, 73% des femmes ont affirmé qu'elles étaient bien informées au sujet de la sexualité après le mariage. Les trois sources principales d'informations étaient le mari (37%), les professionnels de santé (20%) et les amis (16%).

Conclusion :

La sexualité reste un sujet trop peu abordé. Donc il faut motiver les autorités à accorder plus d'intérêt à l'éducation sexuelle.

Le tératome mature cancérisé : une entité rare

Type de communication : Eposter

H. Khalil* (1) , A.Karoui*(2)

(1)Hopital Aziza Othmana, Tunis, Tunisia, (2)Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, Tunis, Tunisia

**Auteur principal*

Introduction :

Les tératomes ovariens représentent les tumeurs germinales les plus fréquentes (10 à 20 %). La transformation maligne de l'une ou plusieurs des composantes du tératome est rare, elle concerne 1 à 3 % des tératomes matures kystiques. . Cette cancérisation peut se faire en carcinome épidermoïde, la plus fréquente en adénocarcinome, ou exceptionnellement en un sarcome ou mélanome. Ceci peut être à l'origine d'un traitement incomplet ainsi que d'une dissémination tumorale en cas de méconnaissance de ce risque.

Matériel et méthodes :

Nous avons réalisé une étude rétrospective concernant 4 patientes qui ont été prises en charge dans notre service du mois d'octobre 2007 au mois de novembre 2017 pour une masse abdomino-pelvienne ayant des caractéristiques radiologiques évocatrices d'un tératome mature. Elles ont bénéficié d'une laparotomie exploratrice et un examen anatomopathologique a été pratiqué dans tous les cas.

Résultats :

Les patientes étaient âgées en moyenne de 57 ans avec des extrêmes allant de 37 à 75 ans. La gestité et la parité moyenne étaient respectivement de 5 et 4.L'état général était conservé chez toutes les patientes. La taille moyenne des kystes était de 14,5 cm avec présence de calcification et d'une composante graisseuse évocatrices du kyste dermoïde, sans hypervascularisation au doppler. Un épanchement pelvien était présent chez une seule patiente. Le dosage des marqueurs tumoraux étaient tous négatifs. L'examen anatomopathologique avait conclu à un tératome kystique cancérisé sous forme de carcinome épidermoïde infiltrant. Des embolies tubaires tumorales ont été retrouvés chez une seule patiente. Les cytologies péritonéales étaient négatives. Le bilan d'extension était négatif dans tous les cas.

Conclusion :

La cancérisation des tératomes matures bien qu'étant une entité rare, elle doit être présente à l'esprit de tout clinicien afin de ne pas la méconnaître. Cette cancérisation survenant majoritairement chez des femmes ménopausées, il en ressort que tout kyste dermoïde diagnostiqué doit être réséqué afin d'éviter une exposition prolongée a des facteurs carcinogènes responsables de sa transformation maligne.

Analyse des troubles sexuels dans le syndrome de Sjögren : Questionnaire auprès de 25 patientes

Type de communication : Eposter

I. Abbassi* (1) , M.El euch*(1), A.Kefi(2), F.Jaziri(1), S.Turki(1) , K.Ben abdelghani (1), T.Ben abdallah(1)

(1)Service de médecine interne A, Tunis, Tunisia, (2)Service de médecine interne, Tunis, Tunisia

**Auteur principal*

Introduction :

Les troubles sexuels associés à un Syndrome de Sjögren (SS) qu'il soit connu ou inaugural sont des motifs de consultation fréquents et sources de souffrance chez les patientes . Afin de mieux comprendre ces troubles et améliorer la prise en charge, on a établi un questionnaire dans le but d'évaluer le retentissement de la maladie sur leur vie sexuelle.

Matériels et méthodes :

Nous avons mis au point un questionnaire de type CAP (connaissances, attitudes, pratiques) destiné à évaluer la qualité de la vie sexuelle chez 30 patientes suivies pour un SS (primaire ou secondaire) dans un service de médecine interne.

Résultats :

Les résultats préliminaires (étude en cours) montrent que les connaissances des patientes concernant les rapports sexuels sont acceptables. La plupart des patientes ayant répondu au questionnaire, ont eu leur premier rapport sexuel après le mariage et avant l'installation de la maladie. La dyspareunie et la sécheresse vaginale étaient les plaintes les plus rapportées. Nous avons mis en évidence un manque de communication des patientes avec leurs partenaires concernant les rapports sexuels et les préliminaires, ainsi qu'un temps raccourci destiné aux préliminaires, ce qui pourrait aggraver entre autre, la fréquence de la dyspareunie et de la sécheresse vaginale, engendrant petit à petit le refus des rapports sexuels et la détérioration de la qualité de vie sexuelle de nos patientes.

Discussion et conclusion :

La principale problématique reste le manque de communication sur la sexualité. La plainte la plus fréquente est la dyspareunie qui pourrait être le signe d'une affection organique, et dans ce cas, l'atteinte des glandes exocrines vaginales, ou de troubles psycho-sexuels, qui devraient être dépistés précocement afin de pouvoir introduire une thérapie adaptée a chaque patiente avant la survenue des dégâts sur le plan conjugal et social. A travers ce travail, nous insistons sur la fréquence des troubles sexuels chez les femmes porteuses d'un syndrome de Sjögren qu'il soit primaire ou secondaire, qui doit être recherché systématiquement par les médecins de première ligne pour assurer une prise en charge précoce et adéquate.

INFLUENCE DU DPNI SUR LE TERME DE RÉALISATION DES RÉDUCTIONS EMBRYONNAIRES

Type de communication : Eposter

M. Paris* (1) , V.Tsatsaris(2), O.Anselem(2), M.Vinciennes(3)

(1)Interne, Paris, France, (2)Hopital Port Royal, Paris, France, (3)Hopital de Pellegrin, Maternité Aliénor d'Aquitaine, Diagnostic antenatal, Bordeaux, France

**Auteur principal*

INTRODUCTION Le DPNI est un examen de dépistage qui sera de plus en plus réalisé dans les prochaines années. L'objectif de notre étude était de déterminer de quel manière il était intégré au sein de la prise en charge des réductions embryonnaires en cas de grossesse trichoriale.

MATERIEL ET METHODE Un questionnaire en ligne a été envoyé aux 48 Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal (CPDPN) de France et des DOM-TOM. Les réponses ont été collectées entre juillet et septembre 2018.

RESULTATS Parmi les 48 CPDPN, 31 centres ont répondu à notre questionnaire et 28 de ces centres acceptaient les demandes de réduction embryonnaire. Vingt-six de ces centres pensent que l'introduction du DPNI n'a pas modifié le terme de réalisation des réductions embryonnaires. Les réponses concernant les techniques et les termes de réalisation des réductions embryonnaires apparait homogène. Au contraire, les réponses concernant l'intégration du DPNI au sein de la prise en charge des réductions embryonnaires et les conduites à tenir en fonction des résultats obtenus apparait hétérogène.

DISCUSSION Au vu de ces résultats et des connaissances actuelles concernant le DPNI nous proposons de réaliser le DPNI le plus précocement possible et d'attendre les résultats avant de réaliser la réduction embryonnaire. Dans la cas d'un résultat non contributif, il serait discuté avec le couple la réalisation ou non d'un deuxième DPNI avant la réalisation de la réduction embryonnaire

CONCLUSION Notre étude souligne l'hétérogénéité des pratiques des CPDPN et invite à l'élaboration d'une stratégie commune pour harmoniser les pratiques.

INFLUENCE DU DPNI SUR LE TERME DE RÉALISATION DES RÉDUCTIONS EMBRYONNAIRES

Type de communication : Eposter

M. Paris* (1) , V.Tsatsaris(2), O.Anselem(2), M.Vincienne(3)

(1)Interne, Paris, France, (2)Hopital Port ROYAL, Paris, France, (3)Hopital Pellegrin, Maternité d'Aliénor d'Aquitaine, diagnostic anténatal, Bordeaux, France

**Auteur principal*

INTRODUCTION Le DPNI est un examen de dépistage qui sera de plus en plus réalisé dans les prochaines années. L'objectif de notre étude était de déterminer de quel manière il était intégré au sein de la prise en charge des réductions embryonnaires en cas de grossesse trichoriale.

MATERIEL ET METHODE Un questionnaire en ligne a été envoyé aux 48 Centres Pluridisciplinaires de Diagnostic Prénatal (CPDPN) de France et des DOM-TOM. Les réponses ont été collectées entre juillet et septembre 2018.

RESULTATS Parmi les 48 CPDPN, 31 centres ont répondu à notre questionnaire et 28 de ces centres acceptaient les demandes de réduction embryonnaire. Vingt-six de ces centres pensent que l'introduction du DPNI n'a pas modifié le terme de réalisation des réductions embryonnaires. Les réponses concernant les techniques et les termes de réalisation des réductions embryonnaires apparait homogène. Au contraire, les réponses concernant l'intégration du DPNI au sein de la prise en charge des réductions embryonnaires et les conduites à tenir en fonction des résultats obtenus apparait hétérogène.

DISCUSSION Au vu de ces résultats et des connaissances actuelles concernant le DPNI nous proposons de réaliser le DPNI le plus précocement possible et d'attendre les résultats avant de réaliser la réduction embryonnaire. Dans la cas d'un résultat non contributif, il serait discuté avec le couple la réalisation ou non d'un deuxième DPNI avant la réalisation de la réduction embryonnaire

CONCLUSION Notre étude souligne l'hétérogénéité des pratiques des CPDPN et invite à l'élaboration d'une stratégie commune pour harmoniser les pratiques.

Hémorragie de la délivrance : notre sac de recueil est-il fiable ?

Type de communication : Eposter

E. Arsene (1) , J.Alline*(2), L.Pauliuc(2), P.Dile(2)

(1)centre hospitalier de calais, Calais, France, (2)CH Calais, Calais, France

**Auteur principal*

Introduction : L'hémorragie de la délivrance (HDD) est la première cause de mortalité maternelle en France et dans le monde. La qualité de sa prise en charge dépend de sa reconnaissance précoce et de la précision de la mesure des pertes sanguines. La lecture d'un sac gradué améliore la détection des pertes de sang par rapport à l'estimation visuelle ou la pesée de protections. Mais sa précision et sa reproductibilité n'ont jamais été évaluées. Dans cette étude nous avons comparé la quantification visuelle du sac gradué (par deux opérateurs différents) à sa pesée, dans les HDD après accouchement par voie basse.

Matériel et Méthode : Etude prospective unicentrique menée sur une période de 5 mois dans une maternité de niveau III. Les césariennes ont été exclues. En cas de saignements estimés supérieurs à 500cc une double lecture du sac était effectuée de manière indépendante (sage-femme ou interne/médecin sénior). Le sac de recueil était pesé à l'issue de l'HDD puis converti en millilitres (*0,94) après retrait du poids du sac (60 g). Le critère de jugement principal était de savoir si la différence entre la lecture visuelle du sac de recueil et la pesée était statistiquement significative. Dans un second temps nous avons évalué s'il existait une variabilité interopérateur significative.

Résultats : Entre mai et septembre 2019, le taux d'accouchement voie basse était de 85,3% (686/804). Le taux d'HDD par voie basse était de 4,9 % (34/686). Il y avait une différence statistiquement significative entre la lecture visuelle et la pesée lorsque le lecteur était l'interne ou la sage-femme ($p=0,0003$, IC (-532ml/-174ml)). Cette différence était également significative lorsque le lecteur était le médecin sénior ($p=0,0010$ (-502ml/-140ml)). Il n'y avait pas de variabilité significative inter observateur ($p=0,7$, (-200ml/+137ml)).

Discussion : Cette étude suggère une différence significative entre l'estimation visuelle des pertes sanguines dans le sac de recueil et la réalité des pertes corrigée par la pesée. La pesée systématique du sac de recueil dans les HDD pourrait permettre une correction de l'estimation visuelle et donc une adaptation de la prise en charge thérapeutique au volume réel de l'hémorragie.

Mode d'accouchement des grossesse gémellaires après 37 SA: Quid de la radiopelvimétrie

Type de communication : Eposter

P. Sohou* (1) , J.Boujenah*(2), L.Carbillon(3)

(1)Paris XIII. hopital Bondy, Cotonou, Benin, (2)CHU jean Verdier, Bondy, France, (3)CHU paris XIII, Bondy, France

*Auteur principal

INTRODUCTION

La place de radiopelvimétrie en cas de grossesse gémellaire n'est pas consensuelle. Cependant dans l'étude JUMODA, il n'est pas fait référence à la pelvimétrie pour le choix du mode d'accouchement. Or la seule enquête réalisée en 2006(AUDIPOG) relevait qu'elle était réalisée dans 50% des situations de gémellaire . L'identification d'un biais de sélection lié à la pelvimétrie est dès lors nécessaire. L'objectif de notre travail était de décrire l'influence de la pelvimétrie sur le mode d'accouchement des gémellaires après 37SA dont le J1 est en présentation céphalique (PC).

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Etude rétrospective observationnelle du mode d'accouchement des gémellaires au delà de 37 SA entre 2010-2018 au sein d'une maternité type IIb. Ont été inclus les grossesses gémellaires après 37SA avec J1 en PC. Ont été exclus les accouchements avant 37SA, les morts in utéro, les interruptions médicales de grossesses, J1 en siège

Dans notre pratique, en l'absence de contre indication à une voie basse (utérus multicatriciel, antécédent de déchirure sphinctérienne stade III-IV, placenta bas inséré), une pelvimétrie était systématiquement réalisé après 37SA.

Puis la décision du mode d'accouchement était guidée par une décision collégiale selon: (i) le désir de la patiente (ii) la différence de poids entre J1-J2 > 25% (iii) la normalité de la pelvimétrie (définie par un diamètre PRP \geq 105 cm ; TM \geq 120cm Bi Epineux \geq 9.5cm) (iv) la nécessité d'une induction du travail (v) l'antécédent de césarienne.

Le critère de jugement principal était le mode d'accouchement.

RESULTATS

Entre 2010-2018, 166 (21.2%) gémellaires après 37SA avec J1 en PC ont été prise en charge. Une tentative de voie basse a eu lieu pour 111 (66.9%) et 57 (51.4%) ont accouché par les voies naturelles.

La répartition des césariennes programmées étaient: 38% utérus unicatriciel; 35.3% pour seul bassin étroit à la pelvimétrie; 18,3% risque fœtal ou maternelle (pré-éclampsie); 4.2% différence J1-J2; 4,2% ATCD de LOSA

CONCLUSION

Dans notre expérience, 1/3 des césariennes programmées en cas de grossesse gémellaire J1 en PC l'ont été en raison de la pelvimétrie. Les résultats des études observationnelles récentes devraient tenir compte de cet éventuel biais de sélection lors de l'analyse de la TAVB.

Comparaison de la morbidité materno-foetale immédiate lors d'une assistance instrumentale par spatules ou par forceps.

Type de communication : Eposter

M. Lebraud* (1)

(1)CHU TOULOUSE, maternité Paule de Viguier, Toulouse, Finland

*Auteur principal

INTRODUCTION

En France, environ 12% des naissances nécessitent une assistance instrumentale par voie basse. Trois instruments peuvent être utilisés: forceps, spatules et ventouse, selon la situation obstétricale et les habitudes de l'opérateur. Si la ventouse reste l'instrument le plus utilisé, il est nécessaire de maîtriser un 2ème instrument pour s'adapter aux différentes situations obstétricales. L'objectif de notre étude était de comparer la morbidité materno-foetale immédiate lors d'une assistance instrumentale par spatules ou par forceps.

METHODES

Nous avons réalisé une étude de cohorte rétrospective bicentrique de janvier 2014 à décembre 2018, incluant tous les accouchements instrumentaux sur singleton en présentation céphalique après 22 SA, par forceps (instrument majoritaire au CHU de Limoges) et par spatules (CHU de Toulouse) en instrument de 1ère intention. Étaient exclues les grossesses multiples, les morts fœtales in utero. Le critère de jugement principal était l'état périnéal (épisiotomie, déchirures périnéales, vaginales, cervicales). Les critères secondaires étaient les critères néonataux et paramètres de l'accouchement. Une analyse multivariée sur les facteurs de risque associés aux Lésions Obstétricales du Sphincter Anal (LOSA) a été réalisée. Notre étude a obtenu l'approbation du CEROG.

RESULTATS

Sur 36450 accouchements, 1108 patientes ont été incluses au CHU de Limoges et 2574 au CHU de Toulouse, soit un taux d'accouchement instrumental de 10.1%. Le taux d'épisiotomie était de 89,3% pour le forceps et 69.9% pour les spatules ($p < 0,0001$). Le taux de LOSA était de 6,82% et 5,34% respectivement ($p = 0,05$). Il n'y avait pas de différence significative concernant les traumatismes néonataux. Il a été observé dans les deux centres une diminution significative du taux d'épisiotomie sur les deux dernières années sans augmentation concomitante du taux de LOSA.

DISCUSSION

Notre étude retrouve une morbidité périnéale significativement diminuée lors d'un accouchement instrumental par spatules par rapport au forceps. Les spatules pourraient ainsi bénéficier d'une diffusion plus large, dans un contexte de recommandations nationales en faveur de la protection périnéale.

MOTS CLEFS

Accouchement instrumental- Spatules- Forceps- Morbidité maternofoetale -Episiotomie-LOSA

Diagnosis and treatment of a clitoral endometriosis nodule, a case report

Type de communication : Eposter

A. Ponzio-Klijanienko* (1)

(1)Centre hospitalier intercommunal de Montreuil, Paris, France

**Auteur principal*

Introduction

Endometriosis is a common gynecological disease, affecting 3-10% of women at reproductive age, but perineal and vulvar endometriosis are rare in the literature. This case report describes a unique case of clitoral endometriosis.

Case report

A 26 year-old woman who had undergone clitoral transposition 4 years ago, presented intensive pain in the periclitoral region, where a painful mass in the surgical area had been developing in the last 6 months.

The histopathology report was in favor of a benign endometrial cyst.

We then asked a specialist to reread the MRI and he objectivated an endometriosis nodule, and uterine endometriosis but no other localization of pelvic endometriosis.

Postoperatively, on further exploration, we discovered that the previously described pain was cyclic and catamenial. The patient was no longer suffering and there was no relapse of the endometrioma at the 6 months follow up.

Discussion

History and physical examination are important in detecting scar endometriosis and the most common findings are swelling, pain and more rarely bleeding. Menstruation-related pain and swelling in the anamnesis should be considered as pathognomonic signs, since similar symptoms can be caused by many disorders such as hematoma, neuroma, granuloma and neoplasia.

Conclusion

We present a unique case of clitoral endometriosis 4 years after a clitoral transposition surgery, with no previous diagnosis of endometriosis.

Éviscération périnéale spontanée du grêle par une élythrocele fistulisée : à propos d'un cas

Type de communication : Eposter

C. Minella* (1)

(1) Hopitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

**Auteur principal*

Introduction

L'éviscération périnéale est une affection rare. Plusieurs cas ont été décrits dans la littérature, le plus souvent dans le cadre d'une contusion pelvienne secondaire à un accident de la voie publique de forte cinétique. Peu de cas d'éviscération périnéale spontanée en cas de prolapsus génital ont été rapportés dans la littérature.

Présentation du cas

Il s'agit d'une patiente de 90 ans qui a présenté une rupture vaginale spontanée compliquée d'une éviscération de l'intestin grêle dans le cadre d'un prolapsus utérin. Nous avons réalisé dans un premier temps une laparotomie médiane exploratrice, permettant d'identifier une incarceration de l'ensemble de l'intestin grêle extériorisé à travers un orifice herniaire d'environ 5 cm localisé au niveau du cul de sac vaginal postérieur en rapport avec une ancienne élythrocele probablement fistulisée. Après désincarcération, une résection-anastomose digestive de l'intestin grêle a été réalisée en raison d'une ischémie intestinale. Les suites opératoires étaient simples et le suivi sans particularité.

Discussion

Des cas d'éviscérations périnéales ont été décrits dans la littérature majoritairement chez des femmes ménopausées dans un contexte de traumatisme abdominal ou de lâchage de suture post-opératoire surtout après hystérectomie et d'autant plus dans les suites d'un rapport sexuel. L'éviscération périnéale spontanée est cependant une condition rare.

L'atrophie vulvovaginale et le statut ménopausique sont les deux principaux facteurs d'éviscération périnéale. En cas d'élément de prolapsus, le risque d'ulcération s'y ajoute, du fait de la perte de trophicité vaginale et d'autant plus que le vagin est en contact avec un corps étranger irritant, tel un pessaire. Une approche chirurgicale par voie vaginale afin de limiter les complications liées à la laparotomie a été discutée par certains auteurs, mais il n'existe à l'heure actuelle pas de recommandations claires.

Conclusion

Par l'exposé de ce cas, il nous semble important de ne pas négliger la prise en charge des prolapsus notamment chez des patientes présentant une atrophie vaginale marquée. Une éducation thérapeutique relative quant à l'utilisation du pessaire associée à un suivi gynécologique régulier semblent pertinents pour ces patientes.

Performance des courbes d'estimation de poids foetal individualisées (Ego 2006) versus généralisées (INTERGROWTH-21st) pour le diagnostic des nouveau-nés petits pour l'âge gestationnel sévères ayant une morbid mortalité augmentée, à terme, dans une populati

Type de communication : Eposter

V. Bongard (1) , C.Poujade*(2), O.Dicky(1), B.Guyard-boileau(2), O.Parant(2) , L.Paret perinelli (2), C.Vayssiere(2)

(1)CHU Purpan, Toulouse, France, (2)CHU Paule de Viguiier, Toulouse, France

**Auteur principal*

INTRODUCTION

L'objectif est de comparer la performance des courbes d'estimation de poids foetal individualisée Ego 2006 (taille, poids, parité maternelle, sexe foetal) et généralisée INTERGROWTH-21st pour le diagnostic des nouveau-nés à terme PAG sévère (poids de naissance < 3^p) ayant une morbid mortalité élevée, dans une population obstétricale à bas risque.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Notre étude est réalisée au CHU de Toulouse (maternité de niveau 3). Des données rétrospectives ont été recueillies de janvier 2015 à décembre 2018. Les nouveau-nés singleton à terme (37 à 41SA) issues de grossesses à bas risque (exclusion des patientes présentant une pathologie vasculaire placentaire, un diabète gestationnel ou préexistant, une HTA chronique) (n=12 267) ont été classés en 4 groupes : PAG sévère par les deux courbes, PAG sévère Ego 2006, PAG sévère INTERGROWTH-21st, non PAG sévère. Le critère de jugement principal était composite de morbid mortalité néonatale sévère (admission en réanimation, détresse respiratoire (Intubation orotrachéale (IOT) ou ventilation non invasive (CPAP) ≥4h), score d'APGAR à 5 minutes <4, acidose foetale sévère (pH artériel ombilical au cordon <7), mort foetale in utéro (MFIU), décès néonatal). Le critère de jugement secondaire était composite de morbid mortalité néonatale non sévère (admission en réanimation, en unité de soin intensif pour une durée ≥48h, assistance respiratoire (IOT ou CPAP), score d'APGAR à 5 minutes <7, acidose foetale (pH artériel au cordon <7,10), MFIU, décès néonatal).

RÉSULTATS

Les nouveau-nés définis PAG sévères par les deux courbes (n=192 =1,6%) présentaient une morbid mortalité néonatale sévère supérieure aux non PAG sévères (n=11 739 =95,70%) (OR=3,35, IC 95% [1,74-6,46] p<0,01). Les nouveau-nés définis PAG sévères par la courbe Ego 2006 (n=286 =2,33%) présentaient une morbid mortalité néonatale non sévère supérieure aux non PAG sévères (OR=2,19, IC 95% [1,61-2,99] p<0,01). Aucun des nouveau-nés définis PAG sévères par la courbe INTERGROWTH-21st (n=10 =0,01%) ne répondaient au critère de jugement principal ni secondaire.

CONCLUSION

La courbe Ego 2006 présente une meilleure performance pour détecter les nouveau-nés à terme présentant une morbid mortalité augmentée par rapport à INTERGROWTH-21st dans une population à bas risque.

Evaluation d'un mode de dépistage original des suspicions de macrosomie fœtale

Type de communication : Eposter

A. Cariou (1) , A.Charveriat(1), A.Brossard-violeau(1), B.Gachon(1), F.Pierre(1) , S.Gbia* (2), A.N'doye(1)

(1)CHU Poitiers, Poitiers (86000), France, (2)CHU de POITIERS, Poitiers (86000), France

**Auteur principal*

Introduction

La macrosomie fœtale augmente le risque de morbidité materno-fœtale. Les performances de son dépistage échographique sont limitées et peuvent aboutir à une gestion inadaptée des modalités d'accouchement. Dans notre équipe les suspicions de macrosomie sont évaluées individuellement à l'aide d'une double estimation clinique et échographique. Notre objectif était d'évaluer l'impact de cette politique sur la morbidité maternelle et néonatale.

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude monocentrique observationnelle du 01.01.18 au 30.05.19, concernant les grossesses uniques ayant un dossier obstétrical ouvert dans le service. Les critères d'inclusions étaient une HU \geq 35 cm avant 39 SA et/ou une estimation de poids fœtale \geq 95ème percentile CFEF à l'échographie du 3ème trimestre. Pour ces femmes une estimation du poids foetal échographique , puis une clinique par un obstétricien aveugle des données du dossier étaient réalisées. Fort de ces critères les modalités d'accouchement étaient décidées de manière personnalisée. Nous avons collecté les modalités d'accouchement et les données concernant la morbidité materno-fœtale. Le critère de jugement principal était le mode d'accouchement et les critères secondaires étaient la survenue de : hémorragie du post partum (HPP), LOSA , dystocie des épaules. Les données étaient analysées à l'aide des méthodes statistiques usuelles. Le projet est conforme aux principes éthiques de la loi Jardé.

Résultats

Cent trente-six femmes ont été incluses. Il y a eu 52 déclenchements artificiel du travail (38.2%) au terme moyen de naissance à 39 SA et 2 jours et un poids moyen de 3903g ; 8 césariennes programmées au terme moyen de 39 SA et 2 jours et un poids moyen de 4445g (5.8%) ; 76 début spontané du travail (55, 8%) au terme moyen de 40SA et un poids moyen de 3837g.

Concernant la morbidité entre les groupes déclenchement et début spontané du travail, le taux d'HPP était plus élevé OR 3.24, IC 95% [0.81;15.59] ; ainsi que le taux de LOSA OR 1.485, IC 95% [0.19 ;11.54].

Conclusion

Cette politique de prise en charge a permis de statuer sur le mode d'accouchement pour éviter les naissances de nouveau-nés macrosomes et les complications qui en résultent, tout en augmentant la vigilance des équipes lors de ces accouchements.

LA THROMBOPHLEBITE CEREBRALE ET GROSSESSE A PROPOS DE 8 CAS ET REVUE DE LA LITTERATURE

Type de communication : Eposter

M. Ibn hadj* (1) , N.Lamiri(2), K.Magdoud(2), M.Chanoufi(2)

(1)centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, Ariana, Tunisia, (2)centre de maternité de tunis, Tunis, Tunisia

**Auteur principal*

Introduction

La thrombophlébite cérébrale (TPC) est une pathologie très rare mais grave, elle regroupe les thromboses des sinus veineux de la dure mère et des veines cérébrales superficielles et profondes. Elles peuvent survenir à tout âge, le plus souvent chez la femme jeune pendant la grossesse et la période du post-partum.

Cette étude a pour but d'analyser les particularités cliniques, les facteurs de risque, les moyens du diagnostic et le principe de la prise en charge.

Matériel et méthodes

Notre travail est une étude rétrospective réalisée durant une période de 9 ans. Huit cas de thrombophlébite cérébrale ont été enregistrés. Les critères d'inclusion : thrombose veineuse cérébrale survenant chez la femme en période de grossesse ou du post-partum.

Le diagnostic repose sur l'IRM couplée à l'Angio-IRM. Le traitement consiste en une héparinothérapie relayée par les antivitamines K.

Résultats

L'âge moyen de nos patientes a été de 32.1 ans. 4 patientes étaient des primipares, 3 pauci pares et une multipare. La TPC est survenue au cours du premier trimestre de la grossesse dans 1 cas et pendant la période du post-partum dans 7 cas. 4 patientes ont accouchées par voie basses et trois par césarienne sous anesthésie générale dans deux cas et sous rachianesthésie dans un cas. Le délai de survenu de la TPC par rapport à l'accouchement variait de 3 jours à 29 jours. Les signes cliniques sont dominés par les céphalées. Une anticoagulation par l'héparinate de sodium à la pousse seringue électrique a été instaurée dès la confirmation du diagnostic. Le relais par les AVK a été débuté entre le premier et le troisième jour d'héparinothérapie dans 6 cas.

La durée d'anticoagulation orale était de 4 mois dans 2 cas et de 6 mois dans 6 cas. L'évolution était favorable dans tous les cas dans un délai moyen de 2 mois.

Conclusion

La TPC requiert un diagnostic urgent et un traitement précoce pour assurer une guérison sans séquelles. Cependant la sanction thérapeutique lourde oblige à une certitude diagnostic que l'angio-IRM permet d'assurer.

Tumeurs de sein et grossesse: A propos de 14 cas

Type de communication : Eposter

Y. Krimou* (1) , K.Aboulfath(2), N.Mamouni(2), S.Errarhay(2), C.Bouchikhi(2) , A.Banani (2)

(1)Centre hospitalier Hassan II de Fès, Fès, Morocco, (2)Centre hospitalier universitaire Hassan II, Fès, Morocco

**Auteur principal*

Introduction

L'association cancer du sein et grossesse (CSAG) est un évènement rare de 0,2 à 3,8%, défini par la survenue d'un cancer du sein durant la grossesse ou durant l'année suivant l'accouchement.

L'Objectif de notre étude est mettre le point sur les particularités cliniques, anatomopathologiques et thérapeutiques des CSAG.

Matériel et Méthodes

Nous avons étudié de manière rétrospective les patientes ayant eu un CSAG prises en charge au service de Gynécologie- Obstétrique I du CHU Hassan II de Fès entre Janvier 2015 et Septembre 2019.

Résultats

L'âge moyen de nos patientes est de 36,8ans.7 patientes étaient sous contraception orale. Des antécédents familiaux de cancers du sein ont été retrouvés chez 2 patientes.Le terme moyen au moment du diagnostic est de 20 SA.L'inflammation du sein était notée chez quatre patients.Le stade N1 a été retrouvé chez 4 patientes, le stade N2 chez une seule patiente. Une patiente présentait d'emblée une métastase osseuse au moment du diagnostic et une autre patiente des métastases hépatiques et osseuses. Echographie mammaire et la mammographie étaient suspectes.Neuf cas ont bénéficié d'une microbiopsie au tru-cut, quatre patientes ont bénéficié d'une tumorectomie et une seule patiente a bénéficié d'une biopsie chirurgicale.Le type histologique retrouvé est le carcinome canalaire infiltrant, dans 13 cas et adénocarcinome mucineux dans un cas. Le Grading SBR était III chez 10patientes.Le déclenchement à terme et l'accouchement par voie basse a été réalisé chez quatre patientes, cinq autres patientes ont été césarisées à terme. Les autres patientes ont bénéficié d'une ITG.La chimiothérapie était administrée chez les 14 patientes de notre série,cinq patientes l'ont reçue en néoadjuvante.Il y a eu une bonne réponse initiale au traitement dans huit cas avec un recul moyen de 12 mois.Deux patientes étaient perdues de vue.

Discussion

L'association cancer du sein et grossesse est une entité rare.Les caractéristiques des cancers de la série concordent avec celles de la littérature.La gravité de ces cancers est due au retard diagnostic d'une part,et au jeune âge d'autre part.Le pronostic reste très défavorable, son amélioration revient à la généralisation du dépistage, pour un diagnostic précoce et un traitement mutilant et approprié.

Fibrome ovarien: à propos d'un cas

Type de communication : Eposter

S. Ammouri (1) , C.Elkarkri*(1)

(1)CHU Ibn sina, Rabat, Morocco

**Auteur principal*

Introduction

Le fibrome ovarien est une tumeur bénigne rare de l'ovaire qui survient chez les femmes âgées de 20 à 65 ans. Il est souvent de découverte fortuite, ses signes cliniques les plus fréquents sont la douleur pelvienne et la palpation d'une masse abdominopelvienne , son diagnostic est souvent confondu avec une tumeur maligne de l'ovaire.

Observation

Patiente âgée de 40 ans ayant comme antécédents 5 grossesses, 2 parités, 3 avortements, un cancer du pancréas chez le père. La patiente présentait une douleur pelvienne chronique. L'échographie endovaginale a objectivé une masse annexielle droite. On a réalisé une laparotomie qui a révélé la présence d'une ascite, une ovariectomie unilatérale a été

effectuée. L'examen anatomopathologique a révélé un léiomyome ovarien. Le contrôle à 3 mois puis à 6 mois était normal.

Conclusion

Le diagnostic de fibrome ovarien doit être pris en compte devant toute masse ovarienne malgré sa rareté. Une analyse immunohistochimique peut être utile pour un diagnostic définitif.

Mélanome malin primitive du tractus genital féminin: A propos de 2 cas

Type de communication : Eposter

Y. Krimou* (1) , K.Aboufath(2), N.Mamouni(2), S.Errarhay(2), C.Bouchikhi(2) , A.Banani (2)

(1)Centre hospitalier Hassan II de Fès, Fès, Morocco, (2)Centre hospitalier Hassan II, Fès, Morocco

**Auteur principal*

Introduction

Le mélanome malin des muqueuses est une tumeur extrêmement rare et représente 0,03% de l'ensemble des cancers. Les mélanomes primitifs vulvaires, vaginaux et cervicaux sont dus à la persistance de façon aberrante des mélanocytes dans la muqueuse du tractus génitale féminin lors de leur migration de la crête neurale vers l'épiderme.

Nous rapportons dans notre travail deux observations de mélanome primitif du tractus génital féminin. Notre objectif est d'analyser les facteurs épidémiologiques, cliniques, thérapeutiques et évolutifs de cette pathologie.

Observation 1

Il s'agit de Mme X âgée de 64 ans,ménopausée.La patiente a consulté pour des métrorragies post-ménopausiques. L'examen gynécologique a révélé la présence d'une tumeur d'aspect bleuâtre, ferme, faisant 3/2 cm au niveau du clitoris.Le diagnostic de mélanome malin de la vulve a été retenu.

Observation 2

Il s'agit de Melle R.K, âgée de 46 ans,se présentant pour des ménométrorragies de faible abondance.L'examen a noté la présence d'un processus noirâtre faisant environ 10 cm de grand axe, adhérent à la paroi vaginale antérieure et latérale droite.Une TDM-AP a montré la présence de 2 masses pelviennes dont une est vaginale et la deuxième utérine.Le résultat anatomopathologique a confirmé la nature mélanocytaire de la prolifération.Le bilan d'extension a montré des ADP locorégionales, avec la présence d'un nodule pulmonaire scissural gauche spiculé très suspect. La patiente est décédée après un recul de 1 mois avant de démarrer la chimiothérapie.

Discussion

L'analyse des cas de mélanomes primitifs vaginaux et cervicaux rapportés dans la littérature montrent qu'ils surviennent le plus souvent au-delà de la cinquantaine. Le diagnostic est généralement tardif, devant des signes d'appels variés secondaires à l'envahissement de l'épithélium muqueux avec ulcération et surinfection.La tumeur peut être uni ou multifocale, parfois pigmentée.Les marqueurs tumoraux utilisés pour affirmer le diagnostic, sont l'anticorps anti Melan A, anti protéine S100, et l'anticorps HMB45.Il faut rechercher un mélanome primitif cutané, ophtalmologique, ORL digestif.La chirurgie est aujourd'hui encore le seul traitement potentiellement curatif.Au stade métastatique, le traitement du mélanome était jusqu'à présent palliatif.

Comparaison de la prise en charge per partum des présentations podaliques par rapport aux présentations céphaliques.

Type de communication : Eposter

C. Benzekri* (1) , L.Ghesquière(2), E.Drumez(3), V.Houfflin-debarga(2), D.Subtil(2) , C.Garabedian (2)

(1)CHRU Lille, Lille, France, (2)hopital jeanne de flandre, Lille, France, (3)université de Lille, Lille, France

**Auteur principal*

Introduction

Le mode d'accouchement en cas de présentation du siège est un débat en obstétrique puisque l'accouchement par voie basse serait associé à un risque de morbidité et de mortalité néonatale trois à quatre fois plus important. Plusieurs études se sont intéressées à l'analyse du RCF en cas de présentation podalique. Peu toutefois se sont spécifiquement intéressées à la gestion per partum.

L'objectif de notre étude était de comparer la prise en charge per-partum d'une présentation du siège par rapport à une présentation céphalique lors d'une tentative d'accouchement par voie basse.

Méthodes

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive comparative monocentrique menée de 2014 à 2017. Nous avons analysé le rythme cardiaque fœtal (RCF) pendant le travail et la phase d'expulsion, la vitesse de dilatation, la durée des différentes phases du travail, le mode d'issue de l'accouchement et l'issue néonatale pour des présentations podaliques et céphaliques.

Résultats

Deux cent trente-neuf patientes ont été incluses dont 106 (44%) dans le groupe présentation podalique. La phase active du premier stade du travail était plus longue dans le groupe siège que dans le groupe céphalique (120 (70,2 ; 192,0) vs 76,5 (40,2 ; 154,2) minutes, $p = 0,001$). L'utilisation d'ocytocine était plus fréquente dans le groupe présentation podalique (63,2% versus 48,1%, $p = 0,020$). La vitesse moyenne de dilatation était plus lente dans le groupe siège que dans le groupe présentation céphalique (1,9 cm/h vs 2,8 cm/h ; $p=0,005$). Il y avait plus de RCF à haut risque d'acidose dans le groupe présentation podalique (37,2% vs 19,1%, $p = 0,001$) et la répartition des types de Melchior était comparable dans les deux groupes. Concernant l'issue de l'accouchement, il y avait une tendance non significative à la réalisation de plus de césarienne pendant travail dans le groupe siège que dans le groupe céphalique (17,9% vs 11,3%, $p = 0,14$). Il n'y avait pas de différence significative sur le taux de transfert en néonatalogie et la survenue d'une détresse respiratoire.

Conclusion

La gestion per-partum d'un fœtus en présentation podalique est différente de celle d'un fœtus en présentation céphalique. Elle doit être connue et anticipée pour une gestion optimale en salle de naissance.

Mutation de la périlipine : cause monogénique de syndrome des ovaires polymicrokystiques avec insulino-résistance, exposition de deux cas familiaux

Type de communication : Eposter

A. Dupont-marquet (1) , A.Fevre(1), A.Al-khatib*(1), B.Delemer(1), S.Barraud(1)

(1)CHU de Reims, Reims, France

*Auteur principal

Introduction

Le syndrome des ovaires polymicrokystiques (SOMPK) est associé à une augmentation du risque de syndrome métabolique et dans de très rares cas lié à une lipodystrophie, maladie rare caractérisée par une absence généralisée ou partielle du tissu adipeux sous-cutané.

Nous rapportons le cas d'une jeune femme et de sa mère qui présentent une lipodystrophie due à une mutation de périlipine 1 (PLIN1) à l'origine d'un SOMPK et d'une infertilité.

Cas cliniques

Propositus :

La patiente a consulté à 15 ans pour hirsutisme majeur et aménorrhée secondaire. Les signes associés étaient : lipoatrophie des membres, hypertrophie musculaire, acanthosis nigricans marqué, morphotype acromégaloïde. L'IMC : 24 kg/m². Il existait une hyperandrogénie (testostérone 0,91 ng/l, N 3,78). Elle avait une spanioménorrhée avec infertilité malgré plusieurs stimulations par FSH et clomifène. L'AMH était à 97 pmol/l (N<48). A l'échographie le volume des ovaires était augmenté (droit 47 mL, gauche 30 mL) et le CFA supérieur à 100.

Mère du propositus :

Cinquante-quatre ans, porteuse de la même mutation.

Ses comorbidités sont marquées par un diabète mal étiqueté apparu à 20 ans, HTA, dyslipidémie et stéatose hépatique. Elle avait un probable SOMPK (spanioménorrhée). Elle avait eu 4 grossesses spontanées, sans jamais utiliser de moyen de contraception (jusqu'à 9 ans entre 2 grossesses). Ménopause à 50 ans. Le morphotype était similaire avec une testostérone augmentée à 0,81ng/ml. Les ovaires restaient volumineux : 15ml à droite et 9,5ml à gauche, sans tumeur.

Conclusion :

Le diagnostic précoce d'une lipodystrophie est essentiel afin de prévenir les complications métaboliques et cardiovasculaires associées. Le SOPKM souvent associé, peut constituer un point d'appel. Le diagnostic est essentiel car permet un conseil génétique, tout particulièrement en pré-conceptionnel et parfois l'accès à des traitements spécifiques (leptine recombinante).

Impact du traitement chirurgical des kystes ovariens bénins sur la fertilité

Type de communication : Eposter

C. El fekih (1) , M.Hnifi*(2), O.Mejri(3)

(1)service de gynécologie obstétrique hopital mahmoud matri, Ariana, Tunisia, (2)service de gynécologie obstétrique hopital mahmoud matri ariana, Ariana, Tunisia, (3)service de gynécologie obstétrique hôpital mahmoud matri, Ariana, Tunisia

**Auteur principal*

Introduction

Le traitement chirurgical conventionnel des kystes ovariens bénins demeure une source importante de controverses concernant la fertilité chez les femmes jeunes. Le traitement chirurgical doit assurer une exérèse complète du kyste en préservant au maximum le tissu ovarien sain sans altérer la réserve ovarienne. Malgré les précautions chirurgicales, l'infertilité et le recours aux méthodes de l'aide médicale à la procréation restent fréquentes.

On est devant un dilemme : poser la bonne indication chirurgicale et choisir la méthode chirurgicale adaptée pour préserver la fertilité de la patiente.

Matériel et méthodes

Nous avons réalisé une étude rétrospective portant sur 30 patientes en âge de procréer présentant une tumeur ovarienne présumée bénigne et ayant bénéficié d'un traitement chirurgical durant la période allant de juillet 2015 au mois de juin 2016.

Objectif

Evaluer les résultats en termes de fertilité du traitement chirurgical des kystes ovariens bénins chez les femmes en âge de procréer : taux de grossesses obtenu.

Résultats

L'âge moyen de nos patientes était de 30 ans avec 60 % de nullipares.

La douleur pelvienne était la circonstance de découverte prépondérante dans 40 % des cas.

La taille moyenne des kystes était de 6,6 cm (4-11) dont 50 % d'aspect uniloculaire et liquidien pur à l'échographie. La kystectomie intrapéritonéale par coelioscopie était la technique chirurgicale la plus adoptée (86% des cas). Les kystes séreux bénins étaient les plus fréquents 37 % suivies par les endométrïomes 23 % des cas.

On a obtenu 11 grossesses (33%) chez nos patientes avec un délai moyen chirurgie conception de 13 mois (6-24) avec deux grossesses induites. L'issue des grossesses était comme suit : 8 naissances vivantes et 3 fausses couches spontanées.

Conclusion L'enjeu de la fertilité dans les tumeurs ovariennes présumées bénignes est grandissant. La population concernée par la prise en charge chirurgicale de ces tumeurs est souvent constituée de femmes en période d'activité génitale donc concernée par la question de fertilité.

Le traitement chirurgical doit respecter au maximum les indications opératoires et la stratégie d'épargne de la réserve ovarienne.

Une étude longitudinale sur les acceptantes de méthodes contraceptives à longue durée d'action (MLDA) au Sénégal : Le counseling est-il toujours primordial ?

Type de communication : Eposter

D. Chin-quee (1) , M.Diadiou*(2), A.Mahdi(3), M.Eichleay(1)

(1)FHI360, Durham, nc, United States, (2)Centre Régional de Formation de Recherche et d Plaidoyer en Santé de la Reproduction (CEFOREP), Dakar, Senegal, (3)CEFOREP, Dakar, Senegal

**Auteur principal*

Introduction

Les études antérieures ont identifié les effets secondaires parmi les facteurs contribuant à l'arrêt des Méthodes contraceptives, réversibles à Longue Durée d'Action (MLDA). Une meilleure compréhension de ces facteurs et de leur interaction est donc importante pour améliorer les prestations de services de contraception au Sénégal.

L'objectif principal était de comprendre les facteurs, y compris les effets secondaires, liés à l'adoption et au maintien / retrait de MLDA au cours des douze premiers mois d'utilisation.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude longitudinale mixte menée dans 30 sites répartis dans quatre régions du Sénégal. Les femmes consentantes de 15 à 49 ans fréquentant une structure publique, une clinique franchisée ou une clinique mobile étaient recrutées immédiatement après avoir choisi volontairement un implant ou un DIU. Pour faciliter le suivi, la plupart disposait d'un téléphone. Douze à quinze pour cent de femmes sans téléphone ont aussi été incluses.

La composante quantitative comprenait un premier entretien mené immédiatement après l'insertion. Les utilisatrices bénéficiaient ensuite d'un suivi à 1, 3, 6 et 12 mois. Un entretien qualitatif était programmé, après le suivi à 6 mois, pour un sous-échantillon de femmes.

Le canal de recrutement et les variables suivantes des utilisatrices ont été analysées : caractéristiques démographiques, attitudes et comportements à l'égard de la contraception, vécu des méthodes contraceptives. Ces variables ont également introduites dans les analyses de régression logistique.

Ce protocole a été approuvé par les comités d'éthique de FHI 360, de Marie Stopes International et du Ministère de la Santé du Sénégal.

Résultats

Au final, 1 227 femmes étaient recrutées de février à avril 2018. Douze mois après leur inclusion, malgré les effets secondaires (28 % pour les implants et 26% pour le DIU), 72% des participantes utilisaient toujours la même méthode. Par rapport aux arrêts liés aux effets secondaires, il n'y avait pas de différence entre les canaux de recrutement, et les seuls facteurs associés dans un modèle multivarié étaient la parité et l'adoption du DIU.

Conclusion : Les utilisatrices de MLDA tenaient à leur contraception malgré les effets secondaires et la faiblesse du counseling reçu.

Métastase utérine d'un carcinome canalaire du sein

Type de communication : Eposter

A. Leveau-vallier* (1) , C.Brochard*(2), C.Le maignan(3), E.Marchand(1), F.Cornelis(1) , H.Adle-biassette (1)

(1)APHP, Hôpital Lariboisière, Paris, France. (2)APHP, Hôpital Lariboisière, Paris, France, (3)APHP, Hôpital Saint-Louis, Paris, France

**Auteur principal*

Introduction

Les métastases gynécologiques pelviennes des cancers extra-gynécologiques sont rares, le plus souvent de localisation ovarienne et d'origine digestive. Les métastases utérines des cancers extra-pelviens sont très rares, le plus souvent d'origine mammaire et de type lobulaire. Nous rapportons un cas de métastase utérine d'un carcinome du sein infiltrant de type non spécifique (CCI).

Histoire clinique

En 2012, une masse du quadrant supéro-externe du sein droit de 40 mm est découverte sur la mammographie d'une patiente de 58 ans, ménopausée. La biopsie du sein conclut à un CCI de grade EE II, d'architecture cordonale, massive ou pseudo-glandulaire, exprimant les récepteurs hormonaux et l'E-cadhérine, sans surexpression de HER2. Des métastases synchrones ganglionnaires axillaires homolatérales, osseuses et pulmonaires sont identifiées. Une chimiothérapie première est décidée suivie d'une hormonothérapie. Sur la pièce de mastectomie avec curage axillaire droit réalisée secondairement, l'examen anatomopathologique identifie un reliquat tumoral et quatorze ganglions métastatiques. En octobre 2018, une ascension du CA 15-3 révèle un foyer hypermétabolique utérin de 50 mm au TEP-scanner, confirmé en IRM, évoquant un sarcome. Une hystérectomie totale est décidée en réunion de concertation pluridisciplinaire. A l'examen anatomopathologique, la tumeur du myomètre correspond à un carcinome peu différencié d'architecture cordonale, exprimant Mammaglobine, E-cadhérine en faveur de la métastase du CCI connu.

Discussion

Les métastases pelviennes des cancers du sein sont plus fréquemment de type lobulaire en raison d'altérations ou de perte des molécules d'adhésion dont l'E-cadhérine. Le diagnostic de CCI reposait sur l'expression de l'E-cadhérine, malgré l'architecture peu différenciée. L'étude des anti- β caténine et 34 β E12 a permis d'éliminer un type lobulaire E-Cadhérine +. Un type tubulo-lobulaire est récusé en l'absence de tubes bien formés.

Conclusion

A notre connaissance, aucune métastase utérine d'un CCI n'a été décrit. Ce cas de métastase utérine tardive souligne l'importance du diagnostic différentiel entre les CCI peu différenciés, les carcinomes lobulaires E-cadhérine + et les carcinomes tubulo-lobulaires pour le pronostic et la prise en charge des patientes.

Traitement hormonal de l'azoospermie non obstructive

Type de communication : Eposter

H. Khalil* (1) , M.Braham(1)

(1)Hopital Aziza Othmana, Tunis, Tunisia

**Auteur principal*

Introduction

Pour les hommes présentant une azoospermie non obstructive, l'ICSI est la technique qui offre les meilleures chances de procréation. Pour ce faire, un recueil des spermatozoïdes par une méthode invasive (biopsie testiculaire) est nécessaire. Afin de maximiser les chances de recueil des spermatozoïdes, une stimulation de la spermatogenèse chez ces patients est nécessaire.

Matériel et méthode

Nous avons réalisé une étude rétrospective concernant 18 patients présentant une azoospermie non obstructive (confirmée par deux spermogrammes à trois mois d'intervalle) et qui ont eu une première BT négative. Ces patients avaient un examen clinique ainsi qu'une échographie testiculaire normaux. Par ailleurs ils avaient un caryotype normal et ne présentaient pas de mutation du gène AZF. Tous les patients ont eu un dosage de la FSH, de la testostérone et de l'oestradiolémie. La première ligne thérapeutique correspondait en un traitement par 50mg de Citrate de Clomifene 1 jour sur 2 pendant 1 mois. Par la suite, si la testostéronémie était >6-8ng/ml le traitement était prolongé pendant 6 mois. Si la testostéronémie était =< 6-8 ng/ml on réalisait un dosage de la FSH :

- si la FSH est >1.5 fois la normale, le patient recevait du citrate de clomifène(même dose)+ hCG 5000 UI deux fois par semaine pendant 4 mois.
- Si la FSH est <1.5 fois la normale, le patient recevait le citrate de clomifene était arrêté et le patient recevait de la hCG 5000 UI + HMG 75 UI une fois par semaine pendant 4 mois

La biopsie testiculaire était effectuée à la suite de ce traitement.

Résultats :

L'âge moyen des patients était de 26.7 ans. Le taux moyen de FSH était de 6.41 mUI/mL. Une élévation de la FSH a été notée chez tous les patients au bout de 2 à 3 semaines passant de 6.41 mUI/ml à 11.3 mUI/ml en moyenne. Le taux de testostérone était bas(<3ng/ml) chez 4 patients (22,2%). Ce taux a atteint ou dépassé le seuil de 6 ng/ml chez tous les patients à la fin du traitement. La biopsie testiculaire est revenue positive chez 10 patients soit 55,6%

Conclusion :

Pour les patients présentant une azoospermie non obstructive, le traitement par Citrate de Clomifène, hCG et HMG entraîne une élévation des taux de FSH et de testostérone augmentant la probabilité pour que la BT soit positive et constitue de ce fait un espoir pour ces patients.

Quelles sont les bonnes indications du Cell Saver en cas de césarienne ?

Type de communication : Eposter

C. Barre-drouard (1) , C.Garabedian(2), D.Subtil(2), G.Lebuffe(1), V.Servan-schreiber*(3)

(1)Département d'anesthésie-réanimation, CHU de Lille, Lille, France, (2)Département d'obstétrique, hôpital Jeanne de Flandre, CHU Lille, Lille, France, (3)Département d'anesthésie-réanimation, CHU de Lille, Lille, France

**Auteur principal*

Introduction. Dans une stratégie d'épargne transfusionnelle, les récupérateurs de sang per-opératoire type Cell Saver ont trouvé une place, depuis quelques années dans la gestion des hémorragies graves du post-partum. Il n'existe toutefois pas de consensus sur les critères devant proposer sa mise en place. L'objectif de notre travail était d'évaluer la rentabilité transfusionnelle du Cell Saver en césarienne en fonction des ses différentes indications.

Matériel et Méthodes. Cohorte rétrospective incluant toutes les patientes ayant bénéficié du Cell Saver en césarienne au CHU de Lille entre 2007 et 2018. La rentabilité transfusionnelle était évaluée par la survenue ou non d'une autotransfusion. Les deux groupes étaient comparés pour les différentes indications du Cell Saver.

Résultats. Parmi les 293 patientes ayant bénéficié du Cell saver, 97 ont été autotransfusées (33,11% IC95[27,7; 38,8]). Les anomalies d'insertion placentaire ($p < 0.001$), les fibromes utérins ($p = 0.013$) et les reprises pour hémorragie secondaire ($p < 0.001$) étaient associés de manière indépendante à la survenue d'une autotransfusion selon des Odd Ratio respectivement à 3.42 IC95[1.8 ; 6.54], 3.75 IC95[1.49 ; 9.38] et 10.15 IC95[2.67 ; 38.53].

La courbe ROC de prédiction de l'autotransfusion par le Cell Saver montrait un seuil de saignement à 936mL (Se=91.8% ; Sp=86.7%).

Conclusion. Les anomalies d'insertion placentaire, les fibromes utérins et la reprise pour hémorragie secondaire semblent être des indications prédictives d'utilisation du Cell Saver pour une autotransfusion. Dans ces contextes, il convient ainsi d'anticiper et d'installer le dispositif afin de réduire la transfusion homologue chez des femmes jeunes.

Retrait difficile d'implant et de dispositif intra utérin

Type de communication : Eposter

R. Kabore (1) , S.Kiemtore(2), B.Thieba bonane(2), H.Zamane*(3)

(1)Centre hospitalier universitaire Yalgadou Ouédraogo, Gynécologie Obstétrique, Ouagadougou, Burkina Faso, (2)Centre hospitalier universitaire Yalgado Ouédraogo, Gynécologie Obstétrique, Ouagadougou, Burkina Faso, (3)Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo, Ouagadougou, Burkina Faso

**Auteur principal*

Introduction. Le regain d'intérêt pour les implants et le dispositif intra utérin nécessite qu'une attention particulièrement soit portée à leur retrait afin d'en analyser les difficultés et orienter les stratégies pour une meilleure sécurité et satisfaction des clientes. L'objectif de ce travail était d'étudier les cas de retrait difficile d'implant et de DIU au CHU-YO.

Patientes et méthodes. Il s'est agi d'une étude transversale ayant concerné une période de 12 mois (Septembre 2018-Aout 2019). L'entretien et la revue documentaire ont été les techniques de collecte utilisées. Le retrait de l'implant était considéré difficile si celui était non palpable ou si le recours à l'imagerie médicale pour sa localisation a été nécessaire. Le retrait du DIU était considéré difficile si le fil était non visible ou si le recours à l'imagerie médicale pour sa localisation a été nécessaire.

Résultats. Au total 250 clientes ont été reçues pour retrait d'implants ou de DIU. Le retrait était difficile dans 26 cas (14 implants et 12 DIU). Dix clientes d'implant ont bénéficié d'un retrait par mini chirurgie sous anesthésie locale et après repérage échographique. Huit clientes de DIU ont bénéficié d'un retrait sous écho guidé. Une laparotomie a été réalisée dans deux cas pour migration de DIU et coéloscopie dans un cas. Aucune complication liée au retrait n'a été notée. Un cas d'échec de retrait d'une capsule d'implant a été enregistré. Le gain pondéral d'au moins 5 kg depuis l'insertion a été significativement associé au retrait difficile des implants contraceptifs ($p = 0,007$).

Conclusion. Il est important d'améliorer les compétences des prestataires en insertion de contraceptifs afin d'en faciliter le retrait.

Mots clés. Retrait difficile - Implant- Dispositif intra utérin

Diagnostic prénatal des anomalies de l'insertion placentaire par échographie de contraste en population à haut risque.

Type de communication : Eposter

A. Bouakaz (1), B. Denis de Senneville(2), C. Diguisto(3), E. Tavernier(4), F. Pierre(5), F. Perrotin (3), J. Escoffre(1), P. Dujardin(6), P. Milh*(7)

(1)Inserm UMR 1253, Tours, France, (2)Institut de mathématiques de Bordeaux, Bordeaux, France, (3)Service de Gynécologie-Obstétrique, CHRU de Tours, Tours, France, (4)CIC-IT de Tours, Tours, France, (5)Service de Gynécologie-Obstétrique, CHRU de Poitiers, Poitiers, France, (6)CIC-IT Tours, Tours, France, (7)CHRU de Tours, Tours, France

**Auteur principal*

Introduction: Le diagnostic prénatal des anomalies de l'insertion placentaire (AIP), définies par un franchissement inhabituel de la caduque maternelle par les villosités placentaires, est d'un intérêt primordial pour réduire la morbidité maternelle de cette pathologie. L'objectif de cette étude est d'évaluer la fiabilité de l'échographie de contraste (ECUS) comparativement à l'échographie conventionnelle (mode B couplée au Doppler) pour le diagnostic prénatal des AIP.

Matériel et méthodes: Il s'agit d'une étude prospective, diagnostique, bi-centrique réalisée dans deux maternités universitaires de type 3. Toutes les femmes présentant au moins deux facteurs de risque d'AIP (utérus cicatriciel, placenta prævia, âge ≥ 35 ans) ont bénéficié d'un examen par échographie conventionnelle (CUS) et ECUS au troisième trimestre de la grossesse. Pour analyser le signal obtenu en ECUS, un modèle basé sur les courbes temps-intensité (ECUS-TIC) et un modèle issu de la dynamique des fluides (ECUS-FD) ont été utilisés. Ont été considérés comme AIP les formes histologiquement prouvées ou ayant associées suspicion chirurgicale et hémorragie maternelle $\geq 1L$. Les aires sous la courbe ROC (AUC) des trois modalités diagnostiques (CUS, ECUS-TIC, ECUS-FD) ont été comparées.

Résultats: quatre-vingt femmes ont été incluses entre le 01/05/2009 et le 30/04/2015. En CUS, le paramètre le plus discriminant est l'amincissement ou la disparition du liseré échogène rétrovésical (ADL) avec une AUC de 0.736 [0.621;0.851]. En ECUS-TIC, le meilleur paramètre est le temps de transit moyen avec une AUC à 0.621 [0.487;0.754]. En ECUS-FD, le paramètre le plus discriminant entre les AIP et les placentas normalement insérés est la vitesse moyenne de perfusion lors du remplissage placentaire ou gamma (0.45 vs 0.39, $p=0.0407$). Son AUC est de 0.643 [0.511;0.775]. La combinaison CUS/ECUS la plus discriminante pour faire le diagnostic d'AIP est l'association ADL/gamma avec une AUC à 0.787 [0.673;0.900].

Conclusion: L'échographie de contraste permet d'obtenir une performance diagnostique comparable à l'échographie conventionnelle pour le diagnostic des AIP. La combinaison de ces deux modalités permet d'accroître la performance du diagnostic prénatal.

Initiation de l'allaitement en France : évolution 2010-2016 et influence de l'Initiative Hôpital Ami des Bébé

Type de communication : Eposter

A. Guajardo villar* (1)

(1) Santé publique France, Saint-maurice, France

*Auteur principal

Introduction: Le taux d'initiation de l'allaitement maternel en France, un des plus bas d'Europe, semble repartir à la baisse. Nos objectifs étaient de : 1) analyser les déterminants de l'initiation de l'allaitement (exclusif ou mixte) en France entre 2010 et 2016; 2) évaluer l'impact de la labellisation Initiative Hôpital Amis des Bébé (IHAB), un programme de l'OMS/UNICEF visant à favoriser l'allaitement maternel dans les maternités.

Méthodes: Les données des Enquêtes Nationales Périnatales de 2010 et 2016 en France métropolitaine ont été utilisées. L'échantillon comprenait 13 907 enfants en 2010 et 11 820 en 2016. Les rapports de prévalence (RP) et leurs intervalles de confiance à 95 %, ajustés sur les caractéristiques des enfants, des mères, des maternités et des départements ont été estimés par des modèles bayésiens multiniveaux de régression de Poisson. Un effet aléatoire spatialement structuré permettait de prendre en compte la variabilité entre départements, et un terme d'interaction département×année l'évolution temporelle spécifique à chaque département.

Résultats: Le taux d'initiation de l'allaitement maternel à la maternité a diminué de 2,1 points entre 2010 et 2016 (68,8 % et 66,7 % respectivement), soit un RP de 0,97 [0,94-1,00]. Après ajustement, le RP était de 0,93 [0,90 - 0,97], soit une baisse de 7 % de la probabilité d'initiation de l'allaitement. Ce déclin était modéré dans le Sud-Est et plus prononcé dans le Nord-Ouest. Les mères nées en France, de faible niveau d'études, ayant eu un accouchement multiple ou un bébé prématuré, non mariées ou multipares étaient moins susceptibles de commencer l'allaitement que les mères nées hors de France, de niveau d'études élevé, dont l'accouchement était unique et à terme, mariées ou primipares. La labellisation IHAB ou la démarche de labélisation a un effet favorable sur l'initiation de l'allaitement (RP = 1,10 [1,01 – 1,20] et RP=1,04 [0,96 – 1,12] respectivement).

Conclusion: La baisse du taux d'initiation de l'allaitement maternel en France métropolitaine entre 2010 et 2016 ne s'explique pas par un changement des caractéristiques maternelles et hospitalières liées à l'allaitement. Au contraire, l'ajustement sur ces facteurs l'accentue. Cette étude suggère un effet favorable de la labellisation IHAB.

Fertility preservation in malignant ovarian tumors: experience of a French ESGO labeled –ovarian tumours center and pregnancy associated cancer network (CALG) national expert center.

Type de communication : Eposter

A. Lier (1) , N.Chabbert buffet(1), S.Bendifallah(1), S.Geoiffon*(3), M.Prades(1) , N.Sermondade (1), J.Varinot(1), E.Wafo(2), C.Uzan(4), E.Darai(1)

(1)Hôpital Tenon, Paris, France, (2)GHEF site Marne la Vallée, Jossigny, France, (3)Hôpital Tenon, Paris, Paris, France, (4)Hôpital Pitié Salpêtrière, Paris, France

**Auteur principal*

Introduction: Progress in early diagnosis, treatment efficacy have allowed increased life expectancy in cancer patients (Bedoschi and al 2013). Therefore, approximately 6% childbearing age individuals are cancer survivors (Silber and al 2016). In this specific setting, 20% of malignant epithelial ovarian tumours (MEOT) are diagnosed before the age of 44, with a 91.2 % five years survival rate for stage IA and IB (Lavoue and al 2019). Similarly rare malignant ovarian tumors (RMOT) and borderline ovarian tumours (BOT) more frequently occur in women of childbearing age (Rousset-Jablonski and al 2019). Personalized counseling on post treatment ovarian function and possibilities of fertility preservation (FP) are part of oncological patients' care (www.arcagy.org). However the safety and efficiency evidence level is currently too limited to allow specific recommendations. Therefore, we report the experience in FP for patients with malignant ovarian tumours, at a French ESGO labeled national expert center and pregnancy-associated cancer network (CALG).

Methods: Data from 43 patients with malignant ovarian tumors who underwent a FP between February 2013 and July 2019 were analysed from a prospective unicentric database. Informed consent for anonymated data use for research purpose, was obtained from all patients, according to the French law (Jardé 2017).

Results (Table 1 and 2): Pathological diagnosis was 5 (11.6 %) MEOT, 14 (32.6 %) RMOT, 24 (55.8 %) BOT, mostly unilateral (76.5 %) and stage I (87.9 %). Mean age at diagnosis and tumor size was 26.8 and 97.4 mm respectively. Before fertility preservation, mean antral follicle count and AMH levels were 9 [0-20], and 2.26 ng/ml [0.1-10]. Six ovarian tissue freezing procedures were performed out of 14 proposed. 23 oocyte freezing procedures were performed after tumor surgical treatment out of 26 proposed, with a median delay of 188 days. The mean mature oocytes collected number was 12.9. No FP was proposed for 5 patients.

Conclusion: Oocyte and ovarian tissue cryopreservation can be offered to patients with malignant ovarian tumor. More data are needed to confirm ovarian stimulation and ovarian tissue grafting safety.

INTÉRÊT DU DOSAGE DE LA PROGESTÉRONÉMIE LE JOUR DU DÉCLENCHEMENT DE L'OVULATION

Type de communication : Eposter

M. Ibn hadj (1) , N.Lamiri*(2), A.Karoui(1), H.Abouda(1)

(1)CMNT, Tunis, Tunisia, (2)Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, Tunis, Tunisia

**Auteur principal*

Introduction:

Dans la pratique de la fécondation in vitro, l'élévation prématurée de la progestéronémie (P) survenant en phase folliculaire tardive conduit à une diminution significative du taux d'implantation embryonnaire. Dans cette étude, nous nous sommes proposé d'analyser le taux sérique de progestérone pré-ovulatoire versus gestités.

Méthodes :

Il s'agissait d'une étude rétrospective descriptive, colligeant 70 patientes, réalisée durant une période d'un an (Mars 2017 - Mars 2018). Les patientes ont été divisées en quatre groupes distincts selon leur Progestéronémie le jour du déclenchement de l'ovulation par administration de hCG : $\leq 1,00$; 1,01-1,5 ; 1,51-2,00 et > 2 ng / ml. Les seuils de coupure utilisés pour déterminer les 4 groupes ont été choisis pour fournir des intervalles égaux. Le déclenchement de l'ovulation a été indiqué quand trois follicules au minimum atteignaient un diamètre de 17 mm.

Résultats :

La moyenne d'âge de nos patients était de 38 ans chez les femmes et de 35 ans chez les hommes. L'infertilité du couple remontait en moyenne à 6 ans et était principalement causée par les étiologies féminines. La moyenne du taux de l'hormone antimüllérienne était de 2,41 ng/ml. Le jour de l'induction de l'ovulation: La moyenne d'épaisseur de l'endomètre était de 9mm. Le taux sérique de progestérone chez nos patientes était augmenté proportionnellement à la réserve ovarienne. Le taux de grossesse était de 32% :44% sous protocole antagoniste et 56% sous agonistes, avec une différence non significative, mais il était diminué par l'augmentation du taux sérique de la progestérone avec une différence statistiquement significative ($p=0,002$). Parmi les 23 grossesses obtenues: 65% des embryons étaient transférés à j5 et 35% à j3 avec une différence statistiquement significative ($p=0,001$).

Conclusion :

Au cours des cycles de fécondation in vitro, l'élévation de la progestéronémie le jour de l'induction de l'ovulation est néfaste sur le taux de gestités. En effet, elle engendre un décalage de la fenêtre d'implantation. Il serait dans ce cas préférable d'avoir recours à la cryopréservation de tous les embryons et d'envisager un transfert en cycle naturel.

Laparoscopic surgical treatment of pelvic endometriosis: our experience.

Type de communication : Eposter

S. Khedhri* (1) , M.Malek(1), M.Ferjaoui(1), K.Neji(1), M.Laamiri(1)

(1)centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, La mannouba, Tunisia

**Auteur principal*

Introduction:

Pelvic endometriosis is a common chronic condition which is often associated with disabling symptoms, and it has a great impact on the quality of life. The objective of this study is to analyse our experience in the surgical treatment of pelvic endometriosis.

Methods:

Descriptive retrospective study that includes all surgical treatments in patients with pelvic endometriosis between January 2012 and January 2016. The parameters registered were: surgical indication, laparoscopic evaluation of the disease, location, type of surgical treatment, operative complications, need for conversion to laparotomy, duration of hospitalization, duration of surgery, postoperative sequelae, impact in the quality of life after surgery.

Results:

The study include 78 women with mean age of 36.5 years. The most common symptom was dysmenorrhoea (94%). Endometriosis in the rectovaginal septum was the most common presentation (35%). The most common procedures were nodule excision of rectovaginal septum nodule (39%) and excision of ovarian endometrioma (39%). Then adhesiolysis accounts for 37% of the surgical procedures. In terms of surgical characteristics, the mean surgical time was 97 min with mean hospitalization time of 4.1 days. Surgical complications happened in 3.8% of surgeries, with clinical improvement in 92% of patients.

Conclusions:

The laparoscopic approach is the gold standard of surgical treatment of pelvic endometriosis. Our short experience has shown good results, with improvement of the patients quality of life and a low rate of complications

L'hémorragie du post-partum: expérience de la maternité du CHU Hassan II de Fès en 2018

Type de communication : Eposter

Z. Tazi (1) , F.Fdili alaoui(2), Y.Belhaj*(2)

(1)CHU HASSAN II FES, Fes, Morocco, (2)CHU Hassan II Fès, Fès, Morocco

**Auteur principal*

Introduction:

L'hémorragie du post partum est définie par une perte sanguine supérieur à 500 ml pour un accouchement par voie basse et à 1000 ml en cas de césarienne.Elle concerne à ce jour 6% des accouchements et demeure la première cause de mortalité maternelle dans le monde.

Objectifs:

- Reconnaître les femmes à haut risque
- Evaluer la sévérité
- Décrire les modalités de prise en charge
- Rapporter l'évolution et déterminer les différents facteurs aggravant le pronostic maternel

Matériel et méthodes:

Etude rétrospective étalée sur une période d'une année s'étendant de Janvier 2018 à Décembre 2018 et portant sur une série de 246 cas d'hémorragies du post partum au sein du service de maternité au CHU Hassan II de Fès.

Résultats:

Le nombre d'accouchement qu'a connu notre service de maternité en 2018 était de 7 555 accouchements avec un taux de 3,25% d'hémorragie du post partum.

L'âge moyen était de 32,4 ans.

41% étaient primipares et 23% multipares.

Les étiologies étaient comme suit:

- La rétention placentaire avec un taux de 64% nécessitant révision utérine et ocytocine
- Les déchirures cervicales, périnéales et éraillures, avec un taux de 34%, gérées par suture
- L'inertie utérine dans 3% des cas avec un traitement radical dans 5 cas et conservateur dans 4 cas
- La rupture utérine dans 3 cas, l'hématome de la paroi dans 2 cas et enfin la rupture des varices vulvaires dans seulement un cas

La mortalité est survenue chez 2% de ces femmes.

Discussion:

Ce travail a permis de mettre en évidence toutes les avancées en matière de prise en charge multidisciplinaire associant obstétricien, réanimateur et sage femme. Cerner l'origine du saignement ainsi que la transfusion sanguine constituent des points clés dans la conduite thérapeutique. Plusieurs techniques chirurgicales conservatrices sont proposées en première pourraient être suffisantes pour tarir le syndrome hémorragique afin d'éviter le recours à l'hystérectomie.

Conclusion:

L'hémorragie du post partum met en jeu le pronostic maternel par sa sévérité, son étiologie et par le délai de prise en charge. Le saignement après chaque accouchement doit être surveillé et quantifié afin d'anticiper. L'attitude thérapeutique comprend plusieurs volets nécessitant la participation de toute l'équipe de maternité.

Intérêt et limites de la supplémentation martiale au cours de la grossesse

Type de communication : Eposter

C. El fekih (1) , M.Hnifi*(2), O.Mejri(3)

(1)hopital mahmoud matri, Ariana, Tunisia, (2)service de gynécologie obstétrique hopital mahmoud matri ariana, Ariana, Tunisia, (3)service de gynécologie obstétrique hôpital mahmoud matri, Ariana, Tunisia

**Auteur principal*

Introduction:L'anémie est un problème de la santé publique .Malgré la supplémentation systématique en fer durant la grossesse elle reste est l'une des pathologies les plus fréquentes chez la femme enceinte.

Méthodes:On a réalisé une étude rétrospective observationnelle transversale descriptive et analytique dans une maternité de niveau 2 portant sur 500 femmes ayant accouché à la maternité durant la période étalant de janvier 2017 à juin 2017 et ayant bénéficié durant leur hospitalisation et avant l'accouchement d'un hémogramme.

Pour cette étude, on a retenu la définition de l'OMS de l'anémie pendant la grossesse qui consiste en un taux d'hémoglobine Inférieur à 11 g/dl au premier et au troisième trimestre et inférieur à 10.5 g/dl au deuxième trimestre.

On a étudié les paramètres de la supplémentation martiale chez nos parturientes: observance, molécule utilisée, effet sur l'hémogramme.

Objectif: étudier la qualité et l'effet de la supplémentation martiale au cours de la grossesse dans une maternité nord africaine.

Résultats:L'âge moyen de la population était de 29,2 ans (18-45 ans). La tranche d'âge la plus représentée est celle comprise entre 25 et 31 ans. La prévalence globale de l'anémie était de 29.4% (n= 147).

Dans notre population, 405 femmes ont reçu une supplémentation martiale à but préventif durant leurs grossesses. 95 femmes n'ont pas été supplémentées en fer. Les prévalences de l'anémie dans ces deux groupes sont respectivement 25,7% et 45,3%. ($p<0.005$).La prévalence de l'anémie dans la population de femme ayant reçu une supplémentation martiale pendant plus de 14 semaines est de 18,7% contre 44,1% dans la population de femmes ayant reçu une supplémentation pour une durée inférieure. Cette différence est significative ($p<0.005$).Le meilleur taux d'observance a été noté avec le bisglycinate de fer (84,9%), suivie du sulfate de fer (75,7%), viennent ensuite le fumarate de fer et le poly maltose de fer (50%). ($p<0.005$).

Conclusion: Le dépistage des facteurs de risque, l'information claire et complète lors de la consultation prénatale et la supplémentation martiale représentent les bases d'une meilleure prise en charge des femmes enceintes anémiques pour prévenir les complications materno-fœtales.

Apprentissage de la biométrie échographique fœtale : valeur prédictive de l'Objective Structured Assessment of Ultrasound Skills (OSAUS)

Type de communication : Eposter

G. Hossu (1) , G.Ambroise(2), O.Morel(3), P.Gabriel*(4), S.Zuily(5)

(1)Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy, Inserm, Université de Lorraine, CIC, F-54000 Nancy, France, Nancy, France, (2)Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy, Department of Obstetrics and Gynecology, Nancy, France ; Université de Lorraine, Inserm, IADI, F-54000 Nancy, France ; Université de Lorraine, Département Universitaire de Maïeutique, F-54000 Nancy, France, (3)Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy, Department of Obstetrics and Gynecology, Nancy, France ; Université de Lorraine, Inserm, IADI, F-54000 Nancy, France, Nancy, France, (4)Maternité CHRU Nancy, Benney, France, (5)Centre Universitaire d'Enseignement par la Simulation, Hôpital Virtuel de Lorraine, Faculté de médecine, Université de Lorraine, Nancy, Nancy, France

**Auteur principal*

Je déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté. Objectifs : évaluer la valeur prédictive du score OSAUS (Objective Structured Assessment of Ultrasound Skill) pour identifier les opérateurs capables de réaliser une estimation échographique du poids fœtal (EPF) valide (I). La variabilité intra-opérateur inter-examen du score (II) et la pertinence d'une certification par pass/fail score (III) ont été évaluées parallèlement. M&M : Le niveau de pratique pour l'EPF d'internes a été évalué de façon prospective et systématisée (score OSAUS) par l'équipe pédagogique d'un CHRU de niveau 3. Les évaluations (3 EPF successives pour chaque interne) étaient réalisées à l'issue d'un examen programmé réalisé par un expert (EPF de référence). Les internes étaient répartis en deux groupes (« novices » ou « intermédiaires » si expérience pré-existante <10 ou ≥10 examens respectivement). La corrélation entre score OSAUS moyen et validité de l'EPF (valide si différence avec l'EPF de référence < 0.8 Z-score) et la variabilité entre les scores successifs ont été évaluées. Résultats : 8 internes « novices » et 8 « intermédiaires » ont été inclus et ont obtenu des scores OSAUS moyens de 2,17 (± 0,63) et 4,13 (± 0,55) respectivement. L'association entre le score OSAUS moyen et la capacité à produire une EPF valide était significative ($p < 0.00271$) (I). La variabilité intra-opérateur inter-examen du score OSAUS était majorée dans le groupe novice (variabilité observée 25% vs 10% pour « novices » & « intermédiaires » respectivement) (II). La spécificité et la valeur prédictive positive (VPP) d'un score OSAUS > 3,5 pour identifier la capacité à réaliser une biométrie valide sont de 77% et 71 % respectivement (III). Conclusion : Ces résultats confirment qu'une pratique autonome et sécurisée des biométries fœtales par les internes est possible pour un score OSAUS > 3,5.

Apprentissage de la biométrie échographique fœtale : valeur prédictive de l'Objective Structured Assessment of Ultrasound Skills (OSAUS)

Type de communication : Eposter

G. Hossu (1) , G.Ambroise(2), O.Morel(3), P.Gabriel*(4), S.Zuily(5)

(1)Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy, Inserm, Université de Lorraine, CIC, F-54000 Nancy, France, Nancy, France, (2)Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy, Department of Obstetrics and Gynecology, Nancy, France ; Université de Lorraine, Inserm, IADI, F-54000 Nancy, France ; Université de Lorraine, Département Universitaire de Maïeutique, F-54000 Nancy, Fran, (3)Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy, Department of Obstetrics and Gynecology, Nancy, France ; Université de Lorraine, Inserm, IADI, F-54000 Nancy, France, Nancy, France, (4)Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy, Department of Obstetrics and Gynecology, Nancy, France, Nancy, France, (5)Centre Universitaire d'Enseignement par la Simulation, Hôpital Virtuel de Lorraine, Faculté de médecine, Université de Lorraine, Nancy, Nancy, France

**Auteur principal*

Je déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

Objectifs : évaluer la valeur prédictive du score OSAUS (Objective Structured Assessment of Ultrasound Skill) pour identifier les opérateurs capables de réaliser une estimation échographique du poids fœtal (EPF) valide (I). La variabilité intra-opérateur inter-examen du score (II) et la pertinence d'une certification par pass/fail score (III) ont été évaluées parallèlement. M&M : Le niveau de pratique pour l'EPF d'internes a été évalué de façon prospective et systématisée (score OSAUS) par l'équipe pédagogique d'un CHRU de niveau 3. Les évaluations (3 EPF successives pour chaque interne) étaient réalisées à l'issue d'un examen programmé réalisé par un expert (EPF de référence). Les internes étaient répartis en deux groupes (« novices » ou « intermédiaires » si expérience pré-existante <10 ou ≥10 examens respectivement). La corrélation entre score OSAUS moyen et validité de l'EPF (valide si différence avec l'EPF de référence < 0.8 Z-score) et la variabilité entre les scores successifs ont été évaluées. Résultats : 8 internes « novices » et 8 « intermédiaires » ont été inclus et ont obtenu des scores OSAUS moyens de 2,17 (± 0,63) et 4,13 (± 0,55) respectivement. L'association entre le score OSAUS moyen et la capacité à produire une EPF valide était significative ($p < 0.00271$) (I). La variabilité intra-opérateur inter-examen du score OSAUS était majorée dans le groupe novice (variabilité observée 25% vs 10% pour « novices » & « intermédiaires » respectivement) (II). La spécificité et la valeur prédictive positive (VPP) d'un score OSAUS > 3,5 pour identifier la capacité à réaliser une biométrie valide sont de 77% et 71 % respectivement (III). Conclusion : Ces résultats confirment qu'une pratique autonome et sécurisée des biométries fœtales par les internes est possible pour un score OSAUS > 3,5.

Facteurs associés à la conversion anesthésie péridurale - anesthésie générale pour césarienne en urgence au cours du travail

Type de communication : Eposter

B. Pham* (1) , M.Delage(2), J.Lepercq(1), M.Bonnet(3)

(1)Hopital Port-Royal-Cochin, Paris, France, (2)Hopital Port Royal-Cochin, Paris, France, (3)Hopital Port-Royal-Cochin, 75014, France

**Auteur principal*

L'anesthésie générale (AG) pour césarienne en urgence est associée à une augmentation de la morbidité maternelle et un moins bon vécu de l'accouchement. Les facteurs prédictifs de la conversion anesthésie péridurale (APD)-AG pour césarienne en urgence restent encore peu explorés. Le but de notre étude était d'identifier les facteurs associés à la conversion APD-AG lors des césariennes en urgence au cours du travail.

Nous avons réalisé une étude cas témoins(1/2), rétrospective, monocentrique, entre le 1/01/2012 et le 31/12/2017. Les cas étaient les patientes ayant eu une APD pour le travail, césarisées en urgence sous AG. Les témoins étaient les césariennes en urgence avec une APD juste avant et après chaque cas. Les accouchements prématurés et les grossesses multiples étaient exclus. Les patientes ont été sélectionnées à partir d'une base informatique (DIAMM), les données recueillies dans les dossiers médicaux et les patientes informées. Nous avons comparé les caractéristiques maternelles, de la grossesse, du travail, de la réalisation et du suivi de l'APD, et les issues néonatales en analyses uni puis multivariées.

Sur la période d'étude, 3300 femmes ont accouché par césarienne en urgence au cours du travail dans notre centre, dont 113 (soit 3,4%) avec AG malgré une APD en place. Les caractéristiques maternelles, de la grossesse et du travail étaient comparables entre les 2 groupes, à l'exception de comorbidités significativement plus fréquentes chez les cas que chez les témoins (41% vs. 28%, $p=0.02$). Les modalités de pose d'APD et l'expérience de l'opérateur (junior vs. sénior) étaient comparables. Cependant, les appels pour douleurs persistantes étaient plus fréquents (47% vs. 20%, $p<0.01$), et nécessitaient plus de bolus rescue chez les cas. Les indications de césariennes et délais décision-naissance étaient comparables, hormis un taux de code rouge supérieur chez les cas (21% vs. 10 %, $p=0.02$). Aucune différence n'était observée sur les issues néonatales.

Conclusion

La conversion APD-AG pour césarienne en urgence est associée à des caractéristiques d'analgésie péridurale imparfaite. Une vigilance accrue pourrait améliorer l'efficacité de l'APD. D'un point de vue obstétrical, en dehors des codes rouges, il semblerait possible d'attendre l'extension de l'APD plutôt que de réaliser une AG d'emblée.

Embolie amniotique : exploration de la validité d'une définition dans la population de Port Royal

Type de communication : Eposter

A. Ponzio-klijanienko* (1) , A.Vincent(2)

(1)Hopital Port Royal, Paris, France, (2)Hopital Port Royal, (indiquez au préalable le code postal), France

**Auteur principal*

L'embolie amniotique est une maladie rare dont la prévalence est entre 1/8000 à 1/80 000 accouchements en France. La mortalité maternelle est entre 27 et 60% selon les études. Le diagnostic clinique reste non consensuel avec présence de symptômes dit classiques (collapsus, arrêt cardiaque et hémorragie massive) et d'autres symptômes décrits comme inconstants (prodromes neurologique, anomalie du rythme cardiaque fœtal). Une définition récente a été proposée par la SMFM selon 4 critères:

Collapsus, CIVD biologique, symptômes dans les 30 min suivant la délivrance, apyrexie.

L'objectif de notre étude est de vérifier la présence des 4 critères de la SMFM à partir de la description des caractéristiques des femmes et de leur prise en charge.

MATERIEL ET METHODE

Nous avons inclus toutes les patientes ayant présenté une forte suspicion clinique d'EA entre 2006 et 2018 à Port Royal. Les dossiers ont été revus un par un.

RESULTATS

Nous avons inclus 16 patientes dans notre étude pour qui l'équipe de garde avait une suspicion clinique forte d'embolie amniotique.

Notre population était plus âgée (>35 ans) que la population décrite dans l'enquête nationale périnatale (ENP) de 2016, et avait eu plus recours à la PMA.

Les caractéristiques obstétricales et de suivi de grossesse était comparables hormis le nombre de déclenchement (61% dans notre étude vs 22% dans l'ENP). Toutes les patientes avaient une hémorragie clinique, une CIVD clinique et des prodromes (à type neurologique, bradycardie fœtale ou hypertonie utérine).

Seulement 54 % de nos patientes avaient les 4 critères diagnostiques de la SMFM. Le critère manquant est le plus souvent le collapsus cardio-respiratoire. L'hypotension est par contre constante. Concernant la CIVD, 100% de nos patientes avaient une CIVD clinique contre seulement 85% remplissaient les critères de CIVD biologique.

DISCUSSION

Seulement 54% de nos patientes avaient les 4 critères diagnostiques proposés par la SMFM. Nous proposons suite à cette étude, de remplacer le critère CIVD biologique par le critère CIVD clinique et d'inclure les prodromes dans les critères diagnostiques constants puisque 100% de nos patientes en ont présenté. Cela pourrait peut-être permettre d'anticiper et d'optimiser la prise en charge de l'embolie amniotique.

Écho-endoscopie recto-sigmoïdienne pour endométriose pelvienne profonde : intérêt d'une coloscopie associée, concordance avec l'IRM et performance pour le diagnostic d'infiltration pariétale recto-sigmoïdienne

Type de communication : Eposter

E. Berard (1) , A.Pointreau(2), R.Deudon*(3), P.Toulemonde(2), F.Vidal(3)

(1)CHU de TOULOUSE, Toulouse cedex 9, France, (2)Clinique La Croix du Sud, Quint-fonsegrives, France, (3)CHU de TOULOUSE, Toulouse, France

**Auteur principal*

L'endométriose pelvienne profonde postérieure (EPP) est fréquemment associée à une atteinte recto-sigmoïdienne. Auquel cas, l'écho-endoscopie rectale (EER) permet de définir la radicalité d'un éventuel geste chirurgical. Nous avons évalué l'intérêt d'y associer une coloscopie pour le diagnostic de lésions digestives non endométriosiques, l'histologie de ces lésions et des biopsies recto-coliques systématiques, la concordance entre l'Imagerie par Résonance Magnétique (IRM) et l'EER pour le diagnostic d'absence d'infiltration recto-sigmoïdienne et de profondeur d'infiltration, ainsi que la performance de l'IRM et de l'EER pour le diagnostic d'infiltration transmurale.

Nous avons réalisé une étude de cohorte rétrospective. Le critère de jugement principal était le taux de patientes ayant au moins une lésion digestive non endométriosique diagnostiquée par la coloscopie. L'étude de la concordance entre l'IRM et l'EER portait sur 3 critères : absence d'infiltration recto-sigmoïdienne et, le cas échéant, son caractère transmurale ou non. La performance de l'IRM et de l'EER pour le diagnostic d'infiltration transmurale était comparée aux données chirurgicales.

Parmi les 357 patientes analysées, 59 (16,5%, IC95 [12,8–20,8]) présentaient au moins une lésion digestive non endométriosique avec au moins: un PA avancé chez 1,7% (n=6, IC 95% [0,6-3,6]), un PA non avancé chez 3,1% (n=11, IC 95 [1,6–5,5]), un polype hyperplasique chez 4,8%, un polype festonné sessile (PFS) sans dysplasie chez 3,6%, un PFS avec dysplasie chez 0,3%. Un polype à haut risque concernait 3,1 % des patientes (n=11), un polype à bas risque 11,5% des cas (n=41). L'intérêt de la coloscopie pour le diagnostic de lésion endométriosique ou différentiel était faible. La concordance entre les résultats IRM et de l'EER était négligeable: Coefficient de Corrélation Intra-classe=0,23 (IC95 [0,10–0,36]). L'EER était plus performante que l'IRM pour identifier les infiltrations recto-sigmoïdiennes transmurales.

Notre étude n'apporte pas d'argument pour justifier la réalisation d'une coloscopie systématique dans le cadre du bilan pré-opératoire d'une EPP. L'indication de la coloscopie dans cette population doit ainsi suivre les recommandations actuelles établies en fonction du risque personnel a priori de la patiente.

Impact psychique de l'épisiotomie : Approche comparative

Type de communication : Eposter

C. Clesse* (1) , S.De lavergne(2), J.Lighezzolo(1), M.Scheffler(3), S.Hamlin(2)

(1)Université de Lorraine, Nancy, France, (2)Polyclinique Majorelle, Nancy, France, (3)Cabinet de Gynecologie/ Présidente FCGM Grand Est, Nancy, France

**Auteur principal*

L'épisiotomie est un élargissement chirurgical de l'orifice vaginal réalisé à l'aide d'une incision du périnée au cours de l'accouchement et notamment pendant la dernière étape de l'expulsion. Très souvent étudiée sous un angle somatique, cette pratique chirurgicale n'a que très peu été abordée sous un angle psychologique. Le but de cette communication est de présenter l'impact psychique de l'incision du périnée en s'appuyant sur trois axes d'études : les effets de l'épisiotomie, les facteurs de risques et les facteurs protecteurs inhérents au vécu difficile de l'épisiotomie et enfin, le vécu de l'épisiotomie en fonction des caractéristiques individuelles du sujet. Pour ce faire une étude longitudinale comparant l'effet de l'épisiotomie aux autres modes d'accouchement (césarienne, voie basse avec périnée intact ou pseudo-intact et déchirure) a été réalisée sur 43 femmes. Elle s'est appuyée sur une rencontre prénatale 1 mois avant l'accouchement, une évaluation 2 jours et 2 mois après l'accouchement et enfin 3 rencontres post-natales (3 mois, 9mois, 1 an). Chaque rencontre s'est appuyée sur la réalisation d'entretiens (semi-directifs et libres), de questionnaires (SF36, QIC, EPDS, CPQ, WOMBLSQ4, Traumaq) et l'emploi du test de Rorschach. Les principaux résultats montrent que l'épisiotomie implique une satisfaction liée à l'accouchement plus faible 2 mois après l'accouchement. De même, elle est préférentiellement associée à la présence de douleurs, dyspareunies et dépressions 3 mois après l'accouchement. En outre, elle est considérée avec la survenue d'une déchirure comme un des modes d'accouchement les plus difficilement vécus. Notre étude a également montré qu'une qualité de mentalisation effondrée préservait les femmes d'un vécu difficile lié à l'épisiotomie. Enfin, l'analyse qualitative a mis en évidence la présence de dysfonctionnements sexuels et angoisses somatopsychiques spécifiquement liés à l'épisiotomie. Pour finir, nous avons montré que le vécu subjectif personnel colorait la perception de l'épisiotomie notamment au travers de la dynamique transférentielle projetée sur l'équipe médicale mais aussi lors de la reviviscence de traumatismes psychiques.

Dispositif d'hémostase intra utérin par ventouse dans l'hémorragie du post partum : étude clinique prospective monocentrique française.

Type de communication : Eposter

A. Moreau-gaudry (1) , C.Ricard(2), D.Blin(3), I.Boudry(1), P.Reboux(2) , P.Hoffmann (1), V.Equy*(1)

(1)CHU Grenoble Alpes, Grenoble cedex 09, France, (2)CHU Grenoble Alpes, Grenoble cedex 9, France, (3)Hemosquid, Gières, France

**Auteur principal*

L'hémorragie du post partum (HPP) est la cause principale de morbidité et mortalité des femmes dans le monde. Nous avons mis au point un nouveau dispositif d'hémostase intra utérin pour traiter l'HPP due à l'atonie utérine. Ce dispositif, appelé HemoGYN est basé sur un principe d'hémostase par ventouse. Il existe deux modèles différents, grand et petit en fonction de la taille de l'utérus atone. Nous menons une étude prospective de preuve de concept pour déterminer la faisabilité d'utilisation d'HemoGYN chez les femmes présentant après accouchement par voie basse une HPP nécessitant un traitement par sulprostone. La prise en charge de l'HPP suit les recommandations du CNGOF. Après information et accord de la patiente, le dispositif est inséré dans l'utérus au moment de la mise sous sulprostone intra-veineuse et une dépression à 800mmHg est appliquée à l'aide d'une unité d'aspiration électrique.

A ce jour, 15 patientes ont été incluses.

Dans 12 cas sur 15, la mise en place la mise en dépression plus de 30 secondes et le retrait ont été possible aisément. Dans deux cas, la ventouse n'a pu être mise en place car le petit modèle n'était pas disponible, et dans un cas le grand modèle a été expulsé. Suite à la mise en dépression pendant 20 minutes dans 9 cas un arrêt du saignement a été obtenu. Un saignement résiduel ayant persisté dans 4 cas au retrait du dispositif, la prise en charge habituelle s'est poursuivie, et les patientes ont été embolisées. Chez les 3 patientes chez qui la mise en dépression de la ventouse n'a pas été suivie d'un arrêt du saignement, 1 patiente a été embolisée, une autre a eu une ligature vasculaire et pour la troisième le saignement s'est arrêté. Les résultats sont encourageants car l'utilisation d' HemoGYN est aisée et rapide et semble associée à une réduction des saignements par la contraction utérine observée lors de la mise en dépression.

N°ID RCB : 2015-A00330-49A

Prise en charge d'une hémorragie du post-partum retardée après césarienne : Evaluation des pratiques dans une maternité de type 3.

Type de communication : Eposter

R. Laetitia* (1)

(1)CHU angers, Angers, France

**Auteur principal*

L'hémorragie du post-partum (HPP) est la première cause de décès maternel et évitable en France; 3 à 15 % des HPP sont associées à la césarienne dont certaines sont retardées et difficiles à prendre en charge. La prise en charge de ces hémorragies retardées est très peu décrite dans la littérature et non consensuelle. L'objectif de notre étude est d'évaluer l'efficacité des différentes prises en charge possibles dans le cadre d'une HPP retardée après césarienne au sein d'une maternité de type 3.

Toutes les patientes prises en charge au CHU d'Angers entre 2007 et 2017 pour HPP retardée après césarienne ont été incluses. Trois types de gestes ont été comparés : la révision utérine (RU) associée ou non à un tamponnement intra utérin par sonde de Bakri (B), l'embolisation des artères utérines (E) et la chirurgie (C). Le critère de jugement principal était le taux de réussite du geste définie par l'arrêt des saignements. Les secondaires étaient le taux d'hystérectomie d'hémostase (HH) et le delta de saignement entre le début et la fin de la prise en charge.

Quarante-sept patientes ont été réparties en 3 groupes, n=23 dans le groupe «RU/B», n=13 dans le « E » et n=11 pour le groupe « C ». Les trois groupes étaient comparables en terme de caractéristiques maternelles et obstétricales. Aucune différence significative concernant le taux de réussite entre les trois groupes n'était retrouvée (100% pour le groupe « C », 74% dans le groupe « RU/B » et 61.5% dans le «E» avec p=0.07). Le taux d'HH était significativement plus élevé (73%) dans le groupe « C » même en dehors d'un contexte d'épanchement intra péritonéal ou d'instabilité hémodynamique (86%) (p=0,001). Une RU seule avait été réalisée pour 10 patientes (21%) avec un taux de succès de 80%. Le délai de prise en charge était significativement plus long 115 minutes (min) en cas d'embolisation (p<0.001).

Bien que les taux de réussite des différentes prises en charge soient similaires, en l'absence d'arguments imposant une reprise chirurgicale d'emblée, des gestes simples et rapides tels que la RU associée ou non à un tamponnement intra-utérin doivent être privilégiés. En cas d'inefficacité, une prise en charge chirurgicale s'imposera. Il apparaît que l'embolisation soit la technique la plus lente dans le contexte.

Synthèse et caractérisation des nanocomposites ZnO/Ag pour applications antibactériennes

Type de communication : Eposter

A. Merah (1) , S.Bouledroua*(1), S.Tandjir(1)

(1) faculté de Médecine, Annaba, Algeria

**Auteur principal*

L'intérêt pour les nanomatériaux, dans la lutte contre les bactéries résistantes est de plus en plus exprimé. Une grande variété de nanoparticules inorganiques (métalliques, oxydes métalliques) ont montré d'importantes propriétés antibactériennes et ils sont devenues une stratégie prometteuse pour détruire les bactéries. L'oxyde de zinc ZnO est l'un des matériaux dont de nombreuses études ont rapporté l'activité anti bactérienne efficace à la fois contre les bactéries Gram-positives et Gram-négatives.

Une nouvelle classe des matériaux dits nanocomposites caractérisée par la combinaison de plusieurs matériaux inorganiques dans une même particule, ces assemblages possèdent des propriétés qui vont au-delà de celles de chacun des constituants de ce fait le dopage dans la matrice hôte des nanoparticules d'oxyde de zinc par des éléments appropriés peut ajuster différentes propriétés de ZnO et améliorer ses propriétés antibactériennes.

Dans ce travail nous avons étudié les propriétés structurales et antimicrobiennes des nanocomposites ZnO dopé par l'argent (ZnO /Ag) synthétisées par la méthode de coprécipitation on utilisant l'acétate de zinc et nitrate d'argent comme précurseur et l'NaOH comme agent réducteur.

La caractérisation des nanocomposites ZnO /Ag synthétisés a été déterminée par spectrophotométrie UV/visible, La spectroscopie infrarouge à transformée de Fourier (FTIR) et diffraction rayons X (DRX) qui ont confirmé la formation des Nanocomposites ZnO/Ag dont la taille moyenne des nanocomposites ZnO/Ag calculé par l'application de l'équation de Scherrer XRD était d'environ 20 nm.

L'effet bactéricide des nanocomposites ZnO/Ag a été testé sur une large gamme de bactéries Gram positif et de bactéries Gram négatif par le test de dilution en gélose. Ils ont montré une excellente activité antimicrobienne contre les diverses souches bactériennes avec une concentration minimale inhibitrice (CMI) inférieure à 0.128 mg ml⁻¹.

Ils semblent donc constituer un nouvel outil de lutte contre les bactéries, y compris celles qui montrent une résistance aux antibiotiques usuels.

Le suivi psychologique des femmes enceintes dans les services de gynécologie obstétrique au Burundi

Type de communication : Eposter

L. Gahimbare (1) , M.Ndanezerewe(2), R.Irambona*(3)

(1)Université de Grands Lacs, Bujumbura, Burundi, (2)Commission Episcopale Justice et Paix (CEJP), Bujumbura, Burundi, (3)Université du Burundi, Bujumbura, Burundi

**Auteur principal*

L'objectif de cette recherche était d'explorer le suivi psychologique des femmes enceintes dans le service de gynécologie obstétrique au Burundi.

Comme méthode, l'entretien semi-directif et de l'observation simple et directe ont été utilisés. Nos enquêtées ont donné leur consentement éclairé.

Les résultats montrent que les besoins psychologiques des femmes enceintes sont la compréhension, plus d'attention et de réconfort ainsi que de soutien de la part de ses proches. Ainsi, la femme enceinte a besoin qu'on la comprenne dans ses changements d'attitudes, qu'on soit plus attentif à son égard, qu'on s'occupe d'elle plus que d'ordinaire. Elle éprouve également le besoin d'être soutenu que ce soit sur le plan moral que dans ses activités quotidiennes.

Quant aux souhaits des femmes enceintes en ce qui concerne leur accompagnement global dans le service de gynécologie obstétrique, elles souhaiteraient obtenir plus d'informations pendant les consultations prénatales concernant les examens qu'elles font durant cette période et sur tout le processus de la grossesse. Elles voudraient être informées sur le déroulement de l'accouchement, les signes d'entrée en travail, le déroulement du travail, etc. Elles souhaiteraient que leurs soignants soient plus chaleureux et compréhensifs à leur égard. En l'absence de suivi psychologique de la femme enceinte, les réaménagements physiologiques et psychologiques de la grossesse peuvent déboucher sur des perturbations psychologiques. Lorsque ces perturbations ne sont pas prises en compte, la femme enceinte peut développer des troubles psychoaffectifs ainsi que des troubles somatiques. Certaines femmes enceintes peuvent se replier sur elles, adopter une attitude régressive ou se culpabiliser sur tout ce qui se passe ou développer des réactions d'évitement. Ces deux phénomènes s'observent surtout chez les femmes ayant connu des complications pour les grossesses précédentes.

Le suivi psychologique des femmes enceintes dans les services de gynécologie obstétrique devrait aller de paire avec le suivi médical.

Plantes médicinales et accouchement : Enquête auprès de 252 femmes à Yaoundé-Cameroun

Type de communication : Eposter

J. Foumane maniepi* (1) , E.Nnanga nga(1), J.Ze minkandé(1), M.Nyangono(1)

(1)Université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroon

**Auteur principal*

L'utilisation des plantes médicinales est fréquente au Cameroun où, environ un tiers des femmes enceintes auraient recours aux médicaments traditionnels au cours de la seconde moitié de la grossesse.

L'objectif du présent travail était de recenser les plantes médicinales utilisées par les femmes pour déclencher ou favoriser l'accouchement.

Il s'agissait enquête ethnobotanique auprès de 252 femmes a été menée à la maternité de l'Hôpital Gynécologique, Obstétrique et Pédiatrique de Yaoundé du 05 mars 2019 au 5 juin 2019. Après obtention du consentement éclairé, les accouchées ont été interrogées à l'aide d'un questionnaire prétexté. L'analyse statistique a été faite à l'aide du logiciel EPI Info 2.7.

Les femmes interrogées avaient un âge moyen de $29 \pm 6,8$ ans. Elles avaient majoritairement un niveau d'études universitaire (54,8%) et secondaire (39, 2%), et étaient majoritairement de religion chrétienne (94,6%). Des femmes interrogées, 65,9% (166/252) avaient utilisé des plantes médicinales pour favoriser leur accouchement. Les plantes identifiées appartenaient à 27 familles botaniques, les plus représentées étant : les malvacées (27,1%), les astéracées (9,0%) et les brassicacées (3,6%).

A Yaoundé, la majorité des femmes a recours à diverses plantes médicinales pour favoriser le déroulement du travail d'accouchement. Une analyse pharmaco-toxicologique de ces plantes pourrait ouvrir la voie à l'identification des principes actifs.

Mots clés : Plantes médicinales – Accouchement – Enquête ethnobotanique

La coelioscopie vaginale vNOTES : résultats de la première étude française

Type de communication : Eposter

M. Carriere* (1)

(1)CH, Veyre monton, France

**Auteur principal*

La chirurgie endoscopique utilisant les orifices naturels (NOTES) s'est récemment développée dans la continuité d'une logique de chirurgie mini-invasive. L'orifice vaginal est un accès à la cavité péritonéale facile et sécuritaire. Les premières études sont récentes et peu nombreuses.

L'objectif de cette étude est d'évaluer la faisabilité ainsi que les suites opératoires précoces de la coelioscopie vaginale lors de sa mise en place dans un service de gynécologie.

Il s'agit d'une étude rétrospective unicentrique incluant toutes les coelioscopies vaginales réalisées entre le 30/04/2018 et le 26/06/2019. Le critère de jugement principal est le taux de conversion en laparoscopie.

102 coelioscopies vaginales ont été réalisées : 69 hystérectomies dont 31 pour prolapsus et 38 pour pathologies bénignes; 33 chirurgies annexielles dont 31 stérilisations tubaires (26 coagulation-section, 5 salpingectomies) et 2 annexectomies pour kystes. 2 interventions (1,96%) ont nécessité une conversion en laparoscopie. La durée opératoire médiane était de 75 minutes pour les hystérectomies et de 35 minutes pour les chirurgies annexielles. Nous avons recueilli une complication per-opératoire (plaie vésicale lors du morcellement d'un utérus volumineux). L'EVA médiane de la douleur à H6 était de 0. 96% des chirurgies annexielles et 57% des hystérectomies (prolapsus exclus) étaient réalisées en ambulatoire. Le taux de complications post-opératoires était de 12,9 % : 4 complications de grade I selon la classification de Clavien Dindo, 5 complications de grade II, 4 complications de grade IIIb (1 hématome du Retzius, un hémopéritoine de 500 mL, une hernie inguinale étranglée et un kyste lutéal hémorragique).

Cette étude montre que la coelioscopie vaginale peut être introduite dans un service au sein duquel les chirurgiens pratiquent la chirurgie vaginale et laparoscopique. Elle n'entraîne pas de morbidité spécifique et permet une prise en charge en ambulatoire régulière des hystérectomies du fait d'EVA faibles. Il est nécessaire d'évaluer à l'aide d'études comparatives sa non-infériorité par rapport aux techniques chirurgicales actuelles afin de lui trouver sa place dans notre arsenal thérapeutique.

Profil des patientes et pronostic des hystérectomies d'hémostase réalisées au CHU-MEL de Cotonou de 2013 à 2018.

Type de communication : Eposter

D. Dangbemey* (1)

(1)UNIVERSITE D'ABOMEY CALAVI, Cotonou, Benin

**Auteur principal*

La morbidité maternelle liée à l'hystérectomie d'hémostase dépend de plusieurs paramètres ; les uns liés à la patiente et les autres liés au système sanitaire. Nous avons établi le profil des patientes à risque et le pronostic des hystérectomies d'hémostase réalisées au CHU-MEL de Cotonou. Les dossiers médicaux de toutes les hystérectomies d'hémostase réalisées entre 2013 et 2018 ont été analysés. Les caractéristiques relatives aux profils de patientes et aux pronostics d'hystérectomies d'hémostase ont été les principales variables étudiées.

La fréquence d'hystérectomie d'hémostase au CHU-MEL de Cotonou était de 0,18%. L'âge moyen des patientes était $30 \pm 6,1$ ans avec des extrêmes de 20 et 40 ans ; les patientes âgées de 25 à 35 ans étaient les plus nombreuses (9/16).

Les patientes non scolarisées étaient les plus nombreuses (7/12)

La grande majorité (15/16) des bénéficiaires d'hystérectomie avaient une situation socioéconomique précaire.

Les femmes évacuées des autres centres de santé étaient les plus représentées (12/ 16) et 9 cas sur 16 était un transfert in utéro.

La plupart de nos patientes (13/16) étaient des multipares ;

La majorité des patientes (11/16) était admise dans un état de choc hémorragique dont 5 transfusées.

L'Atonie utérine était la principale indication (11/16) de l'hystérectomie d'hémostase. L'hystérectomie totale était la technique la plus utilisée.

Les complications post hystérectomie étaient l'anémie postopératoire (2/5), la coagulopathie (2/5) et la suppuration de la plaie opératoire (1/5). Il est à déplorer 2 décès dans notre série. Il s'agit de 2 patientes qui ont bénéficié d'hystérectomie pour hémorragie de la délivrance par atonie utérine.

Les techniques chirurgicales utilisées étaient hystérectomie totale d'hémostase.

La connaissance du profil des patientes et le pronostic des hystérectomies d'hémostase permettra une meilleure organisation des anticipations du 1er et 2ème ordre.

Mots clés : hystérectomie, hémostase, profil, pronostic.

Préservation de la fertilité dans un contexte de kyste parasitaire de l'ovaire : cas d'une échinococcose alvéolaire ovarienne bilatérale chez une jeune fille de quatorze ans

Type de communication : Eposter

P. Decaigny* (1)

(1)CHRU de Besançon, Besancon, France

**Auteur principal*

La question sur la préservation de la fertilité se pose chez toute femme en âge de procréer atteinte d'une pathologie ovarienne maligne, voire plus rarement bénigne. L'échinococcose est une infection liée au développement chez l'Homme de la larve d'un cestode du genre *Echinococcus*. L'infestation de l'Homme (hôte intermédiaire accidentel) se fait par l'ingestion d'œufs de parasites présents dans les aliments, l'eau ou la terre, ou par le contact direct avec les animaux hôtes. On distingue principalement deux genres d'*Echinococcus* dont l'*E. multilocularis* à l'origine de l'échinococcose alvéolaire, qui est une maladie rare se localisant essentiellement au niveau du foie mais pouvant s'étendre par contiguïté aux organes de voisinage ou être à l'origine de métastases à distance, ovariennes par exemple, par dissémination hématogène ou lymphatique. Le traitement de référence consiste en une résection chirurgicale de la totalité des lésions, encadrée par un traitement antiparasitaire. Par conséquent, en cas d'atteinte ovarienne la chirurgie peut être très mutilante. Il est donc important de discuter des stratégies de préservation de la fertilité au préalable car, comme le suggère la loi de bioéthique du 6 août 2004, toute femme en âge de procréer qui doit recevoir un traitement potentiellement délétère pour sa fertilité future devrait être informée de ce risque et des stratégies de préservation de la fertilité.

Nous exposerons le cas d'une patiente âgée de quatorze ans présentant une échinococcose alvéolaire avec multiples métastases, notamment sur les deux ovaires, en expliquant les modalités de sa prise en charge chirurgicale, ainsi que la place de la préservation ovocytaire dans son parcours de soins.

Sarcoïdose mammaire : à propos de 2 cas et revus de la littérature

Type de communication : Eposter

L. Belachkar* (1)

(1)CHU HASSAN II FES, Fes, Morocco

**Auteur principal*

La sarcoïdose est une maladie inflammatoire granulomateuse, systémique, idiopathique, d'étiologie inconnue qui touche les deux sexes avec une prédominance chez la femme jeune.

Elle est caractérisée histologiquement par la présence de granulome épithéliocellulaire sans nécrose caséuse.

Elle atteint habituellement les poumons, la peau, le foie, la rate, les yeux, les phalanges des os et les glandes parotides.

La localisation mammaire est extrêmement rare et représente moins de 1 % des cas,

La mastite granulomateuse est une pseudotumeur inflammatoire bénigne. Cette entité anatomo-clinique rare pose un problème de diagnostic différentiel avec d'autres granulomatoses et surtout avec le carcinome mammaire.

La coexistence de manifestations systémiques doit faire discuter une sarcoïdose.

Dans notre travail nous rapportant 2 cas de sarcoïdose mammaire , qui ont été traité et guéri ,

l'objectif de notre travail :

Établir les critères diagnostic de la mastite granulomateuse, et de citer les éléments majeur pour éliminer les autres diagnostics différentiel surtout le carcinome mammaire,

Mots clés : sarcoïdoses, sein, carcinome, échographie mammaire, granulome épithéliocellulaire,

Ce travail sera sous forme de communication affichée.

Impact de la tuberculose génital sur la fertilité de la femme : à propos de 2 Cas et revus de la littérature

Type de communication : Eposter

L. Belachkar* (1)

(1)CHU HASSAN II FES, Fes, Morocco

**Auteur principal*

La tuberculose génitale de la femme fait partie des formes extrapulmonaires de la tuberculose. Il s'agit d'une pathologie peu fréquente dans les pays développés, mais elle reste endémique dans les régions défavorisées. L'agent causal est, dans la majorité des cas, *Mycobacterium tuberculosis* et moins souvent *Mycobacterium bovis*.

La tuberculose génitale de la femme est à l'origine d'infertilité par les lésions tubaires, mais aussi utérines qu'elle occasionne. La certitude diagnostique est apportée par la biologie ou l'histologie.

La prise en charge de l'infertilité repose essentiellement sur la fécondation in vitro après un traitement médical bien conduit et une guérison prouvée. Grâce à l'assistance médicale à la procréation, le pronostic de fertilité reste bon en dehors d'une atteinte de l'endomètre qui réduit fortement les chances de procréation.

Dans notre travail nous rapportant le cas de 2 patientes :la première ayant un antécédent de tuberculose intestinale ayant présenté par la suite une infertilité tubaire avec échec de 2 Fécondations in vitro , la deuxième une patiente de 32 ans qui a consulté pour aménorrhée de 1 ans avec une infertilité primaire de 16 mois dont le diagnostic d'une tuberculose cervical a été posée après bilan étiologique ,

Notre objectif :

De préciser les aspects cliniques et iconographiques de la tuberculose génitale féminine compliquée d'une infertilité ; d'étudier les possibilités thérapeutiques et les résultats

Mots clés : tuberculose génital, infertilité, hystérosalpingographie , procréation

Cancer de la vulve à propos de 11 cas

Type de communication : Eposter

A. Banani (1) , C.Bouchikhi(1), K.Aboul fath*(2), N.Mamouni(1), S.Errarhay(1)

(1)CHU fes, Fes, Morocco, (2)Centre Hospitalier Universitaire Hassan II Fes, Fes, Morocco

**Auteur principal*

Le cancer de la vulve est une affection néoplasique peu fréquente, représentant moins de 5% des cancers gynécologiques. Il survient le plus souvent chez des femmes âgées. Notre objectif de cette étude analytique rétrospective, portant sur une série de 11 patientes porteuses du cancer vulvaire colligés au service de gynéco-obstétrique I CHU Hassan II de Fès durant la période allant de janvier 2009 au décembre 2014 et à travers une revue de la littérature, est d'évaluer le profil épidémiologique, clinique, histologique, et de discuter la prise en charge Thérapeutique et le pronostic de ces patientes. L'âge moyen des patientes était de 66 ans (extrêmes 55-70 ans), toutes nos patients étaient ménopausées, grandes multipares. Le délai moyen de consultation était de 12 mois, La symptomatologie clinique était dominée par le prurit et une lésion vulvaire dans 100% des cas, les douleurs pelviennes, des leucorrhées, les métrorragies sont rares. Les formes bourgeonnantes et ulcéro-bourgeonnantes représentent 72,72% des cas .Pour les modalités diagnostique : la biopsie vulvaire était réalisée dans 100 % des cas et a conclu à un carcinome épidermoïde dans 81.8% des cas type histologique le plus fréquent et dans 9,09% pour un carcinome verruqueux et 9,09% mélanome malin vulvaire. La plupart de nos femmes a été vu à un stade T2N1M0. Bilan d'extensions a révélé des métastases chez une seule patiente. Sur le plan thérapeutique nos patientes ont bénéficié d'une chirurgie type vulvectomie totale avec curage ganglionnaire inguinal superficiel bilatéral. Les complications postchirurgicales sont dominées par l'infection les lymphoedèmes, le lâchage des sutures. La radiothérapie en postopératoire a été réalisé chez 3 de nos patientes.

La chirurgie constitue la pierre angulaire du traitement et dépend essentiellement du stade de la tumeur. Toute fois d'autres options thérapeutiques restent disponible telle que la radiothérapie et la chimiothérapie. Le pronostic dépend de plusieurs facteurs, il est d'autant meilleur que la tumeur est de petite taille et que les ganglions ne sont pas envahis d' ou l'importance du diagnostic précoce des lésions précancéreuses .

"Acceptabilité et exactitude du dépistage du cancer du col utérin à l'aide d'un voile auto-collecté pour le test ADN du VPH par PCR multiplex en temps réel chez les femmes adultes en Afrique subsaharienne"

Type de communication : Eposter

D. Sadjoli* (1)

(1) Cabinet Médical de Gynécologie-Obstétrique LA RENAISSANCE PLUS, N'djamena, Chad

**Auteur principal*

Le cancer du col utérin est causé par des infections génitales à HPV-HR. L'auto-collecte de spécimens génitaux et le test ADN HPV sont des méthodes permettant d'augmenter les taux de dépistage. L'étude GYNAUTO-CHAD a comparé l'acceptabilité, le test ADN-HPV sur des échantillons d'écouvillons cervicaux collectés par clinicien (technique de référence) et auto-collectés au voile vaginal par les femmes. Cinq des 10 districts de N'Djamena ont été sélectionnés et inclus au hasard. Les pairs éducateurs ont contacté les femmes des réseaux d'associations féminines, des églises et mosquées afin de participer à l'enquête à la clinique de gynécologie «La Renaissance Plus». Un clinicien a procédé au prélèvement par écouvillon floqué. Les sécrétions génitales ont été aussi prélevées par auto-collecte au voile. Ces 2 types d'échantillons prélevés ont été testés pour l'ADN du HPV par PCR multiplex en temps réel. L'acceptabilité des 2 méthodes de collecte a été évaluées. La positivité du test a été comparée en évaluant la concordance, la sensibilité et la spécificité.

Au total, 253 femmes de 35 ans en moyenne, ont été inscrites de manière prospective. La prévalence de l'infection à HPV était de 22,9%, dont 68,9% de HR-HPV, avec une distribution inhabituelle des génotypes de HPV-HR et une prépondérance (environ 70%) des HPV-HR ciblés par le vaccin Gardasil-9®. L'auto-collecte génitale au voile a montré une acceptabilité, une faisabilité et une satisfaction élevées (96%). Cette méthode était similaire à la méthode par écouvillon pour le test ADN HPV-HR, avec un «bon» accord entre les 2 méthodes, une sensibilité élevée (95,0%; IC 95%: 88,3-100,0%) et une spécificité (88,2 %; IC 95% : 83,9-92,6%). De manière remarquable, les taux de positivité de l'ADN HPV et de l'ADN HPV-HR étaient significativement plus élevés (1,67 et 1,57 fois, respectivement) sur les sécrétions génitales auto-recueillies au voile, par rapport aux sécrétions collectées par clinicien. Ces résultats mettent en évidence l'importance de l'infection cervicale au HPV-HR oncogène chez les femmes tchadiennes. L'auto-collecte des sécrétions génitales au voile vaginal constitue un outil simple, acceptable et puissant pour tests moléculaires HPV lors de dépistage systématique de masse du cancer du col utérin au Tchad.

LES TUMEURS MALIGNES DE LA VULVE A PROPOS DE 15 CAS ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

Type de communication : Eposter

H. Afalah* (1) , L.Belachkar(1)

(1)chu hassan 2 fes, Fes, Morocco

**Auteur principal*

Le cancer invasif de la vulve est une affection néoplasique rare, représentant 3 à 5% des cancers gynécologiques. Il survient le plus souvent chez des femmes âgées. L'objectif de ce travail était d'évaluer le profil épidémiologique, clinique, histologique et thérapeutique d'une série de patientes porteuses d'un cancer de la vulve. Il s'agissait d'une étude analytique rétrospective portant sur une série de 15 patientes, traitées pour cancer de la vulve au service de gynéco-obstétrique II CHU Hassan II de Fès durant la période allant de janvier 2013 au décembre 2018. L'âge moyen des patientes était de 60 ans, 69% des patientes étaient ménopausées, avec un âge moyen de ménopause de 47ans, et 61,5% étaient des multipares. La symptomatologie clinique était dominée par perception par d'une tumeur vulvaire par les malades et le prurit (92% et 84 %respectivement). Les formes ulcéro-bourgeonnantes représentent 53% des cas. Et l'atteinte multifocale est la plus fréquente. Pour les modalités diagnostique: la biopsie vulvaire était réalisée dans 100 % des cas et a conclu à un carcinome épidermoïde dans 100% des cas.. Bilan d'extensions a révélé des métastases pulmonaires chez deux patientes. Sur le plan thérapeutique 9 de nos patientes (61%) ont bénéficié d'une chirurgie type vulvectomie totale avec curage ganglionnaire inguinal bilatéral. Les complications post-chirurgicales sont dominées par l'infection, les lymphœdèmes, le lâchage des sutures. La radiothérapie était indiquée chez 92 % des patientes, elle était en préopératoire chez 38 % des cas, 8 % des cas en postopératoire et exclusive chez 23% des cas. Le pronostic dépend de plusieurs facteurs, il est d'autant meilleur que la tumeur est de petite taille et que les ganglions ne sont pas envahis. Le cancer vulvaire est l'une des tumeurs rares mais avec un pronostic souvent réservé vu les métastases ganglionnaires précoces et leur diagnostic le plus souvent à un stade localement avancé d'où l'importance du diagnostic précoce et la prise en charge adéquate des lésions précancéreuses pour améliorer le pronostic. Le traitement doit être personnalisé en fonction du stade clinique de la tumeur afin de diminuer les conséquences fonctionnelles et psychologiques du traitement qui reste essentiellement chirurgical.

Promouvoir la santé sexuelle au Togo : un projet d'étudiants français et togolais

Type de communication : Eposter

I. Asselin (1) , O.Caraes*(2), H.Pôtel(2), L.Zemelo(3), B.Dieuleveux(2) , M.Watchey (3), C.Didjougou(3), R.Fauvet(1)

(1)chu Caen, service de gynécologie obstétrique, Caen, France, (2)UFR de Santé de Caen, membre de PELICaen SH, Caen, France, (3)Université de Lomé, membre d'UJPOD Togo, Lomé, Togo

**Auteur principal*

Le projet Promotion de la Santé Sexuelle est une initiative menée depuis plusieurs années déjà dans la région maritime du Togo. Il est porté par PELICaen SH, une association créée à l'UFR de Pharmacie de Caen qui rassemble des étudiants du domaine de la santé désireux de s'investir dans des projets de santé publique et de solidarité en France et à l'international.

Ce projet a été mis en place pour tenter de répondre aux besoins importants de la population togolaise en terme de santé sexuelle. En effet, les chiffres à ce sujet restent très alarmants : 85% de femmes n'utilisent pas de moyen de contraception et 2,5% de la population est infectée par le VIH malgré une réelle dynamique de la part du gouvernement togolais pour y remédier.

Pour la réalisation du projet, des membres de PELICaen travaillent en collaboration avec l'ONG locale UJPOD-Togo (Union des Jeunes POur le Développement), à distance dans un premier temps, pour évaluer les besoins, récolter du matériel (2770 préservatifs, 850 tests de grossesse...) et se former à l'éducation à la sexualité puis sur place, pour un engagement concret sur le terrain.

Cette année, grâce à notre équipe constituée de trois étudiants en médecine français et trois étudiants togolais, le projet a abouti à la mise en œuvre de trois semaines d'actions dans les localités de Sewové et d'Adétikopé. Dans la première phase de notre mission, nous avons réalisé des sensibilisations sur différents thèmes liés à la santé sexuelle (anatomie et physiologie, contraception, grossesses précoces, IST). "Plus de 500 personnes ont ainsi pu être sensibilisées. Puis nous avons organisé des journées autour de la contraception et du dépistage du VIH avec l'ATBEF (Association Togolaise pour le Bien-Être Familial). Enfin, nous avons fait don de matériel aux dispensaires des villages.

Au Togo, les inégalités territoriales et les difficultés financières restreignent considérablement l'accès à l'information et aux prestations de santé. Nous nous sommes donc attachés tout particulièrement à aller à la rencontre de la population, ainsi qu'à proposer des services gratuits et accessibles à tous. Au vu de l'existence de réels besoins, nous sommes convaincus de la nécessité de poursuivre ce projet et de pérenniser nos actions dans les années à venir.

Syndrome de Ballantyne : à propos d'un cas et revue de la littérature

Type de communication : Eposter

O. Guellati (1) , I.Diabi(2), N.Ghit*(1), Y.Djabri(2)

(1)Service de Gynécologie-Obstétrique - CHU IBN ROCHD - ANNABA - ALGERIE, Annaba, Algeria, (2)Service de Gynécologie-Obstétrique - CHU IBN ROCHD, Annaba, Algeria

**Auteur principal*

Le syndrome de Ballantyne ou prééclampsie en miroir est une entité clinique rare. Son étiopathogénie reste encore mal élucidée. Son diagnostic doit être évoqué devant un syndrome œdémateux maternel associé à un état d'anasarque fœtal. Le pronostic fœtal réservé auquel peut s'associer une forte morbidité maternelle expliquent l'intérêt de poser un diagnostic précoce en identifiant son étiologie afin d'établir un traitement anténatal pouvant améliorer ainsi le pronostic materno-fœtal. Nous rapportons et discuterons à la lumière d'une revue de la littérature, le cas d'un syndrome de Ballantyne compliqué de mort fœtale in utero.

Fibrome ovarien chez une patiente porteuse du Syndrome de Mayer-Rokitansky

Type de communication : Eposter

O. Mhamdi* (1) , A.Baidada(2), A.Kharbach(2), N.Zeraidi(2), A.Lakhdar(2)

(1)Maternité Souissi Rabat, Rabat, Morocco, (2)Faculté de Médecine Rabat, Rabat, Morocco

**Auteur principal*

Le syndrome de Mayer-Rokitansky et le fibrome ovarien sont 2 pathologies exceptionnelles. L'association des 2 est encore plus rare. Le syndrome de Rokitansky se définit par une aplasie complète de l'utérus et du vagin chez une femme sans antécédents médicaux qui peut affecter la fertilité sans augmenter l'incidence des pathologies ovariennes. Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 39 ans, ayant une aménorrhée primaire qui a été admise en urgence pour une douleur pelvienne aiguë prédominant à gauche. L'échographie avait mis en évidence une masse kystique pelvienne hétérogène avec des signes de torsions. L'utérus n'a pas pu être identifié. L'IRM a confirmé l'aplasie utérine, rénale et vaginale associée à un kyste ovarien avec des signes de torsions. D'où indication d'une prise en charge chirurgicale en urgence qui a confirmé le diagnostic d'aplasie utérine et rénale. L'origine de la masse était ovarienne. Un traitement conservateur a été réalisé. L'examen histologique a confirmé le fibrome ovarien.

Il n'existe pas de relation directe entre le syndrome de Rokitansky et les pathologies ovariennes et plus particulièrement le risque de tumeurs bénignes ou malignes ovariennes. Toutefois, 4 cas de néoplasie ovarienne associée à ce syndrome ont été rapporté dans la littérature : cancer de l'ovaire, tératome immature de l'ovaire et tumeur bilatérale de l'ovaire. Par conséquent, même si l'association des 2 est peu connue et pas encore élucidé, nous devons y penser et ne pas méconnaître le diagnostic plus particulièrement dans des pathologies aiguës (comme chez notre patiente) ou grave (tumorale).

Le Syndrome d'insensibilité complète aux androgènes : à propos de deux cas et revue de la littérature

Type de communication : Eposter

O. Guellati* (1) , N.Ghit(2), S.Haddadi(3), Z.Benabdelkader(3), Y.Djabri(3)

(1)Service de Gynécologie-Obstétrique - CHU IBN ROCHD - ANNABA - ALGERIE, Annaba, Algeria, (2)Service de Gynécologie-obstétrique -CHU IBN ROCHD, Annaba, Algeria, (3)Service de Gynécologie-Obstétrique - CHU IBN ROCHD, Annaba, Algeria

**Auteur principal*

Le testicule féminisant ou syndrome de résistance aux androgènes est une pathologie génétiquement déterminée récessive liée au chromosome X chez des sujets ayant un caryotype 46XY. La résistance des cellules aux androgènes peut être complète se traduisant par un phénotype féminin ou incomplète à l'origine d'une ambiguïté sexuelle.

Nous rapportons deux cas de jeunes filles ayant consulté pour aménorrhée primaire et dont l'exploraton a retrouvé un Syndrome d'insensibilité complète aux androgènes , ainsi qu'une revue de la littérature.

Anomalies de la circulation ombilico-portale : du dépistage au diagnostic

Type de communication : Eposter

J. Bault (1) , M.Sénat(1), M.Jacquier*(2)

(1)Hôpital Kremlin-Bicêtre, Kremlin-bicêtre, France, (2)APHP, Levallois perret, France

**Auteur principal*

Les anomalies de la circulation ombilico-portale sont des pathologies dont les points d'appel en échographie de dépistage sont peu enseignés. Il peut s'agir d'un sinus porte d'aspect inhabituel, d'un trajet anormal de la veine ombilicale, d'une image intra-hépatique anéchogène, d'une cardiomégalie. Elles peuvent aussi être découvertes lors d'un bilan de retard de croissance intra-utérin. Par la suite, le point de départ de la démarche diagnostique repose sur la dichotomie suivante : la veine ombilicale pénètre-t-elle ou non dans le foie, suivi de l'analyse systématique du trajet et du calibre des vaisseaux ombilico-porto-systémiques avec étude en Doppler couleur.

Le pronostic, variable selon le type de fistule impliqué, représente le principal enjeu de cette démarche et définira le rythme de surveillance et le lieu d'accouchement.

Diagnostic prénatal et issue néonatale des calcifications intra-abdominales isolées : étude rétrospective sur 10 ans

Type de communication : Eposter

L. Debain (1)

(1)Hôpital la Croix Saint Simon, Paris, France

**Auteur principal*

Les calcifications intra-abdominales (iA) retrouvées lors d'une échographie obstétricale peuvent être isolées ou associées à d'autres anomalies. Notre objectif était d'étudier tous les cas de calcifications iA isolées échographiquement pris en charge dans notre centre, en décrivant leur localisation précise, leur bilan étiologique et l'issue néonatale associée.

Méthodes. – Nous avons réalisé une étude monocentrique rétrospective descriptive sur les nouveau-nés ayant eu un diagnostic de calcification iA isolée en échographie de référence anténatale ainsi qu'un avis au centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal à l'hôpital Trousseau et nés entre le 1er janvier 2008 et le 30 juin 2018. Les critères d'exclusion étaient : les calcifications rétro-péritonéales, les calcifications iA associées à des anomalies digestives ou autres malformations congénitales.

Résultats. – Les 32 cas de calcifications iA isolées représentaient 46 % de toutes les calcifications iA. Après exclusion de 9 dossiers pour données néonatales manquantes, parmi les 23 cas de calcifications isolées, 15 concernaient des calcifications hépatiques, 5 des péri-hépatiques et 2 des péritonéales. Un fœtus était porteur à la fois de calcifications intra- et péri-hépatiques. La majorité des calcifications sont restées stables tout au long de la grossesse. Aucun cas d'aneuploïdie, de fœtopathie infectieuse, ni de mucoviscidose n'a été retrouvé. L'issue néonatale de tous ces enfants a été favorable.

Conclusions. – En cas de calcification iA paraissant isolée après échographie de référence et stable sur plusieurs échographies, après avoir éliminé une fœtopathie infectieuse et recherché les mutations les plus fréquentes de la mucoviscidose chez les parents, le pronostic est favorable.

LES CARCINOSARCOMES UTÉRINS (à propos de 09 cas)

Type de communication : Eposter

A. Banani (1) , C.Bouchikhi(1), K.Aboul fath*(2), N.Mamouni(1), S.Errarhay(3)

(1)Centre Hospitalier universitaire Hassan II, Fes, Fes, Morocco, (2)Centre Hospitalier Universitaire Hassan II Fes, Fes, Morocco, (3)CHU fes, Fes, Morocco

**Auteur principal*

Les carcinosarcomes utérins ou tumeurs müllériennes mixtes malignes sont des tumeurs rares et agressives, de mauvais pronostic, et représentent moins de 5% de l'ensemble des tumeurs malignes du corps utérin. Ces tumeurs sont deux fois plus fréquentes chez les patientes de race noire que celles de race blanche.

Il s'agit d'une étude rétrospective concernant neuf cas de patientes qui ont été prise en charge, entre 2013 a 2016, au service de gynécologie et obstétrique 1, au centre hospitalier universitaire Hassan 2.

L'âge moyen de nos patientes varie entre 50 et 80 ans avec une moyenne de 65 ans. Des neufs patientes, 95% sont de grandes multipares, et sont toutes ménopausées. Toutes nos patientes ont consultés pour des métrorragies post ménopausiques avec douleurs pelviennes. Sur le plan paraclinique, nous avons réalisé une échographie pelvienne chez toutes les patientes, dont les résultats étaient en faveur d'une augmentation de la taille de l'utérus, avec la présence en endocavitaire, d'une image échogène hétérogène qui envahit le myomètre par endroits. Une IRM pelvienne a objectivé dans les neufs cas, un volumineux processus endo-utérin, avec rehaussement hétérogène après contraste. Les patientes ont bénéficiés d'une hystérocopie diagnostique avec biopsie qui a été en faveur d'un carcinosarcome utérin. Toutes nos patientes, ont bénéficié d'un traitement chirurgical, sauf 2 patientes qui ont été jugées inopérable et envoyées pour une radiothérapie. L'analyse anatomopathologique a été en faveur tumeur mullerienne mixte maligne associant un carcinome et un sarcome du stroma endometrial avec envahissement de plus de 50 du myomètre. Sur les neufs cas, cinq patientes ont été référées en oncologie, pour bénéficier d'une chimiothérapie puis radiothérapie, une patiente a été programmé en post opératoire pour chimiothérapie, mais a décédé vingt jours après l'intervention. Les autres patientes ont été perdues de vu.

Conclusion : Les carcinosarcomes utérins sont des tumeurs agressives rares qui ont fait l'objet de peu d'études. Le traitement de première intention sera chirurgical. La chimiothérapie adjuvante a montré son intérêt dans ce type de tumeur. La place de la radiothérapie reste à discuter

Condylome vulvaire simulant un cancer de la vulve à propos d'un cas et revue de littérature

Type de communication : Eposter

A. Banani (1) , C.Bouchikhi(1), K.Aboul fath*(2), N.Mamouni(1), S.Errarhay(1) , Y.Krimou (3)

(1)CHU fes, Fes, Morocco, (2)Centre Hospitalier Universitaire Hassan II Fes, Fes, Morocco, (3)centre hospitalier hassan II fes, Fes, Morocco

**Auteur principal*

Les condylomes ou verrues génitales sont des tumeurs bénignes de l'épithélium malpighien. Leurs prévalence est d'environ 1 % de la population sexuellement active avec un caractère récidivant pour 30 % des patientes. La transmission virale est essentiellement sexuelle et Les localisations les plus fréquentes sont la vulve, le périnée, ainsi que la région péri anale.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 80 ans, veuve, multipare, ménopausée, ayant comme antécédants HTA, diabète , cardiopathie, qui a consulté pour une tuméfaction vulvaire prurigineuse évoluant depuis un an. L'examen clinique a retrouvé une vulve atrophique avec une tumeur bourgeonnante en chou-fleur blanchâtre non saignante

Patiente a bénéficié d'une biopsie a deux reprises revenant en faveur d'un condylome vulvaire puis réalisation d'une vulvectomie partielle

L'examen anatomopathologique a conclut un condylome en dysplasie de bas grade les suites post op ont été simples.

Il s'agit de lésions induites par certains papilloma virus humains (HPV), en particulier les types 6 et 11, responsables de plus de 90 % d'entre eux, Une biopsie devra être pratiquée dans les formes atypiques pouvant faire suspecter une dysplasie vulvaire (VIN) .

Les condylomes en s'aggravant se transforment dans certains cas en lésions précancéreuse Avec un risque de dégénérescence en lésions cancéreuses vulvaires, mais vu que ce type d'évolution est lente (des années), une surveillance bien conduite, permet de mettre en évidence ses condylomes et de découvrir les éventuelles transformations précancéreuses.

Parmi les méthodes de la destruction des lésions condylomateuses on cite :les méthodes médicamenteuses ,le Laser , l'électrocoagulation ; la cryothérapie ; la résection chirurgicale par le bistouri chirurgical simple ou par l'anse

Le geste chirurgical n'est pas profond et s'arrête dès qu'on arrive sur des tissus sains. Une crème hydratante, un savon antiseptique et des antalgiques sont recommandés pour les suites opératoires.

Prévalence des désordres hypertensifs pendant la grossesse et le post-partum en France

Type de communication : Eposter

A. Vallee (1) , C.Deneux-tharoux(2), C.Grave(1), E.Moutengou(1), G.Plu-bureau*(3) , J.Blacher (4), S.Kretz(5), V.Olié(6)

(1)Santé publique France, Saint Maurice, France, (2)Inserm équipe EPOPEE, Paris, France, (3)Hôpital Port-Royal, Paris, France, (4)Hôpital Hotel Dieu, Paris, France, (5)Hôpital Hotel Dieu, Paris, France, (6)Santé Publique France, Saint Maurice, France

**Auteur principal*

Les désordres hypertensifs maternels, cause majeure de morbi-mortalité maternelle à court terme, sont associés à un risque accru de morbidité cardiovasculaire et rénale à plus long terme. L'objectif était d'estimer la prévalence des différents désordres hypertensifs pendant la grossesse et le post-partum en France.

Méthodes

Les femmes ayant accouché après 22 semaines d'aménorrhée (SA) en France entre 2010 et 2016 ont été sélectionnées en utilisant les données des séjours hospitaliers du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) intégré dans le Système National des Données de Santé (SNDS). Parmi ces femmes, différents algorithmes intégrant les diagnostics hospitaliers et la délivrance de traitements antihypertenseurs ont permis de distinguer trois groupes : les femmes ayant soit une hypertension chronique préexistante (persistante ou non pendant la grossesse), une hypertension gestationnelle (survenant après 20 SA), ou une prééclampsie et/ou éclampsie.

Résultats

Parmi les 4 991 308 accouchements enregistrés sur 2010-2016, correspondant à 3 786 510 femmes, 7,8% ont été affectés par au moins un désordre hypertensif : hypertension chronique préexistante pour 1,7%, persistante dans 65% des cas pendant la grossesse; hypertension gestationnelle pour 5,2%; prééclampsie pour 2% des accouchements. Les prééclampsies survenaient précocement (avant 32 SA) dans 17% des cas, entre 32 SA et l'accouchement dans 61% et après l'accouchement dans 22% des cas. La prééclampsie était précédée par une hypertension chronique dans 12% des cas, par une hypertension gestationnelle dans 44%, et d'aucun autre désordre hypertensif dans 44% des cas.

Conclusion

Cette analyse montre la faisabilité d'une identification des désordres hypertensifs de la grossesse dans la base nationale du PMSI/SNDS. Elle montre que les désordres hypertensifs ont affecté 7,8% des grossesses en France en 2010-2016, et isole différents profils phénotypiques. Elle ouvre la voie à des analyses ultérieures qui préciseront le risque cardiovasculaire et rénal associé à ces différents phénotypes.

Petit poids pour l'âge gestationnel et microcéphalie en anténatal : Étiologies et pronostic

Type de communication : Eposter

P. Lassaigne* (1)

(1)CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-ferrans, France

**Auteur principal*

Les fœtus en Retard de Croissance Intra Utérin (RCIU) ou de Petit poids pour l'Age Gestationnel (PAG), définis par une Estimation du Poids Fœtal (EPF) ou un poids de naissance inférieurs au 10ème percentile, ont un risque plus élevé de morbi-mortalité périnatale. La microcéphalie, définie par un Périmètre Crânien (PC) de plus de 2DS en dessous de la médiane ou inférieur à 10ème percentile, ne traduit pas nécessairement un développement cérébral anormal puisque nombre de ces enfants ont un développement normal. Plus celle-ci est sévère, plus le risque d'anomalie du développement est important, d'autant plus que le poids de naissance est normal.

Dans cette étude mono centrique, rétrospective et observationnelle, menée au sein du service du Diagnostic AntéNatal du CHU de Clermont- Ferrand entre le 1er janvier 2010 et le 30 septembre 2018, l'objectif principal était d'observer les étiologies et le pronostic des enfants PAG avec une microcéphalie associée, de diagnostic anténatal.

112 fœtus répondaient aux critères biométriques définis d'EPF et de PC inférieurs au 10ème percentile lors de l'échographie de référence. Seulement 67 ont été confirmés en postnatal. 25,4% (n=17) présentaient une anomalie chromosomique et 16,4% (n=11) une anomalie génétique avec un tableau syndromique. Il n'était pas retrouvé d'étiologie associée dans 10,4% (n=7). On observait 7 pertes fœtales (10,5%) toujours associées à un contexte pathologique, 23 accouchements (34,3%) et 37 interruptions de grossesse (55,2%) dont une pour laquelle il n'a pas été retrouvée d'étiologie associée.

Parmi les 7 fœtus PAG associés à une microcéphalie de manière isolée, 6 enfants sont nés vivants. Le développement psychomoteur et staturopondéral est normal chez les 3 pour lesquels il est connu.

En l'absence de contexte pathologique identifié, le devenir post natal des enfants présentant l'association PAG et microcéphalie diagnostiquée en anténatal était favorable lorsque celle-ci est isolée. Cependant, le faible effectif ne permet pas de conclure. La discussion d'une interruption médicale de grossesse dans un contexte de PAG avec microcéphalie sans autre anomalie reste difficile et le sujet d'une concertation multidisciplinaire au sein d'un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal

Perturbateurs endocriniens et grossesse : connaissances, attitude et pratique des professionnels de santé réalisant du suivi de grossesse. Enquête multicentrique française.

Type de communication : Eposter

E. Marguillier* (1) , M.Le lous(1)

(1)CHU Rennes, Rennes, France

**Auteur principal*

Les perturbateurs endocriniens sont omniprésents dans notre environnement mais leur impact concerne surtout les femmes enceintes et les enfants car cette population est la plus vulnérable. Les professionnels de la périnatalité sont alors les mieux placés pour informer les femmes enceintes des risques potentiels. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'état des connaissances et de l'information donnée lors du suivi de grossesse par les professionnels de santé.

Matériel et méthodes : une enquête multicentrique a été menée en utilisant un questionnaire court de 7 questions, adressé par e-mail aux sages-femmes, gynécologues, médecins généralistes, internes de gynécologie-obstétrique et de médecine générale de France métropolitaine et des DOM-ROM réalisant du suivi de grossesse, entre aout 2018 et novembre 2018.

Résultats : Un total de 1650 questionnaires a été collecté et analysé, sur 4000 envoyés. Le taux de participation était donc de 41 % avec la répartition suivante : sages-femmes (74 %, n= 1215), internes de gynécologies (6%, n=102), gynécologues-obstétriciens (8%, n=129) et médecins généralistes/internes de médecine générale (12%, n=204). Seulement 181 personnes estimaient être assez bien informées sur le sujet (11%) (dont 160 sages-femmes). Une majorité des personnes interrogées ne fournissaient pas d'information aux patientes lors du suivi de grossesse (n= 946 (57,3%)). Ce sont les sages-femmes (n=452 (37,2 %)), les plus de 50 ans (n=104 (41,6%)) et les personnes travaillant en cabinet libéral (n= 451 (34,9%)) qui en fournissaient le plus. Il s'agissait surtout d'une information orale (n= 356/466 (76,4%)). 907 personnes interrogées (55%) estimaient que l'information fournie sur le risque des perturbateurs endocriniens est importante et la majorité d'entre elles aimerait recevoir des informations supplémentaires sur le sujet (n= 1532, 92,9%)).

Conclusion :Les professionnels de santé réalisant du suivi de grossesse sont insuffisamment informés et formés sur les risques des perturbateurs endocriniens chez la femme enceinte et donc ne peuvent délivrer une information satisfaisante aux parturiantes.

LES TUMEURS PHYLODE DU SEIN : à propos de 50 cas

Type de communication : Eposter

L. Belachkar* (1)

(1)CHU HASSAN II FES, Fes, Morocco

**Auteur principal*

Les tumeurs phyllodes du sein sont des tumeurs fibro-épithéliales rares. Elles sont un sujet de controverse, concernant notamment terminologie, classification histologique et traitement.

Nous rapportant l'expérience du service de gynécologie obstétrique du CHU

HASSAN II de Fès, à propos d'une série rétrospective de 50 patientes porteuses de tumeur phyllode de sein sur une période de 6 ans :

- L'âge moyen était de 31 ans.
- Un antécédent de fibroadénome a été retrouvé dans 30%.
- La taille tumorale moyenne était de 7 cm.
- Le diagnostic a été retenu sur le couplet échographie mammaire associée ou non à une mammographie en fonction de l'âge des patientes, et une microbiopsie.
- Le traitement a consisté en une tumorectomie 80 % des cas. Le grade III a été retrouvé dans 16 % des cas. Les limites d'exérèse étaient non saines chez 6 patientes, qui ont été reprises.
- Sur un recul de 3 ans et 3 mois, on a noté deux cas de récives métastatiques

Mots clés ; tumeur ,phyllode ,mammographie,tumorectomie ,sarcome.

HEMATOCOLPOS SUR IMPERFORATION HYMENEALE (à propos d'un cas et revue de littérature)

Type de communication : Eposter

H. Afalah* (1) , L.Belachkar(1)

(1)chu hassan 2 fes, Fes, Morocco

**Auteur principal*

L'hématocolpos est l'accumulation progressive du sang menstruel dans la cavité vaginale à la puberté. Il est souvent la conséquence d'une imperforation de l'hymen.

Il se traduit sur le plan clinique par des douleurs pelviennes cycliques et une aménorrhée primaire. Plus rarement, il peut se révéler par une masse pelvienne.

L'échographie est l'examen de choix pour le diagnostic de l'hématocolpos sur imperforation de l'hymen. L'imagerie par résonance magnétique (IRM) est l'examen d'imagerie de référence pour confirmer l'hématocolpos et exclure d'autres malformations du canal de Muller ou des malformations urologiques associées.

Nous rapportons un cas d'hématocolpos secondaire à une imperforation hyménéale diagnostiqué chez une jeune fille présentant une aménorrhée primaire et une masse pelvienne. Le diagnostic était posé par l'échographie et l'IRM et confirmé par l'intervention chirurgicale.

Le traitement chirurgical est simple dans le cas d'imperforation hyménéale, il est porté sur une incision de la membrane obturante sur un drainage de la collection. Le traitement de l'atrésie vaginale et du diaphragme vaginal est plus complexe. Concernant l'évolution de notre patiente, était favorable et jugée sur l'état fonctionnel et morphologique, sans récurrence.

Métastase mammaire d'un lymphome B cutané : À propos d'un cas

Type de communication : Eposter

M. Meimouna* (1)

(1)CHU HASSAN II FES MAROC, Fes, Morocco

**Auteur principal*

Métastase mammaire d'un lymphome B cutané : À propos d'un cas

M . MOHAMED LEMINE, E.LEMRABOTT, N.MAMOUNI, S.ERRARHAY; C.BOUCHEKHI ; A.BANANI SERVICE DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE I CHU HASSAN II FES

Introduction

Les métastases mammaires sont rares. Elles représentent 0,5—6,6 % de l'ensemble des cancers mammaires.

OBSERVATION

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 68 ans, G4P4(4EV/AVB), ménopausée depuis 20ans, suivie pour TVP sous AVK, qui avait consulté pour une tuméfaction inflammatoire au niveau de la face antérieure de cuisse gauche évoluant depuis 2 mois est qui est devenue ulcéreuse par la suite, motivant sa consultation au service de dermatologie où elle a bénéficié d'une biopsie cutanée dont le résultat anatomopathologie revenant en faveur d'un lymphome B, et dont le bilan d'extension a montré une image suspecte au niveau du sein gauche. Le diagnostic était porté sur un matériel de micro biopsie au trucut.

DISCUSSION

Les lymphomes mammaires secondaires représentent 0,07 % des cancers du sein et 17 % de l'ensemble des métastases mammaires. Dans 40 % des cas[1]. ces métastases sont découvertes au moment du diagnostic de la maladie lymphomateuse comme dans le cas de notre patiente. En mammographie, il s'agit le plus souvent d'un ou de plusieurs nodules assez bien circonscrits sans spicules ou calcifications. Pour la majorité des auteurs, l'aspect mammographique est similaire à celui observée pour les tumeurs bénignes tel le fibroadénome [1, 2] Histologiquement, les lymphomes mammaires secondaires sont le plus souvent à grandes cellules de phénotype B.

CONCLUSION

Les métastases mammaires sont rares ; de diagnostic d'orientation moins difficile s'il ya un contexte de primitive, L'examen histologique couplé à immunohistochimie fait classiquement le diagnostic.

EXPERIENCE AFRICAINE DE LA VACCINATION CONTRE LES PAPILLOMAVIRUS HUMAINS.

Type de communication : Eposter

O. Gassama* (1)

(1)Clinique Gynécologique et Obstétricale, CHU Aristide Le dantec, Université Cheikh Anta Diop, Dakar, Senegal

**Auteur principal*

Notre présentation a pour objectif de partager l'expérience Africaine sur la vaccination contre les Papillomavirus humains.

Le cancer du col de l'utérus constitue un véritable problème de santé publique avec 569.847 nouveaux cas et plus de 311.365 décès en 2018 dans le monde. L'Afrique compte les 20 pays qui enregistrent l'incidence et le taux de mortalité les plus élevés du monde. Le cancer du col de l'utérus est une pathologie évitable par la vaccination et par le dépistage et le traitement des lésions précancéreuses. Les vaccins disponibles en Afrique sont quadrivalent et bivalent. Le vaccin quadrivalent est celui qui est le plus souvent utilisé dans les programmes nationaux de lutte contre le cancer du col de l'utérus avec le soutien de l'Alliance Mondiale pour les Vaccins et la Vaccination (GAVI). A l'échelle nationale les pays qui utilisent le vaccin comme moyen de prévention du cancer du col de l'utérus sont le Rwanda, l'Ouganda, le Malawi, l'Éthiopie, le Lesotho, le Botswana, l'Ile Maurice, l'Afrique du Sud, les Seychelles et le Sénégal. Certains pays comme le Rwanda sont cités en exemple avec un taux de couverture à 90%. Cette vaccination cible les filles qui fréquentent les écoles et qui sont âgées entre 9 et 14 ans. Les effets secondaires les plus fréquemment rencontrés sont les réactions sur le site d'injection. Les succès de la vaccination contre les Papillomavirus humains en Afrique reposent sur les lieux de la vaccination qui sont surtout les écoles, la sensibilisation et l'engagement des autorités politiques et de la communauté.

Mots-clés : Vaccination, Papillomavirus humains, Afrique, Cancer du col utérin

Un cas prénatal de myopathie tubulaire liée à l'X

Type de communication : Eposter

C. Dumont (1) , J.Guichard*(2), P.Tran(3)

(1)CHU St Pierre, Saint pierre, France, (2)Espace 9 mois, Montreuil, France, (3)CHU Saint Pierre, Réunion, Saint pierre, Reunion

**Auteur principal*

Nous rapportons le cas d'une patiente G1P0 de 17 ans, chez qui il a été découvert à l'échographie du 2e trimestre une malposition des pieds avec des jambes en extension, une hypotrophie des mollets, une malposition des mains et un cône médullaire en L5. L'examen foetal a permis un examen neurologique approfondi de la patiente avec une faiblesse musculaire avec difficultés motrices à la marche, un ptosis, et des paresthésies, jusque là non explorés. L'enfant, un garçon, est né par césarienne à 35SA, a nécessité une lourde assistance ventilatoire mais est décédé à 34 jours de vie d'insuffisance respiratoire. Un examen génétique a permis la découverte chez la mère et l'enfant en post mortem d'une mutation hétérozygote de la mutation c.1061del ;p.(LEU354*) dans l'exon 11 du gène MTM1, il s'agit du gène de la myopathie myotubulaire liée à l'X.

Retard d'ossification sévère de la voûte crânienne fœtale après une exposition prolongée aux antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II

Type de communication : Eposter

C. Triquenot* (1) , M.Lallemant(2)

(1)CHU Besançon- Gynécologie Obstétrique, Besançon, France, (2)CHU Besançon, Besancon, France

**Auteur principal*

Nous rapportons un cas d'exposition prénatale aux antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA II) dès le premier trimestre de grossesse chez une patiente présentant une cardiomyopathie dilatée hypokinétique. L'intérêt de ce case report est d'insister sur le retentissement rénal fœtal en cas d'exposition prolongée aux bloqueurs du système rénine-angiotensine (SRA) et de rappeler que cette exposition peut être à l'origine d'un tableau de dysgénésie tubulaire rénale associé à un retard d'ossification majeur de la voûte crânienne. Ce trouble de l'ostéogenèse peut être réversible après la naissance mais la présence d'un anamnios témoigne d'un blocage précoce et irréversible du SRA chez le fœtus responsable de l'anomalie de développement du rein fœtal. Cette association est à haut risque de décès néonatal et l'utilisation prolongée des ARA II et autre bloqueurs du SRA reste contre indiquée en cours de grossesse.

Sangsibilisons-nous aux règles : la collecte Sangsationnelle !

Type de communication : Eposter

I. Asselin (1) , É.Duchemin*(2), L.Laisne-silas(3), M.Le poder(3), C.Ernou(4) , H.Pôtel (5), O.Caraes(5), R.Fauvet(6)

(1)CHU CAEN, service de gynécologie obstétrique / association ASSUREIPSS, Caen, France, (2)UFR médecine Caen, 2ieme cycle / association ASSUREIPSS, Caen, France, (3)UFR médecine Caen, 2ieme cycle // association ASSUREIPSS, Caen, France, (4)Université Caen Normandie // association ASSUREIPSS, Caen, France, (5)UFR médecine Caen/ 2ieme cycle // association ASSUREIPSS, Caen, France, (6)chu CAEN, service de gynécologie obstétrique, Caen, France

**Auteur principal*

Nous sommes six étudiants Caennais, du champ de la santé, à nous mobiliser sur le thème de la précarité menstruelle, encadrés par l'association ASSUREIPSS (ASSociation Universitaire de Recherche, d'Enseignement et d'Information pour la Promotion de la Santé Sexuelle) et le service de Gynécologie Obstétrique du CHU de Caen.

La précarité menstruelle concerne l'ensemble des femmes. En effet, cette précarité concerne l'aspect financier mais aussi les répercussions des douleurs et les représentations négatives à rapporter aux tabous socio-culturels et familiaux.

Notre projet consiste à collecter des protections périodiques et des produits d'hygiène. Une première collecte a eu lieu au printemps 2019 à l'Université de Caen Normandie; une deuxième à l'automne 2019 au Centre Hospitalier Universitaire de Caen Normandie. Nous redistribuons les produits à deux associations caennaises: l'association «Itinéraires» (un accueil de jour pour les femmes avec leurs enfants) et AGORAé (une épicerie solidaire étudiante).

Notre volonté est également de sensibiliser les citoyens sur cette problématique, pouvant être facteur de mal-être, d'inégalité sociale sans oublier la dimension écologique. Les temps de sensibilisation se sont déroulés via un Forum de Santé Sexuelle organisé par l'Université de Caen Normandie ainsi que via les actions organisées par l'ASSUREIPSS: la Journée Mondiale de la Contraception, le collectif théâtral les irregula «la sexualité en mots pour une sexualité sans maux» dont la première saynète aborde les règles.

Notre projet est un engagement citoyen et politique. Nous souhaitons articuler nos actions avec les autres menées sur le territoire national, défendre la suppression des taxes sur ces produits, les faire reconnaître comme des produits de santé et de première nécessité et poursuivre nos actions avec les acteurs de terrain et les responsables politiques.

Pronostic obstétrical de la tentative de voie basse chez la primipare de petite taille.

Type de communication : Eposter

D. Korb (1) , J.Boujenah*(2), L.Carbillon(2), O.Sibony(1)

(1)CHU ROBERT DEBRE, Paris, France, (2)CHU jean Verdier, Bondy, France

**Auteur principal*

INTRODUCTION

Les femmes de petite taille seraient plus à risque d'échec de tentative de voie basse (TAVB), en raison de disproportion foeto-pelviennne. les biais de sélection, mesure et informations limitent les données publiées.

L'objectif était (i) étudier au sein d'une cohorte de primipare <150cm bien sélectionnée, le mode d'accouchement en cas de travail spontanée à terme, et (ii) analyser les facteurs associées à la survenue d'une césarienne pendant le travail (CS)

MÉTHODE

Etude rétrospective (2010-2018) observationnelle bicentrique (même bassin de population).

Ont été inclus: Primipare, travail spontanée 37SA, singleton en présentation céphalique. Ont été exclus: multipare, déclenchement, utérus cicatriciel, CS avant travail, IMG/MFIU, malformation foetal, siège/gémellaire, terme imprécis

Le seuil de 150cm a été retenu car:

(i) correspond au 2.3^op (<3^opercentile et - 2DS de la taille moyenne de toutes les femmes sur les 2 centres, entre 2010-2018)

(ii) une pelvimétrie pouvait être réalisé dans un des centres en deçà de 150cm

Le critère de jugement était le taux de CS. Une analyse uni puis multivarié pour étudier les FDR de CS a été effectué, incluant les variables dépendantes non colinéaires, ou significatifs(p

Présentation clinique et symptomatologie selon le phénotype d'adénomyose.

Type de communication : Eposter

Y. Haimeur* (1) , M.Bourdon(1), P.Santulli(1), C.Chapron(1)

(1)Faculté de Médecine, Département de gynécologie, obstétrique II et médecine de la reproduction, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Cochin, Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Paris, France.,

**Auteur principal*

OBJECTIF

L'objectif de cette étude est de comparer les symptômes selon les différents phénotypes d'adénomyose (forme focale, diffuse et l'association des deux).

METHODES

Etude observationnelle prospective à l'hôpital Cochin-Port-Royal évaluant des patientes symptomatiques opérées pour pathologie gynécologique bénigne, divisées en trois groupes selon les caractéristiques de l'adénomyose à l'IRM : la forme diffuse, focale, ou focale et diffuse. Toutes les patientes présentant une adénomyose à l'IRM ont été incluses. Les critères d'exclusion étaient l'absence d'IRM ou l'absence d'adénomyose à l'IRM.

RESULTATS

248 patientes ont été incluses dans l'étude: 109 avaient une forme focale isolée, 78 avaient une forme diffuse, et 61 avaient une forme focale et diffuse. Les patientes présentant une forme diffuse étaient plus âgées que celles ayant une forme focale ou focale et diffuse, respectivement [$33,79 \pm 5,17$ vs. $33,01 \pm 6,39$ vs. $31,90 \pm 4,59$, $p=0,014$], et elles étaient moins souvent nulligestes, (33.3% vs. 74,3% et 50.3%, $p<0,001$). L'absence d'endométriase associée était plus fréquente dans la forme diffuse isolée que dans les formes focales (38.5% vs. 3.7% et 3.3%, $p<0,001$). Les ménorragies étaient plus fréquentes dans l'adénomyose diffuse que dans l'adénomyose focale ou focale et diffuse (79.5% vs. 53.2% et 54.1%, $p<0,001$). Les douleurs gastro-intestinales étaient plus intenses en cas d'adénomyose focale ou focale et diffuse comparativement à l'adénomyose diffuse, respectivement [EVA= 5.28 ± 2.49 vs 5.55 ± 3.47 vs 4.00 ± 3.51 , $p=0,016$]. Aucune différence n'a été observée pour les dyspareunies ni les signes fonctionnels urinaires. Enfin, le taux d'infertilité primaire semblait supérieur dans les formes focale isolée et focale et diffuse par rapport à la forme diffuse (25.1% et 22.9% vs. 9%, $p=0,051$).

CONCLUSION

L'adénomyose comprend deux entités distinctes : d'une part, l'adénomyose diffuse qui affecte la femme d'âge mur et multipare et serait plutôt responsable de ménorragies, d'autre part, l'adénomyose focale qui affecte la femme jeune présentant une infertilité et une endométriase profonde, et qui serait associée aux douleurs gastro-intestinales sévères, puis une présentation intermédiaire correspondant à l'association des deux formes précédentes.

Modalités et efficacité du déclenchement du travail chez les patientes en situation de surpoids ou d'obésité: étude de cohorte

Type de communication : Eposter

B. Branger (1) , G.Anfray*(2), L.Berthommier(2), N.Winer(2), P.Gueudry(2) , T.Thubert (2), V.Dochez(2), Y.Joueidi(2)

(1)Epidémiologie/Biostatistique, Nantes, France, (2)CHU de Nantes, Nantes, France

**Auteur principal*

Objectif :

Le déclenchement artificiel du travail est une situation obstétricale fréquente. Différents moyens sont disponibles pour effectuer ce déclenchement, selon le degré de maturité du col. Les patientes obèses ou en surpoids, avec un indice de masse corporelle (IMC) ≥ 25 kg/m² représentent une population à risque obstétrical et néonatal.

Matériel et Méthodes :

Il s'agit d'une étude de cohorte prospective monocentrique.

Toutes les patientes majeures bénéficiant d'un déclenchement artificiel du travail pour motif médical, après 34 semaines d'aménorrhées, avec une grossesse singleton, en présentation céphalique au moment du déclenchement ont été incluses. Elles ont été réparties en deux groupes selon l'IMC pré-gestationnel : IMC < 25 kg/m² ou IMC ≥ 25 kg/m².

Résultats :

Parmi les 1762 accouchements ayant eu lieu entre le 1er janvier et le 31 mai 2019, 249 patientes ayant bénéficié d'un déclenchement du travail ont été incluses : 143 avec un IMC<25kg/m², 56 patientes en surpoids et 50 patientes obèses. Il y avait significativement plus de césariennes dans le groupe IMC ≥ 25 kg/m² avant et après ajustement aux facteurs de confusion (RR= 1,91 [CI 95% : 1,08-3,39] p =0,023).

Il y avait moins de déclenchement par PGE2 dans le groupe IMC ≥ 25 kg/m² ; mais il n'existait pas de différence en terme de voie d'accouchement selon la technique de maturation utilisée. Il y avait significativement plus de césariennes dans le groupe IMC ≥ 25 kg/m² en cas de répétition d'une maturation cervicale (RR=2,00 [CI 95% : 1,14-3,53] p=0,04).

La durée totale du déclenchement était significativement plus longue si l'IMC était ≥ 25 kg/m² (24,4 h vs 19,8h p =0,039). Le poids de naissance des enfants du groupe IMC ≥ 25 kg/m² était significativement plus élevé (3586g vs 3222g p<0.0005). Aucune différence n'a cependant été mise en évidence concernant le taux d'extraction instrumentale, la survenue de lésion obstétricale du sphincter de l'anus (LOSA), d'hémorragie du post partum, ou de complications néonatales.

Conclusion :

Les patientes obèses et en surpoids sont donc une population à risque au cours d'un déclenchement artificiel du travail. Elles présentent un sur-risque de césarienne, a fortiori en de répétition d'une maturation cervicale.

Morbidité maternelle sévère en cas de grossesse gémellaire : facteurs de risque et sous-groupes à haut risque

Type de communication : Eposter

D. Korb* (1) , T.Schmitz(2), A.Séco(2), F.Goffinet(2), C.Deneux-tharoux(2) , J.Groupe (2), G.Groupe(2)

(1)INSERM U1153, Obstetric, Perinatal, and Pediatric Epidemiology Research Team (EPOPé), CRESS, DHU Risks in pregnancy, Université de Paris , Paris, France; Department of Obstetrics and Gynecology, Robert Debré Hospital, APHP, Paris, France, Paris, France. (2)Université de Paris, Epidemiology and Statistics research Center/CRESS, INSERM, INRA, F-75004, Paris, France, Paris, France

**Auteur principal*

Objectif :

Déterminer les facteurs de risque de morbidité maternelle sévère (MMS) en cas de grossesse gémellaire et identifier des sous-groupes de femmes à haut risque

Méthodes :

La cohorte prospective française JUMODA a inclus toutes les femmes ayant une grossesse gémellaire au-delà de 22SA dans 176 maternités. La MMS était définie par un critère composite. Les facteurs de risque ont été déterminés par un modèle multivarié de Poisson, et les sous-groupes de femmes à haut risque par un arbre de classification et de régression. Ces analyses ont été faites en deux temps : premièrement en considérant seulement les caractéristiques connues en début de grossesse, puis en ajoutant les facteurs survenant durant la grossesse.

Résultats :

Parmi les 8823 femmes incluses, 542 (6,1% IC95% (5,6-6,6)) ont développé une MMS. L'hémorragie sévère du postpartum était la principale cause de MMS (77,5%). Les facteurs de risque de MMS identifiés en début de grossesse étaient : la naissance de la mère en Afrique Sub-Saharienne (RRa [IC95%] 1,6[1,1-2,3]), l'antécédent de diabète (RRa [IC95%] 2,2[1,1-4,4]), la nulliparité (RRa [IC95%] 1,6[1,3-2,0]), la FIV avec ovocyte autologue (RRa [IC95%] 1,3[1,0-1,6]) et le don d'ovocyte (RRa [IC95%] 2,0[1,4-2,8]) ; le sous-groupe le plus à risque de MMS était les nullipares avec don d'ovocyte (taux de MMS : 14,7%).

Pendant la grossesse, les facteurs de risque supplémentaires étaient la prééclampsie non sévère (RRa [IC95%] 2,5[1,9-3,2]), le placenta praevia (RRa [IC95%] 3,5[2,3-5,3]) et la macrosomie pour l'un des deux fœtus (RRa [IC95%] 1,7[1,3-2,1]). Les deux sous-groupes les plus à risque de MMS étaient les femmes avec don d'ovocyte et prééclampsie non sévère et les nullipares sub-sahariennes développant une prééclampsie non sévère (taux de MMS : 28,9% et 26,9% respectivement).

Conclusion :

La connaissance des facteurs de risque et des sous-groupes de femmes à risque élevé de MMS permet de personnaliser l'information, le suivi prénatal et l'accouchement des femmes ayant une grossesse gémellaire.

Grossesses prolongées : surveillance et prise en charge dans les maternités des Pays de la Loire

Type de communication : Eposter

A. Coutin (1) , C.Lesvenan*(2), C.Arthuis(3), G.Legendre(2), M.Simoni*(3) , N.Winer (3), P.Gillard(2)

(1)Réseau Sécurité Naissance, Nantes, France, (2)CHU Angers, Angers, France, (3)CHU Nantes, Nantes, France

**Auteur principal*

Objectif : Analyser les pratiques professionnelles au sein d'un réseau de périnatalité en rapport avec les recommandations sur les grossesses prolongées émises par le CNGOF en 2011. L'objectif secondaire était d'évaluer la morbidité néonatale et maternelle.

Matériel et Méthodes : Étude descriptive, rétrospective réalisée dans les 23 maternités du réseau sécurité naissance des Pays de la Loire entre le 10/09/2018 et le 10/12/2018. Le critère d'inclusion était un accouchement à un terme $\geq 41+0$ SA. Le critère de jugement principal était la conformité aux recommandations du CNGOF évaluée sur 10 items. Les critères de jugement secondaires étaient des critères composites de morbidité néonatale (ventilation, réanimation et/ou score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie) et maternelle (lésion obstétricale du sphincter anal et/ou hémorragie du post-partum).

Résultats : Sur les 596 patientes incluses, la surveillance débutait entre 40+6 et 41+1 SA (96,3% ; n=574). La fréquence des consultations était d'au moins toutes les 72h (99,3% ; n=592), avec un enregistrement du rythme cardiaque fœtal (99% ; n=590) et une échographie avec recherche d'oligoamnios (46,8% ; n=279). L'information de la patiente portait sur la balance bénéfice-risque du déclenchement (14,8% ; n=88) et sur le décollement des membranes (4,5% ; n=27). En cas d'oligoamnios, une surveillance rapprochée ou un déclenchement étaient réalisés pour 92,3% des patientes. La mauvaise adaptation à la vie extra-utérine était retrouvée chez 40 nouveau-nés (6,0%) avec comme principal facteur de risque la dystocie des épaules (OR=5,2 ; IC 95% 1,4-19,7) ; et le critère de morbidité maternelle était observé pour 70 patientes (10,6%) notamment lors d'une augmentation de la durée de travail (OR=1,1 par heure de travail ; IC 95% 1,02-1,24) et d'utérus cicatriciel (OR=4,4 ; IC 95% 1,8-11,0).

Conclusion : Le rythme de surveillance des grossesses prolongées est en accord avec les recommandations nationales. L'amélioration de nos pratiques pourrait porter sur la recherche d'un oligoamnios et l'information faite aux patientes sur les possibilités de déclenchement.

Mots-clés : Grossesse prolongée ; terme dépassé ; réseau de périnatalité ; évaluation des pratiques professionnelles (EPP) ; RPC CNGOF grossesses prolongées.

Grossesses prolongées : Surveillance et prise en charge dans les maternités des Pays de la Loire

Type de communication : Eposter

C. Lesvenan* (1)

(1)CHU Angers, La flèche, France

**Auteur principal*

Objectif : Analyser les pratiques professionnelles au sein d'un réseau de périnatalité en rapport avec les recommandations sur les grossesses prolongées émises par le CNGOF en 2011. L'objectif secondaire était d'évaluer

la morbidité néonatale et maternelle.

Matériel et Méthodes : Étude descriptive, rétrospective réalisée dans les 23 maternités du réseau sécurité naissance

des Pays de la Loire entre le 10/09/2018 et le 10/12/2018. Le critère d'inclusion était un accouchement à un terme

$\geq 41+0$ SA. Le critère de jugement principal était la conformité aux recommandations du CNGOF évaluée sur 10 items. Les critères de jugement secondaires étaient des critères composites de morbidité néonatale (ventilation, réanimation et/ou score d'Apgar inférieur à 7 à 5 minutes de vie) et maternelle (lésions obstétricales du sphincter anal et/ou hémorragie du post-partum).

Résultats : Sur les 596 patientes incluses, la surveillance débutait entre 40+6 et 41+1 SA (96,3% ; n=574). La fréquence des consultations était d'au moins toutes les 72h (99,3% ; n=592), avec un enregistrement du rythme cardiaque foetal (99% ; n=590) et une échographie avec recherche d'oligoamnios (46,8% ; n=279). L'information de la patiente portait sur la balance bénéfice-risque du déclenchement (14,8% ; n=88) et sur le décollement des membranes (4,5% ; n=27). En cas d'oligoamnios, une surveillance rapprochée ou un déclenchement étaient réalisés pour 92,3% des patientes. La mauvaise adaptation à la vie extra-utérine était retrouvée chez 40 nouveau-nés

(6,0%) avec comme principal facteur de risque la dystocie des épaules (OR=5,2 ; IC 95% 1,4-19,7) ; et le critère de morbidité maternelle était observé pour 70 patientes (10,6%) notamment lors d'une augmentation de la durée de travail (OR=1,1 par heure de travail ; IC 95% 1,02-1,24) et d'utérus cicatriciel (OR=4,4 ; IC 95% 1,8-11,0).

Conclusion : Le rythme de surveillance des grossesses prolongées est en accord avec les recommandations nationales. L'amélioration de nos pratiques pourrait porter sur la recherche d'un oligoamnios et l'information faite aux patientes sur les possibilités de déclenchement.

Utilisation d'une barrière anti-adhérentielle lors d'une chirurgie d'endométriose pelvienne : une cohorte multicentrique (ENDHY)

Type de communication : Eposter

C. Chapron (1) , H.Roman*(2), M.Canis(3)

(1)CHU COCHIN - Bâtiment Port-Royal, Paris, France, (2)Centre d'endométriose - Clinique Tivoli-Ducos, Bordeaux, France, (3)CHU Estaing, Clermont-ferrand, France

**Auteur principal*

Objectif : Décrire les résultats cliniques à un an après chirurgie de l'endométriose (ENDO) pelvienne, avec et sans utilisation d'une barrière anti-adhérentielle (BA).

Patientes et méthodes : Etude prospective, observationnelle, multicentrique, incluant des patientes (pat.) en âge de procréer bénéficiant d'une coelioscopie pour une ENDO pelvienne. L'utilisation de la BA était laissée à la discrétion du chirurgien.

Résultats : 378 pat. incluses (Nov 2015 à Mai 2017) dont 361 (95,5%) retenues pour l'analyse à un an après la chirurgie. 59,6% des pat. ont eu une pose de BA. L'âge moyen était de 31,1±5,1 ans. Dans le groupe avec pose de BA, 67,9% des pat. étaient nulligestes et 69,7% dans le groupe sans BA. Elles étaient infertiles dans 48,9% et 56,9% des cas. Symptomatologie préopératoire : douleurs pelviennes chroniques : 58,1% et 49,3%, dysménorrhée : 80,5% et 83,6%, dyspareunie : 65,1% et 52,1%, troubles digestifs : 41,9% et 37,7%. La chirurgie était justifiée par une symptomatologie invalidante (63,7% et 66,4%), et par une infertilité (40,9% et 51,4%). L'ENDO profonde concernait 72,1% et 60,3% des pat., avec ≥ 1 endométriome chez 51,2% et 46,3% des pat. Localisations de l'ENDO profonde (243 pat. atteintes) : tube digestif : 18,1% et 45,5%, vessie : 17,4% et 8%, uretères : 13,6% et 10,2%. Pour les pat. avec un endométriome ovarien (164 et 69 ovaires atteints), le traitement a comporté une kystectomie dans 42,1% et 50,7% des cas. Une chirurgie colorectale a été réalisée dans 27,9% et 37% des cas. Une complication postopératoire est survenue chez 7,2% et 12,3% des pat. Un an après la chirurgie, 96% et 96,1% des pat. étaient satisfaites, avec une disparition des dyspareunies dans 53,3% et 38,6%, des troubles digestifs dans 34% et 33,7%, et des douleurs pelviennes chroniques dans 40,7% et 36,6% des cas. Les taux de grossesse à un an étaient de 21,6% dans chaque bras, avec une conception naturelle dans 62,5% et 57,1% des cas.

Conclusion : L'utilisation d'une BA est fréquente lors des chirurgies pour ENDO, un facteur limitant de l'utilisation étant la réalisation d'une suture digestive. Le suivi à long terme et l'analyse à l'aide d'un score de propension sont nécessaires pour conclure sur l'utilité de la pose d'une BA.

Dépistage des violences conjugales au cours des consultations de suivi obstétrical. Impact d'une formation des soignants

Type de communication : Eposter

A. Donnadieu (1) , C.Louis-sylvestre(1), P.Chariot(2), S.Duchesne*(2)

(1)Institut Mutualiste Montsouris, Paris, France. (2)Hôpital Jean Verdier (AP-HP), Bondy, France

**Auteur principal*

OBJECTIF : déterminer si la réalisation d'une formation sur les violences conjugales (VC) à destination des consultants d'obstétrique permettrait d'en améliorer le dépistage lors des consultations de suivi de grossesse et déterminer les freins à ce dépistage

METHODE : nous avons réalisé une étude monocentrique quasi-expérimentale de type avant-après sur 6 mois dans une maternité parisienne. Toutes les patientes ont été invitées pendant un mois à répondre à un questionnaire démographique et à un questionnaire sur les violences lors de leur consultation mensuelle de suivi obstétrical. Elles ont été interrogées sur le fait d'avoir eu un dépistage des VC au sein de la maternité depuis le début de leur grossesse. Les critères d'exclusion étaient l'impossibilité ou le refus de remplir seule les questionnaires. Puis une formation sur les VC a été réalisée à destination des soignants. Deux mois plus tard, les patientes ont de nouveau été invitées à répondre aux mêmes questionnaires. Pendant la durée de l'étude, l'équipe obstétricale a ignoré son objectif.

RESULTATS : 439 patientes ont rempli le 1er questionnaire (groupe témoin). 16 (3,6%) avaient subi des VC et 5 (1,1%) pendant cette grossesse. La question avait été abordée en consultation pour 21 (4,8%) d'entre elles, dont 1 (0,3%) était victime de VC. 21 consultants ont assisté à la formation : 8 (38,1%) d'entre eux affirmaient ne jamais dépister les VC, et 3 (14,3%) le faisaient toujours. 395 patientes ont rempli le 2ème questionnaire (groupe expérimental). 24 (6,1%, $p=0,1$) avaient subi des VC et 8 (2%, $p=0,07$) pendant cette grossesse. 17 patientes (4,3%, $p=0,53$) avaient pu bénéficier d'un dépistage des VC, dont aucune n'en était victime. Les principaux freins au dépistage étaient : la présence du conjoint et l'absence de réflexe au dépistage.

CONCLUSION : une formation unique des soignants n'a pas eu d'impact sur le dépistage des VC. Une formation initiale des soignants sur les VC ou une formation continue plus poussée, ainsi que la présence d'éléments facilitateurs permettraient probablement d'en améliorer le dépistage. Cela pourrait être la présence en salle d'attente de documents sur le sujet ou l'existence de protocoles de service avec liste des contacts directs d'autres professionnels impliqués.

Évaluation de la mise en place d'un protocole de dépistage et d'induction du travail en cas de suspicion de macrosomie fœtale sévère

Type de communication : Eposter

A. Shokrzadeh* (1) , F.Goffinet(2), M.Lamau(2)

(1)Hôpital Necker, Paris, France, (2)Port-Royal, Paris, France

*Auteur principal

Objectif : Évaluer en pratique courante la mise en place d'une politique de dépistage et induction du travail pour suspicion de macrosomie fœtale sévère.

Matériel et méthodes : Étude rétrospective observationnelle unicentrique sur 2 ans. Etaient comparées les issues obstétricales et néonatales de 2 groupes : les patientes ayant bénéficié d'une induction du travail pour suspicion de macrosomie fœtale sévère (groupe 1) et les patientes ayant accouché de nouveau-nés (NN) macrosomes non identifiés en anténatal (groupe 2).

Le protocole de déclenchement était : si suspicion de macrosomie au 3ème trimestre, hors diabète, échographie à 36 semaines d'aménorrhée (SA) pour estimation du poids fœtal (EPF) et déclenchement du travail proposé à 38 SA quel que soit le col si EPF supérieure aux seuils décisionnels (EPF > 3500g à 36 SA, > 3800g à 37 SA ou > 4000g à 38SA). Le critère de jugement principal était la survenue d'une dystocie des épaules (DE). La morbidité maternelle et néonatale ont aussi été étudiées. L'étude a été approuvée par un comité de protection des personnes et les patientes ont donné leur consentement éclairé.

Résultats : Le groupe 1 comprenait 78 patientes et le groupe 2 57 patientes.

Il y avait une réduction significative du poids de naissance (PDN) dans le groupe 1 ($p < 0,001$). Le taux de DE était 3 fois supérieur dans le groupe 2 sans que cela soit significatif. Aucune différence significative n'a été constatée entre les 2 groupes pour la morbidité néonatale, l'incidence de lésions périnéales sévères, d'hémorragie du post partum ou de transfusion. Une augmentation du taux de césarienne a été observée dans le groupe 1 par rapport au groupe 2 (33,3% vs 10,5% ; $p = 0,004$). Dans le groupe 1 plus de la moitié des patientes ont bénéficié d'une induction du travail par excès.

Conclusion : Une politique de déclenchement du travail en cas de suspicion de macrosomie sévère permettrait de diminuer significativement le PDN des NN et possiblement de diminuer le taux de DE sans bénéfice sur la morbidité néonatale et maternelle. Mais cette stratégie semble augmenter le taux de césarienne dans le groupe des patientes déclenchées. Bien que très élevés, les seuils d'EPF choisis dans notre centre pour le déclenchement conduisent tout de même à plus de 50% de faux positifs.

Devenir des grossesses après assistance médicale à la procréation

Type de communication : Eposter

C. Nguefack epse tchente* (1)

(1) HOPITAL GENERALDE DOUALA ET FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES, Douala, Cameroon

**Auteur principal*

Objectif : évaluer le devenir des grossesses après assistance médicale à la procréation (AMP).

Matériel et méthodes : il s'agissait d'une étude analytique de type cas-témoins réalisée dans quatre formations sanitaires. Etaient incluses comme cas, les gestantes ayant conçu après AMP et comme témoins, les gestantes ayant conçu naturellement. Les cas et les témoins étaient appariés selon l'âge et la parité avec un coefficient d'appariement d'un cas pour deux témoins. Les variables étudiées étaient les caractéristiques sociodémographiques et cliniques ; le suivi, l'issue des grossesses et les complications observées ; la voie d'accouchement et les paramètres du nouveau-né. Les analyses statistiques ont été réalisées avec les logiciels Epi Info version 3.5.4 et Microsoft Excel 2016. Nous avons procédé à la comparaison des variables grâce aux tests statistiques de Chi2 et de Fischer. L'association entre les variables était étudiée par le calcul des Odds-ratio. Une clairance éthique a été obtenue pour la réalisation de l'étude.

Résultats : au total, 174 grossesses après AMP et 348 grossesses spontanées ont été retenues. L'âge moyen des gestantes était de 37,99±6,19 ans (cas) et 37,30±5,22 ans (témoins). La technique d'AMP la plus utilisée était la FIV/ICSI avec transfert d'embryons frais intra conjugaux (50%). Les facteurs associés indépendants à l'AMP étaient : l'âge supérieur à 45 ans [OR : 7,55 IC 95% (1,55-36,76) p=0,01] ; les grossesses gémellaires [OR : 16,55 IC 95% (7,91-34,60) p<0,01], les cerclages [OR : 3,04 IC 95% (1,23-7,50) p=0,01], les avortements spontanés précoces [OR : 11,73 IC 95% (5,07-27,10) p<0,01], la césarienne élective [OR : 4,63 IC 95% (2,27-9,45) p<0,01] et le petit poids de naissance [OR : 3,32 IC 95% (1,90-5,82) p<0,01]. Comparativement aux autres techniques d'AMP, l'Insémination Intra-Utérine multipliait par 6,86 le risque de morbidité périnatale (p<0,01).

Conclusion : les femmes qui ont conçu par AMP étaient plus âgées avec des taux supérieurs de grossesse gémellaire et de complications. Nous recommandons de revoir l'âge des patientes admises en AMP, faire des transferts d'un embryon et de développer les services de néonatalogie.

Mots clés : Assistance médicale à la procréation ; devenir des grossesses

Pronostic obstétrical des présentations du siège à terme en cas de bassin asymétrique

Type de communication : Eposter

C. Tresch* (1) , T.Ceri(2), Y.Offringa(3), P.Guerby(3), A.Bourtembourg(2) , D.Riethmuller (2), S.Aubry(2), N.Mottet(2), M.Lallemant(2)

(1)Centre Hospitalier Universitaire Jean Minjoz, Besançon, Besançon, France, (2)Centre hospitalier universitaire de Besançon, Besançon, France, (3)Centre hospitalier universitaire de Toulouse, Toulouse, France

**Auteur principal*

Objectif : Evaluer le pronostic obstétrical de l'accouchement par voie basse des présentations podaliques à terme en cas de bassin asymétrique associé à un indice de Magnin normal.

Matériel et Méthodes : Etude observationnelle comparative, rétrospective, bi-centrique portant sur 559 patientes ayant eu une radiopelvimétrie avant d'accoucher d'une présentation du siège, à terme, entre août 2013 et août 2019. Les patientes ayant tenté d'accoucher voie basse ont été divisées en 2 groupes : un groupe de bassins asymétriques (BA) lorsque l'inégalité entre les longueurs des diamètres obliques droit et gauche était supérieure ou égale à un centimètre et un groupe de bassins symétriques (BS) lorsque les deux diamètres obliques différaient de moins d'un centimètre. Le critère de jugement principal était la voie d'accouchement : voie basse ou césarienne pendant le travail. Les critères de jugement secondaires étaient la morbi-mortalité néonatale et maternelle.

Résultats : Sur les 370 patientes ayant un indice de Magnin normal et ayant tenté d'accoucher par voie basse, 8% (n=29) avaient un bassin asymétrique et 92% (n=341) avaient un bassin symétrique. Dans le groupe BA, 93% des parturientes ont accouché par voie basse contre 78% dans le groupe BS sans différence statistiquement significative ($p=0,05$). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative en termes de morbi-mortalités néonatale (3% versus 1% dans les groupes BA et BS respectivement, $p=0,4$) et maternelle (17% versus 23% dans les groupes BA et BS respectivement, $p=0,5$).

Conclusion : Il apparaît qu'une asymétrie légère du bassin d'un à deux centimètres avec un indice de Magnin normal ne semble pas impacter le pronostic obstétrical des présentations podaliques à terme et ne soit pas une indication de césarienne systématique avant travail.

IMPACT NEONATAL DU CODE COULEUR EN CAS DE CESARIENNE EN MATERNITE DE TYPE I.

Type de communication : Eposter

L. Tomczyk* (1)

(1)Maternité Nancy, Nancy, France

**Auteur principal*

Objectif : Évaluer le taux de transferts néonataux et la morbidité néonatale avant et après l'utilisation du code couleur en cas de césarienne dans une maternité de type I.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle réalisée dans une maternité de type I entre le 30 avril 2012 et le 30 avril 2015. L'utilisation du code couleur a été mise en place le 1er mai 2014 permettant de définir les deux périodes d'études : période 1 « avant » et période 2 « après ». Toutes les femmes ayant eu une césarienne non programmée durant la période d'étude ont été incluses. Le critère de jugement principal était le taux de transfert néonatal. Le critère de jugement secondaire était la morbidité néonatale, définie par un critère composite regroupant les critères suivants : un pH artériel au cordon inférieur à 7,10 et/ou un déficit de base supérieur à 10 mmol/L et/ou des lactates supérieurs à 7 mmol/L et/ou un score d'Apgar à 5 minutes inférieur à 7 et/ou une admission en réanimation néonatale.

Résultats : 264 femmes ont été incluses : 115 dans la période 1 et 149 dans la période 2. Il y avait significativement plus de transferts néonataux en période 1 comparativement à la période 2 (4,3% vs 0%, $P=0,01$). Il n'y avait pas de différence significative concernant la morbidité néonatale (6,1% vs 5,4%, $p=0,5$).

Conclusion : L'instauration d'un code couleur en maternité de type I a permis de réduire le taux de transfert néonatal ce qui a été bénéfique sur le plan économique mais probablement aussi sur le plan humain.

IMPACT NEONATAL DU CODE COULEUR EN CAS DE CESARIENNE EN MATERNITE DE TYPE I.

Type de communication : Eposter

L. Tomczyk* (1)

(1)Maternité Nancy, Nancy, France

**Auteur principal*

Objectif : Évaluer le taux de transferts néonataux et la morbidité néonatale avant et après l'utilisation du code couleur en cas de césarienne dans une maternité de type I.

Méthodes : Il s'agit d'une étude rétrospective observationnelle réalisée dans une maternité de type I entre le 30 avril 2012 et le 30 avril 2015. L'utilisation du code couleur a été mise en place le 1er mai 2014 permettant de définir les deux périodes d'études : période 1 « avant » et période 2 « après ». Toutes les femmes ayant eu une césarienne non programmée durant la période d'étude ont été incluses. Le critère de jugement principal était le taux de transfert néonatal. Le critère de jugement secondaire était la morbidité néonatale, définie par un critère composite regroupant les critères suivants : un pH artériel au cordon inférieur à 7,10 et/ou un déficit de base supérieur à 10 mmol/L et/ou des lactates supérieurs à 7 mmol/L et/ou un score d'Apgar à 5 minutes inférieur à 7 et/ou une admission en réanimation néonatale.

Résultats : 264 femmes ont été incluses : 115 dans la période 1 et 149 dans la période 2. Il y avait significativement plus de transferts néonataux en période 1 comparativement à la période 2 (4,3% vs 0%, $P=0,01$). Il n'y avait pas de différence significative concernant la morbidité néonatale (6,1% vs 5,4%, $p=0,5$).

Conclusion : L'instauration d'un code couleur en maternité de type I a permis de réduire le taux de transfert néonatal ce qui a été bénéfique sur le plan économique mais probablement aussi sur le plan humain.

Quel bilan est nécessaire en cas de suspicion de cholestase gravidique ?

Type de communication : Eposter

A. Donet* (1) , A.Pinton(2), A.Girault(2), J.Lepercq(2)

(1)Marseille, Marseille, France, (2)Maternité Port-Royal, Paris, France

**Auteur principal*

Objectif : L'objectif principal était d'évaluer le taux de pathologies différentielles révélées par le bilan étiologique initial en cas de suspicion de cholestase gravidique.

Méthodes : Etude rétrospective monocentrique en maternité de type III à la maternité de Port-Royal à Paris incluant l'ensemble des patientes ayant présenté une cholestase gravidique entre janvier 2012 et septembre 2018. La cholestase gravidique était suspectée devant l'apparition d'un prurit pendant la grossesse associé à une perturbation du bilan biologique : un taux d'aspartate aminotransférase (ASAT) supérieur à la normale ou un taux d'acides biliaires à jeun supérieur à 10 $\mu\text{mol/L}$. Le bilan systématique initial était réalisé selon le protocole du service. Les caractéristiques individuelles et obstétricales initiales, au moment du diagnostic de cholestase, ainsi que les éléments et résultats du bilan initial étaient colligés. Le critère de jugement principal était le taux de pathologies différentielles identifiées grâce au bilan initial en cas de suspicion de cholestase gravidique.

Résultats : Au total, 254 patientes ont été incluses. La prévalence de la suspicion de cholestase gravidique dans notre étude est était de 0,7% pour la période étudiée. Les sérologiques virales et une échographie hépatobiliaire étaient réalisées respectivement dans 53,5% et 52,4% des cas. Dans notre cohorte aucune pathologie intercurrente n'était dépistée par l'échographie hépato-biliaire ou par les sérologies virales. Il existait une association significative entre cholestase gravidique et présence d'antécédents gastroentérologiques ($p < 0,01$) ou de maladies auto immunes ($p < 0,01$).

Conclusion : La prévalence des pathologies différentielles de la cholestase gravidique dans notre cohorte était de 2%. Aucun diagnostic de cholestase gravidique n'a été porté à tort (ou aucune pathologie intercurrente n'a été méconnue) après la réalisation d'un bilan étiologique initial comprenant une échographie hépato biliaire et les sérologies virales.

Prise en charge chirurgicale des hémorragies du post-partum immédiat en centre périphérique : état des lieux régional sur 10 ans

Type de communication : Eposter

S. Prévost* (1)

(1)CHU Besançon, Besançon, France

**Auteur principal*

Objectif : La chirurgie d'hémostase représente l'une des prises en charge invasives de l'hémorragie du post-partum immédiat. Notre région ne dispose que d'un seul plateau d'embolisation artérielle, une organisation en réseau de la prise en charge a été développée. Notre objectif principal était l'identification de causes de non-transfert des cas d'hémorragies du post-partum immédiat nécessitant une prise en charge invasive.

Matériel et méthodes : Nous avons réalisé une étude multicentrique, rétrospective, descriptive, concernant les patientes ayant accouché en centre périphérique sur la région Franche-Comté et ayant nécessité une prise en charge chirurgicale de l'hémorragie du post-partum immédiat du 01/01/2009 au 01/06/2019.

Résultats : Ce travail concernait 62 cas de chirurgies d'hémostase, conservatrices ou radicales. Les caractéristiques de la population retrouvaient les facteurs de risque connus d'hémorragie du post-partum sévère ou d'hystérectomie d'hémostase. Un taux d'accouchement par césarienne important était retrouvé dans notre population. Le taux d'anomalies de la placentation semblait également dépasser ceux retrouvés dans la littérature. Les causes principales d'hémorragie étaient l'atonie utérine et les troubles de l'insertion placentaire avec un taux élevé de ruptures utérines. Les causes de non transfert retrouvées étaient, par ordre d'importance : le diagnostic per-césarienne de l'hémorragie, la suspicion d'hémopéritoine post-opératoire, le diagnostic de rupture utérine, les saignements non maîtrisés et l'instabilité hémodynamique.

Conclusion : La majeure partie des cas de prise en charge chirurgicale en centre périphérique n'auraient pas pu bénéficier d'une embolisation artérielle. L'absence de transfert inter-hospitalier semblait lié à deux types de causes : les indications strictes de prise en charge chirurgicale, et les contre-indications au transfert inter-hospitalier.

EFFICACITE DE LA MATURATION CERVICALE SELON L'INDICE DE MASSE CORPORELLE : ETUDE RETROSPECTIVE OBSERVATIONNELLE

Type de communication : Eposter

L. Tomczyk* (1)

(1)Maternité Nancy, Nancy, France

**Auteur principal*

Objectif principal : L'objectif principal était d'évaluer l'efficacité des techniques de maturation cervicale chez des femmes présentant une obésité comparativement à des femmes ayant un statut pondéral normal.

Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective réalisée dans une maternité de type III entre 2012 et 2013. Toutes les femmes présentant une grossesse singleton en présentation céphalique et ayant bénéficié d'une maturation cervicale après 37 semaines d'aménorrhée ont été incluse dans deux groupes selon leur indice de masse corporelle (IMC): Groupe 1 pour un IMC compris entre 18 et 25kg/m² ; Groupe 2 pour un IMC \geq 30kg/m².Le critère de jugement principal était le taux de succès de la maturation cervicale défini par un score de Bishop \geq 6 à l'arrivée en salle de naissance.

Résultats : 269 femmes ont été incluses dans l'étude : 140 dans le groupe 1 et 129 dans le groupe 2. On observe un taux de réussite de maturation cervicale significativement plus important dans le groupe 1 comparativement au groupe 2 (95% vs. 82,2%, $p=0,001$). La phase de latence était significativement plus courte dans le groupe 1 (112 min vs 187min, $p=0,001$) alors qu'il n'y avait pas de différence concernant la durée de la phase active. Il y avait significativement moins de césariennes pour échec de déclenchement dans le groupe 1 comparativement au groupe 2 (0% vs 13,9%, $p=0,04$).

Conclusion : Il y avait plus d'échec de maturation cervicale chez les femmes présentant une obésité ce qui était associé à plus de césarienne pour échec de déclenchement.

EFFICACITE DE LA MATURATION CERVICALE SELON L'INDICE DE MASSE CORPORELLE : ETUDE RETROSPECTIVE OBSERVATIONNELLE

Type de communication : Eposter

L. Tomczyk* (1)

(1)Maternité Nancy, Nancy, France

**Auteur principal*

Objectif principal : L'objectif principal était d'évaluer l'efficacité des techniques de maturation cervicale chez des femmes présentant une obésité comparativement à des femmes ayant un statut pondéral normal.

Méthodes : Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective réalisée dans une maternité de type III entre 2012 et 2013. Toutes les femmes présentant une grossesse singleton en présentation céphalique et ayant bénéficié d'une maturation cervicale après 37 semaines d'aménorrhée ont été incluse dans deux groupes selon leur indice de masse corporelle (IMC): Groupe 1 pour un IMC compris entre 18 et 25kg/m² ; Groupe 2 pour un IMC \geq 30kg/m².Le critère de jugement principal était le taux de succès de la maturation cervicale défini par un score de Bishop \geq 6 à l'arrivée en salle de naissance.

Résultats : 269 femmes ont été incluses dans l'étude : 140 dans le groupe 1 et 129 dans le groupe 2. On observe un taux de réussite de maturation cervicale significativement plus important dans le groupe 1 comparativement au groupe 2 (95% vs. 82,2%, $p=0,001$). La phase de latence était significativement plus courte dans le groupe 1 (112 min vs 187min, $p=0,001$) alors qu'il n'y avait pas de différence concernant la durée de la phase active. Il y avait significativement moins de césariennes pour échec de déclenchement dans le groupe 1 comparativement au groupe 2 (0% vs 13,9%, $p=0,04$).

Conclusion : Il y avait plus d'échec de maturation cervicale chez les femmes présentant une obésité ce qui était associé à plus de césarienne pour échec de déclenchement.

Parentalité chez les femmes en situation de handicap moteur dû à une affection rare

Type de communication : Eposter

D. Cohen (1) , D.Candilis(2), E.Thouelle(2), L.Becerra(2), M.Dommergues*(1) , S.Viaux-savelon (1)

(1)APHP et Sorbonne Université, Paris, France, (2)Service d'Accompagnement à la Parentalité des Personnes en Situation de Handicap (SAPPH), Paris, France

**Auteur principal*

Objectif

Étudier la parentalité chez des femmes en situation de handicap moteur dû à une affection rare

Méthode

Cohorte de 22 femmes enceintes ou jeunes mères, suivies dans une structure médico-sociale dédiée à l'accompagnement à la parentalité des personnes en situation de handicap, handicap moteur, affection rare.

Variables étudiées: caractéristiques sociodémographiques, médicales, fonctionnelles (Barthel), événements obstétricaux et périnataux, état émotionnel de la mère (EPDS, Spielberger), besoins exprimés par la mère, développement de l'enfant (Brunet-Lézine), échelle PIR-GAS de la relation parent-enfant, analyse des interactions par Coding Interactive Behaviour (CIB). Age de l'enfant: 3-14 mois.

Résultats

Déficiência motrice: 10 atteintes de 3-4 membres (5 tétraparésies génétiques, 1 vasculaire, 3 atteintes ostéo-articulaires, 1 ectrodactylie), 4 paraparésies (3 génétiques, 1 tumorale), 7 atteintes unilatérales (2 hémiparésies congénitales, 1 hémiparésie vasculaire, 2 plexus brachial, 2 amputations), 1 tremblement des extrémités (génétique).

Issues obstétricales: Diabète gestationnel: 4, Prééclampsie:1, césarienne: 9, prématurité: 2

Besoins d'aide déclaré pour répondre à au moins un des besoins fondamentaux du nourrisson: 18 participantes, dont 6 se déclaraient pourtant indépendantes pour la vie quotidienne (Barthel=100)

Développement de l'enfant: distribution du score de Brunet-Lézine sans particularité

Échelle PIR-GAS: relation mère enfant bien adaptée (2), adaptée (8) troublée (7), significativement troublée (2), altérée (3)

CIB : engagement social de l'enfant légèrement diminué, retrait de l'enfant légèrement augmenté.

Les difficultés observées étaient indépendantes des données sociales, de l'état émotionnel, du degré de déficiencia motrice des participantes

Conclusion

Dans des conditions optimales, les mères en situation de handicap moteur dû à une affection rare expriment un besoin d'aide pour s'occuper de l'enfant même si elles sont par ailleurs indépendantes. Le développement à court terme des enfants est normal. Les difficultés modérées identifiées dans l'interaction mère enfant sont comparables à celles qu'on observe après une naissance prématurée ou après une exposition prénatale à un faux positif du dépistage échographique, chez des mères sans handicap.

Le ballonnet supra-cervical est-il une option raisonnable de préparation cervicale en cas de siège?

Type de communication : Eposter

M. Nkobetchou* (1) , D.Korb(2), E.Giral(3), B.Renevier(3), O.Sibony(2)

(1)Université Paris Descartes, Paris, France, (2)Hôpital Robert Debré, Paris, France, (3)Hôpital André Gregoire, Montreuil, France

**Auteur principal*

OBJECTIF:

Etudier l'efficacité et la sécurité du ballonnet supra-cervical pour la préparation cervicale chez les patientes ayant un fœtus singleton en présentation du siège à terme et un col défavorable en comparaison aux prostaglandines.

METHODES: Il s'agit d'une étude rétrospective, menée entre 01/2016 et 06/2019 dans 2 maternités universitaires de niveau 3. L'analyse a porté sur les femmes sans utérus cicatriciel ayant un fœtus unique vivant à terme, en siège, ayant bénéficié d'une préparation cervicale pour col défavorable, en comparant deux groupes : 1-patientes accouchant dans un centre utilisant un protocole de préparation médicamenteuse par prostaglandines; 2-patientes accouchant dans un centre utilisant un protocole de préparation mécanique par ballonnet supra-cervical. Le critère de jugement principal était le taux de césarienne.

RESULTATS : Nous avons comparé 60 patientes ayant eu une maturation par prostaglandines à 18 patientes ayant eu une maturation par ballonnet. En comparaison des femmes du groupe prostaglandines, les femmes ayant eu un ballonnet étaient significativement plus souvent multipares, obèses, hypertendus, avec un RCIU. Les indications de maturation étaient différentes entre les 2 groupes: plus de pathologies maternelles dans le groupe ballonnet et plus d'oligamnios dans le groupe prostaglandines. Le taux de césarienne était de 45% dans le groupe prostaglandines et de 52,9% dans le groupe ballonnet (OR brut: 1,4 (0,5-4,0)). Les césariennes étaient plus souvent réalisées pour des stagnations (37%) et des anomalies du RCF (44%) dans le groupe prostaglandines, et pour échec de déclenchement dans le groupe ballonnet (50%). L'absence d'association entre méthode de préparation et césarienne persistait après ajustement (OR ajusté: 1,5 (0,3-6,7)). Il y a eu un cas d'Apgar<7 à 5 min dans le groupe ballonnet. Le taux de pH<7,1 était plus faible dans le groupe prostaglandines (5% vs 18%). Le taux d'HPP était plus faible dans le groupe prostaglandines (1,7% vs 17%).

CONCLUSION :

En cas de préparation cervicale par ballonnet, le taux de césarienne semble similaire à celui observé en cas de préparation par prostaglandines. Toutefois la morbidité néonatale et maternelle associée au ballonnet reste à évaluer par un essai randomisé.

Pronostic obstétrical de la grossesse ultérieure après déclenchement artificiel du travail pour la première grossesse. Etude cas-témoins au CHRU de Besançon

Type de communication : Eposter

C. Dole* (1) , M.Canaguier(2), N.Mottet(1), R.Ramanah(1)

(1)CHRU Besancon, Besancon, France, (2)HNFC, Trevenans, France

**Auteur principal*

Objectif: En 2016, l'enquête nationale périnatale, retrouvait un taux de déclenchement artificiel du travail de 22 %. Le pronostic obstétrical du déclenchement du travail a été beaucoup étudié mais qu'en est-il du risque pour les grossesses ultérieures? Est-il un facteur de risque d'accouchement prématuré ou de déclenchement pour la grossesse suivante ? L'objectif de ce travail était d'évaluer le pronostic obstétrical des grossesses ultérieures après déclenchement pour la première grossesse.

Matériel et méthodes: Nous avons réalisé dans notre maternité de niveau III au CHRU de Besançon une étude cas-témoins rétrospective et observationnelle du 1er janvier 2013 au 31 décembre 2018.

Ont été inclus tous les déclenchements, sur les grossesses singleton à terme (≥ 37 SA) en présentation céphalique. Les patientes incluses dans le groupe témoin devaient être primipare, avoir accouché le même jour que les patientes cas pour la grossesse index et avoir accouché une deuxième fois pendant la période étudiée. 266 patientes ont été incluses dans chaque groupe.

Le critère de jugement principal était le mode de mise en travail pour la grossesse ultérieure entre les 2 groupes. Les critères de jugement secondaires étaient le pronostic obstétrical entre les 2 groupes.

Résultats:Le taux de déclenchement pour la grossesse ultérieure était significativement plus élevé dans le groupe cas (18% vs 6.6%, $p < 0.002$). Il n'y avait pas de différence significative sur le taux d'accouchement prématuré ni sur la voie d'accouchement. Les patientes du groupe cas semblaient avoir une phase de latence et une phase active plus longue (2.4 vs 1.9, $p < 0.006$). Il y avait un taux d'HPPI significativement plus élevé chez les cas (10.2% vs 3%, $p < 0.008$). Les critères néonataux n'étaient pas statistiquement différents.

Conclusion: Notre étude suggère que les patientes ayant été déclenchées pour la grossesse index ont plus de risque d'être à nouveau déclenchées, que la durée de leurs phases de travail est plus longue (phase de latence et phase active) et que le risque d'HPPI est plus élevé pour la grossesse suivante. En revanche, elles ne semblent pas accoucher plus prématurément ni plus tardivement que les patientes ayant présenté une mise en travail spontanée pour la grossesse index.

Morbidité maternelle sévère selon les traitements d'infertilité en cas de grossesse gémellaire

Type de communication : Eposter

D. Korb* (1), T.Schmitz(2), A.Séco(2), C.Le ray(2), F.Goffinet(2), C.Deneux-tharoux (2), J.Groupe(2), G.Groupe(2)

(1)INSERM U1153, Obstetric, Perinatal, and Pediatric Epidemiology Research Team (EPOPé), CRESS, DHU Risks in pregnancy, Université de Paris, Paris, France; Department of Obstetrics and Gynecology, Robert Debré Hospital, APHP, Paris, France, Paris, France. (2)Université de Paris, Epidemiology and Statistics research Center/CRESS, INSERM, INRA, F-75004, Paris, France, Paris, France

**Auteur principal*

Objectif: Etudier l'association entre les traitements d'infertilité et la morbidité maternelle sévère (MMS) en cas de grossesse gémellaire.

Méthodes: Il s'agit d'une analyse secondaire de la cohorte prospective française JUMODA ayant inclus toutes les femmes ayant une grossesse gémellaire au-delà de 22SA dans 176 maternités. Les femmes ayant un mode de conception inconnu ont été exclues (n=75). La MMS était définie par un critère composite. Cinq modes de conception ont été analysés: spontané (groupe de référence), les traitements d'infertilité sans FIV (non FIV) (stimulation ou insémination), FIV sans ICSI avec ovocyte autologue (FIV-OA), FIV avec ICSI (ICSI-OA) et don d'ovocyte (DO). L'association entre les traitements d'infertilité et la MMS a été estimée par une régression logistique multivariée, puis analysée selon la cause de la MMS : hémorragie sévère du post-partum et pathologie hypertensive sévère.

Résultats: Parmi les 8748 femmes incluses dans cette analyse, 5890 (67,3%) ont eu une grossesse spontanée, 854 (9,8%) un traitement sans FIV, 1307 (14,9%) une FIV-OA, 368 (4,2%) une ICSI-OA et 329 (3,8%) un DO. La principale cause de MMS était l'hémorragie sévère du postpartum dans les cinq groupes. Comparativement aux grossesses spontanées, le taux de MMS était similaire après traitement sans FIV (6,2% vs 5,3%; ORa [95%CI] 1,1[0,8-1,5]) et en cas d'ICSI-OA (5,4% vs 5,3%; ORa [95%CI] 0,9[0,6-1,5]) ; le taux de MMS était plus élevé en cas de FIV-OA (5,3% vs 8,3%; ORa [95%CI] 1,5[1,1-1,9]), et de DO (5,3% vs 14,0% ; ORa [95%CI] 2,7[1,8-4,1]). Lors de l'analyse selon la cause de MMS, il était retrouvé de même une augmentation du risque d'hémorragie sévère du postpartum comparativement aux grossesses spontanées, en cas de FIV-OA (4,2% vs 6,4%; ORa [95%CI] 1,6[1,2-2,0]), et de DO (4,2% vs 10,0% ; ORa [95%CI] 2,6[1,7-3,7]). Le risque de pathologie hypertensive sévère était augmenté en cas de DO (ORb [95%CI] 5,2[2,4-11,5]).

Conclusion: Les grossesses gémellaires obtenues par FIV-OA et DO sont plus à risque de MMS que les grossesses spontanées. Ces résultats peuvent aider à informer les couples avant la conception et à identifier leur risque de MMS en considérant les traitements de l'infertilité reçus.

Quel impact de la réduction du taux d'épisiotomie sur le risque de lésion obstétricale du sphincter anal ?

Type de communication : Eposter

C. Le ray (1) , J.Merrer(2), J.Cormier*(3), A.Girault(1), F.Goffinet(4)

(1)Maternité Port Royal - Hôpital Cochin, Paris, France, (2)INSERM, Paris, France, (3)Hôpital Cochin, Paris, Finland, (4)Maternité Port Royal - Hôpital Cochi, Paris, France

**Auteur principal*

OBJECTIF: Étudier l'association entre le taux d'épisiotomie et le taux de lésion obstétricale du sphincter anal (LOSA).

METHODES: Il s'agissait d'une étude observationnelle rétrospective entre 2009 et 2018, incluant toutes les patientes ayant accouché par voie basse (VB) dans notre hôpital après 24SA. Nous avons effectué des analyses en population générale, puis stratifiées selon le mode d'accouchement : VB spontanée(VBS) ou assistée(VBA)(c.à.d. manœuvre obstétricale ou extraction instrumentale). Les associations entre l'année d'accouchement et le risque de LOSA ont été estimées par des analyses univariées (p de tendance) et multivariées à l'aide de modèles de régression logistique.

RÉSULTATS: Durant la période d'étude, 27002 femmes ont accouché par VB : 21386 VBS et 5575 VBA. Dans notre population totale, le taux d'épisiotomie a diminué de manière significative, passant de 32,1% en 2009 à 10,9% en 2018 ($p < 0,001$) et le taux de LOSA a augmenté de 0,9% en 2009 à 1,5% en 2018 ($p = 0,006$). Le taux d'épisiotomie a diminué de 21,6% à 5,8% ($p < 0,001$) pour les VBS et de 67,0% à 37,9% ($p < 0,001$) pour les VBA, alors que le taux de LOSA a augmenté de 0,4% à 1,1% ($p = 0,007$) pour les VBS et de 2,5% à 4,1% ($p = 0,03$) pour les VBA. Après ajustement sur les antécédents de VB, l'origine géographique, l'IMC et le poids de naissance, le risque de LOSA restait significativement associé à l'année d'accouchement pour les VBS ($aOR = 1,88 [1,001-3,52]$ en 2017-2018, référence: 2009-2010), mais pas de manière significative pour les VBA ($aOR = 1,50 [0,84-2,70]$).

CONCLUSION: Le taux optimal d'épisiotomie reste incertain, en particulier chez les femmes ayant eu une VBA. Parmi les VBS, un taux d'épisiotomie inférieur à 10% pourrait être associé à une augmentation significative du risque de LOSA. Nous ne pouvons, cependant, pas exclure que d'autres changements dans les pratiques obstétricales au cours de la période d'étude aient également eu un impact sur les taux de LOSA.

Évitabilité des asphyxies intrapartum sévères : étude rétrospective sur 29 998 naissances dans une maternité de type 3.

Type de communication : Eposter

R. Gest* (1)

(1)CHU Tours, Saint roch, France

*Auteur principal

Objectif: l'asphyxie intrapartum sévère est un accident grave responsable d'une morbidité et une mortalité majeure. Les cas d'asphyxie intrapartum sévère ont été analysés pour définir s'il s'agissait de situations évitables ou non.

MM: Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans une maternité universitaire de type 3. La population d'étude était constituée d'enfants nés entre 2009 et 2016 à un terme supérieur à 28 Semaines d'Aménorrhée et ayant présenté une asphyxie sévère à la naissance définie par un pH artériel au cordon \leq à 7,05 avec un déficit de base $>$ 12 mmol/L ou un état clinique à la naissance nécessitant une hypothermie thérapeutique ou un décès périnatal. Pour chaque cas, les dossiers obstétricaux ont été examinés par un collège de trois médecins obstétriciens comportant au moins deux obstétriciens expérimentés. Les enregistrements du rythme cardiaque fœtal (RCF) disponibles ont été relus et les situations obstétricales ont été analysées. Ces situations ont été classées en trois catégories : évitables, non évitables ou partiellement évitables (des mesures de correction auraient pu éviter l'asphyxie ou en limiter la profondeur).

Résultats: sur les 29998 naissances entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2016, 186 nouveaux nés ont présenté une asphyxie sévère : 175 enfants sont nés avec un pH \leq 7,05, 20 ont bénéficié d'une hypothermie thérapeutique dont 10 sans analyse gazométrique au cordon, deux sont décédés dans le post partum immédiat. Les RCF étaient disponibles dans 76,9% des cas et 13 dossiers (7%) n'étaient pas analysables. Des causes « évitables » et « partiellement évitables » ont été identifiées respectivement dans 57 (32,9%) et 49 cas (28,3%). Ces causes correspondent à des délais de prise de charge ou d'efforts expulsifs trop longs, une utilisation inappropriée d'ocytocine, une absence de mesure correctrice (changement de posture de la patiente et/ou utilisation d'un tocolyse), et enfin la survenue d'une hypotension artérielle non ou insuffisamment corrigée. Les situations « inévitables » concernaient 68 cas (38,3%).

Discussion: Deux tiers des situations ayant conduit à une asphyxie néonatale étaient évitables. Il est indispensable, au vu de nos résultats, d'améliorer l'analyse et l'interprétation du rythme cardiaque fœtal.

Optimiser l'apprentissage de la biométrie échographique fœtale par la simulation : résultats de l'étude METHOD (MEasurements TeachHing in Obstetrics Design)

Type de communication : Eposter

C. Bertholdt (1) , G.Ambroise*(2), G.Hossu(3), P.Berveiller(4), M.Fauvel(3) , O.Morel (1), S.Zuily(5)

(1)CHRU de Nancy, Département de Gynécologie Obstétrique, Nancy, France, (2)Centre Hospitalier universitaire de Nancy, Nancy, France, (3)CHRU de Nancy, Inserm, CIC-IT, Nancy, France, (4)Université Versailles Saint-Quentin, Montigny le bretonneux, France, (5)Centre universitaire d'enseignement par simulation, Université de Lorraine, Nancy, France

**Auteur principal*

Objectifs: Quantifier l'impact de la simulation sur la pratique de la biométrie échographique fœtale (I) et identifier les patterns d'apprentissage permettant d'optimiser son apport (II).

M&M: Un recueil systématisé et prospectif du niveau de compétence d'internes et d'étudiants sages-femmes pour la biométrie a été mis en œuvre au sein de notre centre hospitalier universitaire. Des évaluations quantitatives étaient réalisées en amont et en aval du stage (score OSAUS – cotation 0 à 5). La différence entre les deux cotations a permis de quantifier la progression à long terme (I). Une évaluation qualitative et continue était poursuivie parallèlement via la construction sur un E-logBook d'une courbe d'apprentissage (LC-Cusum) pour laquelle l'acquisition du niveau de compétence attendu était définie par la réalisation de 5 examens consécutifs valides (II). La progression des étudiants exposés à la simulation (3 heures) a été comparée à celle des étudiants non-exposés (groupe simulation vs contrôle). Des analyses en sous-groupes ont été réalisées (exposition en amont, au début ou à la fin du stage).

Résultats: Trente-six internes et 26 étudiants sages-femmes ont été inclus sur un an. L'effectif et le niveau initial au sein des deux groupes étaient comparables. La progression était plus importante dans le groupe simulation (0.72 ± 0.98 vs 1.09 ± 0.87) avec une différence significative pour les internes ($p=0.02$). La proportion d'étudiants ayant atteint le niveau de compétence attendu était plus importante dans le groupe simulation (44% vs 26% pour le groupe contrôle) avec une augmentation notable au sein du sous-groupe "début de stage" (63%).

Discussion: L'impact de la simulation ne se limite pas à une amélioration transitoire des compétences techniques mais permet une optimisation durable des pratiques cliniques et une augmentation du nombre d'étudiants capables d'atteindre le niveau de compétence attendu. Si la pratique d'examens simulés en amont de toute pratique clinique a été largement appuyée, nos résultats témoignent d'un bénéfice plus important lorsque la simulation est intégrée à la formation pratique, idéalement en début de phase d'apprentissage.

Variation of the maximum velocity along the umbilical vein supports the Reynolds pulsometer model

Type de communication : Eposter

X. Capelle* (1)

(1)CHU Liège service de Gynécologie Obstétrique, Liège, Belgium

*Auteur principal

Objective

To challenge, with a modern sonographic approach and a numerical model, the Reynolds's concept which suggests that the vascular structure of the umbilical cord could act as a pulsometer facilitating the venous re- turn to the foetus.

Method

Forty-five patients between 20 and 28 weeks of gestation were included in the study. The blood maximum velocity in the umbilical vein, measured at both foetal and placental ends, was assessed. Several sonographic parameters of the cord, including the diameter of the umbilical vein at both extremities, cord cross-sectional area and Wharton's jelly section surface were measured. We compare our data with those of a numerical model.

Results

A difference in maximum velocity between the two extremities of the umbilical vein (was noted. The maximum velocity was significantly higher at the foetal umbilical end (14.12 +/-3.18cm/s) than at the placental end (11.93 +/- 2.55cm/s; $p < 0.0001$). The mean difference is 2.2 +/- 2.3cm/s. No difference in the umbilical vein diameter was measured at both cord ends (umbilical 4.85 +/-0.9 mm, placental 4.86 +/- 0.87 mm, $p < 0.0001$). There is no significant relationship between $\Delta UV V_{max}$ and the cord cross-sectional area or Wharton's jelly index.

Conclusion

Modifications of the spatial velocity profile together with the pulsometer model could explain the maxi- mum velocity changes that is measured in the umbilical vein along the cord. This numerical model consoli- dates the sonographic observations.

Introduction

Adequate placento-foetal circulation is essential in order to sup- port the appropriate gas and nutrient exchanges that are needed for the foetal development [1]. Two umbilical arteries carry oxygen-poor and carbon dioxide-rich foetal blood to the placenta. The return of O2 en- riched blood from the placenta to the foetus occurs through the um- bilical vein. These two parallel vascular compartments act as a closed system.

The origin of the energy allowing this venous return has long been questioned [2]. In addition to the heart that provides the bulk of the work, the cord itself might also contribute significantly to the pla- cento-foetal blood flow. Umbilical vein and arteries harbour specific

Placental Growth Factor and Soluble fms-Like Tyrosine Kinase-1 in Preeclampsia: a Case-Cohort (PEARL) Study

Type de communication : Eposter

F. Doucet-gingras (1) , A.Fillion*(1), C.Lachance(1), M.Comeau(1), M.Bussières(1) , S.Zérounian (1), E.Bujold(1), G.Laforest(1), P.Guerby(2), S.Demers(1)

(1)Centre de recherche du CHU de Québec - Université Laval, Axe Reproduction, santé de la mère et de l'enfant, Québec, Canada, (2)Inserm U-1048, Université de Toulouse, France; Department of Obstetrics and Gynecology, Paule de Viguier Hospital, CHU de Toulouse, Toulouse, France, Toulouse, France

**Auteur principal*

OBJECTIVE: Preeclampsia (PE) has been associated with a higher maternal blood level of soluble fms-like tyrosine kinase-1 (sFlt-1) and a lower level of placental growth factor (PlGF) that occur before its clinical onset. We aimed to estimate the normal progression of those biomarkers in normal pregnancies and in preeclampsia.

STUDY METHODS: We conducted a longitudinal case-cohort study including low-risk nulliparous women recruited at 11-13 weeks (cohort) and cases of nulliparous women with preeclampsia at any gestational age. Maternal blood was collected at different points during pregnancy including at the diagnosis of PE for the cases. Maternal serum PlGF and s-Flt-1 concentrations and the s-Flt-1/PlGF ratio were measured using B·R·A·H·M·S s-Flt-1 & PlGF plus KRYPTOR automated assays and were compared between cases and controls matched for gestational age from the cohort. Cases were stratified as early- (37 6/7 weeks) PE. The ethics committee of the CHU de Québec– Université Laval (CHUL) approved the study (B14-07-2037) and patients' consent was obtained.

RESULTS: The cohort was constituted of 45 women seen for a total of 216 visits during pregnancy and were compared to 31 cases of preeclampsia at a median gestational age of 32 3/7 weeks of gestation (25 6/7-38 4/7). We observed that sFlt-1, PlGF and the sFlt-1/PlGF ratio fluctuate during pregnancy both in the cases and the normal cohort. We also observed a greater difference between the cases and the controls at an earlier gestational age with median sFlt-1/PlGF being 100 times higher in early-PE compared to only 13 times for intermediate PE ($p < 0.001$). Finally, we observed no significant difference of the 3 biomarkers between cases of late-onset PE and their matched controls.

CONCLUSION: sFlt-1, PlGF and the sFlt-1/PlGF ratio could be useful in the prediction and diagnosis of early- and intermediate-onset PE but not for the late-onset PE.

Advanced interventional procedures after intrauterine tamponade balloon insertion in a tertiary care centre.

Type de communication : Eposter

D. Luton (1) , N.Habib(2), I.Renuit(3), P.Ceccaldi*(4)

(1)Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Bichat, Paris, France, (2)Service de Gynécologie-Obstétrique, Hôpital Beaujon, AP-HP, 92110 - clichy, France, (3)Service d'Anesthésie-Réanimation, Hopital Beaujon, 92110 - clichy, France, (4)Beaujon, APHP et Centre de simulation PARIS DIDEROT, 92110 - clichy, France

**Auteur principal*

Objective: To evaluate the rate of success and practicability of the intrauterine tamponade balloon (ITB) for managing PPH as a fertility-sparing tool.

Methods: a five-year retrospective monocentric study in a tertiary care centre including patients transferred for severe PPH.

Results: In 231 patients, the success rate of ITB (n=57), embolization (n=58), and medical management (n=114) was 84.21%, 74.13%, and 76.32%, respectively. Cesarean section during labor did not influence the risk of advanced interventional procedures (AIPs) for patients with ITB (odds ratio [OR]=1.08) but did so in patients who were under expectant management in the intensive care (OR=5.29). In the AIP subgroup of the ITB group, hemostasis was significantly deteriorated. Prothrombin time 4 units of RBCs were 22.9 times more likely to have an AIP (P=0.0001).

Conclusion: Compared with uterine embolization and medical management, ITB use in a tertiary care center was associated with lower risk of undergoing AIP, but further prospective study is required to confirm this.

Outpatient hysteroscopy: our experience

Type de communication : Eposter

S. Khedhri* (1) , M.Malek(1), M.Ferjaoui(1), K.Neji(1), M.Hannachi(1)

(1)centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, La manouba, Tunisia

**Auteur principal*

Objective:

To evaluate our newly commenced outpatient hysteroscopy service in terms of the indications for referral, success rates and complications of procedures carried out, and on-going management.

Methods:

Retrospective analysis of proformas used for all women who underwent outpatient hysteroscopy during the 9 month period from January to June 2017.

Results:

42 patients underwent outpatient hysteroscopy, of which 40 had a successful procedure giving us a success rate of 95.2%. The indications for referral were: menorrhagia (28%), post-menopausal bleeding (22%), intermenstrual bleeding (12%), prolonged periods (10%) and irregular periods (10%). Missing intrauterine contraceptive devices (IUCD), post-coital bleeding and subfertility constituted the remaining. Majority of the women had saline distention for hysteroscopy, two women required cervical dilatation and three were administered local anaesthetics. Thirty-three percent of women had diagnostic hysteroscopy only, 58% had endometrial biopsy along with hysteroscopy and 27% had additional operative procedures eg: polypectomy, division of adhesions, IUCD retrieval, coil change or Mirena insertion. None of the patients had any significant complications (bleeding, perforation, false passage or admission following procedure etc), however eight of the patients complained of pain which settled before leaving the clinic. 24% were offered further procedure/s under general anaesthesia.

Conclusions:

Outpatient hysteroscopy is a very successful service that hospitals can provide with good patient outcomes. It can be diagnostic as well as therapeutic with majority of women needing no further interventions. Having outpatient hysteroscopy facility in a hospital decreases the need for patients to undergo general anaesthesia and thus avoids associated complications. It also helps hospitals manage their day surgery waiting lists better.

Dépistage du VIH chez les femmes enceintes au Burundi : Evaluation de l'anxiété liée à l'annonce du résultat

Type de communication : Eposter

R. Irambona* (1)

(1) Université du Burundi, Bujumbura, Burundi

*Auteur principal

Objet : L'objet de l'étude était d'explorer l'anxiété liée à l'annonce des résultats du dépistage du VIH chez les femmes enceintes.

Méthodes : 75 femmes enceintes ont été soumises à des questionnaires d'évaluation de l'anxiété. 7 enregistrements d'annonces des résultats de dépistage ont été réalisés. Les analyses statistiques descriptives ainsi que le test de student, ont été utilisés.

Résultats obtenus : Globalement, 24% des femmes enceintes ont présenté des niveaux élevés d'anxiété avant l'annonce du résultat du dépistage, contre 11,3% après. Cette différence observée était statistiquement significative ($p=0,00$). Par contre, les femmes séropositives prises à part, 41,1% ont eu un niveau élevé d'anxiété avant l'annonce du résultat tandis que ce pourcentage montait jusqu'à 57,1% après l'annonce. La différence de niveau d'anxiété entre les femmes séropositives et celles séronégatives, était statistiquement significative avant ($p=0,02$) et après l'annonce du résultat ($p=0,00$).

Conclusion : L'annonce des résultats du dépistage de VIH est marquée par un soulagement pour les femmes séronégatives, alors qu'elle est accompagnée d'anxiété chez les femmes séropositives. Celles-ci auraient par ailleurs une certaine préscience de leur sérologie avant l'annonce des résultats. Nous suggérons une prise en charge psychologique des femmes en attente du résultat ainsi qu'une aide psychologique immédiate après l'annonce pour gérer la détresse psychologique qui va avec l'annonce d'un résultat positif de VIH chez la femme enceinte.

Technique de greffe ovarienne

Type de communication : Eposter

M. Lallemand (1) , P.Lenoir*(1), R.Ramanah(1)

(1)Besançon, Besançon, France

**Auteur principal*

Par cette vidéo, nous décrivons la technique de greffe ovarienne par coelioscopie robot-assistée selon le protocole national DATOR coordonné par le CHU de Besançon. La patiente avait présenté une insuffisance ovarienne après chimiothérapie pour un lymphome hodgkinien.

La technique de greffe ovarienne comprend deux temps opératoires. Le premier temps opératoire a consisté à vérifier la perméabilité tubaire et à préparer les zones péritonéales et ovariennes de transplantation des fragments ovariens. Ce temps permet aussi de stimuler la néoangiogenèse. Une loge de fenestration péritonéale est créée dans les fosses ovariennes droite et gauche après repérage de l'uretère. Une ovariectomie est effectuée afin de créer un loge d'accueil du greffon. Quelques petits fragments millimétriques ovariens sont déposés sans suture dans les loges péritonéales.

Le deuxième temps opératoire est réalisé 72h après le premier temps en reprenant les mêmes incisions. Des fragments ovariens centimétriques sont suturés aux niveaux des loges préalablement créées au niveau ovarien au fil Prolène 4/0.

La greffe ovarienne sera de plus en plus présente en médecine et biologie de la reproduction car la préservation de la fertilité s'inscrit dans le plan Cancer.

Peut-on avoir une pratique restrictive de l'épisiotomie chez les femmes avec antécédent de lésion obstétricale du sphincter anal ?

Type de communication : Eposter

B. Gachon (1) , F.Pierre(1), M.Larroque*(1), X.Fritel(1)

(1)CHU POITIERS, Poitiers, France

*Auteur principal

Peut-on avoir une pratique restrictive de l'épisiotomie chez les femmes avec antécédent de lésion obstétricale du sphincter anal ?

Introduction

Les lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) concernent 0,3 à 6% des accouchements avec des séquelles potentielles en terme de douleur et de continence. Un antécédent de LOSA est associé à un risque de LOSA de 5 à 8% pour l'accouchement suivant. La place de l'épisiotomie dans cette situation à haut risque n'est pas étudiée. Notre objectif était de décrire les modalités d'accouchement pour la grossesse suivant une LOSA dans un centre ayant une pratique restrictive de l'épisiotomie.

Matériels et Méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective de 2000 à 2018 au CHU de Poitiers. Nous avons sélectionné via les codages DIM les femmes avec antécédent de LOSA, et étudié les modalités de l'accouchement en excluant les grossesses multiples.

Nous avons décrit les modalités d'accouchement dans notre population, le taux global de LOSA et effectué une comparaison en fonction de la réalisation ou pas d'une épisiotomie (toujours médiolatérale) dans notre équipe.

Il s'agit d'une étude observationnelle, rétrospective conforme sur le plan éthique aux principes de la loi Jardé.

Résultats

Nous avons recensé 206 femmes avec antécédent de LOSA qui ont accouché dans notre centre pour l'accouchement suivant : 23 césariennes (11%), dont 15 césariennes programmées pour antécédent de LOSA et 93% d'accord voie basse (n= 191).

Parmi les femmes avec un accord d'accouchement par voie vaginale nous avons recensé : 4 % de césariennes (n=8) , 6% d'accouchement instrumental (n=11) et 90% d'accouchements eutociques (n= 172).

Le taux global de LOSA dans la population des femmes ayant accouché par voie vaginale est de 3.3% (n=6) avec un taux d'épisiotomie de 9,3% (n =17). Le taux de LOSA était de 5% dans le groupe épisiotomie versus 0,3% dans le groupe sans épisiotomie (OR = 2,0 [0,04-19,58]).

Conclusion

Notre taux de LOSA est conforme à la littérature avec une pratique restrictive de l'épisiotomie. Il ne semble pas exister de bénéfice à l'épisiotomie dans notre population. Des études prospectives sont nécessaires pour évaluer la place de l'épisiotomie en cas d'antécédent de LOSA.

DEMONS MEIGS A PROPRS D'UN CAS

Type de communication : Eposter

A. Zair* (1)

(1)HOPITAL, Bejaia, Algeria

**Auteur principal*

POSTER 04 : FCU NORMAL VS CARCINOME EPIDERMOIDE DU COL A PROPOS DE DEUX CAS

CAS 01 :

M HL âgée de 70ans mère de 11 enfants vivants bien portant adressée pour 3 épisodes de saignement inexpliqué hormis deux FCU fait dont le 1er hémorragique le 2nd cervicite sévère avec biopsie cervicale à l'aveuglette revient en faveur d'une dysplasie légère

Une colposcopie pratiquée chez la patiente retrouve un col rouge vascularisation anarchique une transformation atypique grade 2 sur un fond TAG1

La biopsie porté sur TAG2 revenue carcinome épidermoïde dans sa forme papillaire du col classé IA1 FIGO à l'IRM

Prise en charge oncologique en cours

CAS 02 :

M AL âgée de 63ans veuve mère de 6enfants vivants bien portant ménopausée à 52 ans adressé pour hydrorrhée inexpliqué avec un FCU atrophique

Après préparation oestrogénique une colposcopie faite visualise :

Un col bourgeonnant sur sa lèvre antérieur écoulement purulent vascularisation riche anarchique avec une transformation atypique grade 2 étalé sur les deux quadrants antérieurs

Biopsie revenue carcinome épidermoïde micro infiltrant du col utérin classé IB2 à l'IRM

Prise en charge oncologique en cours

VALVULOPATHIES SEVERES ET GROSSESSE : COMPLICATIONS MATERNO-NEONATALE A PROPOS DE 60 CAS

Type de communication : Eposter

M. Ibn hadj* (1) , N.Lamiri(2), R.Hammami(3), A.Dammak(4), S.Abouda(5) , M.Chanoufi (5)

(1)centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, Ariana, Tunisia, (2)centre de maternité de tunis, Tunis, Tunisia, (3)chu hedi chaker de sfax, Tunis, Tunisia, (4)chu hedi chaker de sfax, Sfax, Tunisia, (5)centre de maternité et de néonatalogie de tunis, Tunis, Tunisia

**Auteur principal*

Problématique :

La présence d'une valvulopathie sévère chez une femme en âge de procréer est une contre-indication à la conception selon les sociétés savantes. Cependant, cette situation n'est pas exceptionnelle dans notre pays du fait de la forte prévalence du rhumatisme articulaire aigu et le manque d'adhésion à une contraception efficace.

But du travail :

Evaluer le pronostic materno-néonatale chez la femme enceinte ayant une valvulopathie sévère et déterminer les facteurs prédictifs de complications maternelles cardiaques, obstétricales et néonatales.

Méthodes :

C'est une étude rétrospective concernant toute les femmes enceintes qui ont accouché dans notre centre de maternité entre 2010 et 2018 et ayant au moins une valvulopathie sévère.

Résultats :

Nous avons inclus 60 grossesses chez 54 femmes au cours de la période d'étude. La prévalence des valvulopathies sévères était de 0.074 %. L'âge moyen était de 32.55 ans. La valvulopathie a été révélée par la grossesse chez plus de la moitié des patientes. La valvulopathie sévère la plus fréquente était la sténose mitrale (65% des cas). Les complications cardiaques étaient survenues chez 37 patientes (61%). En analyse multivarié, les facteurs prédictifs de telles complications étaient la parité (OR=2.41, p=0.023), La révélation de la valvulopathie par la grossesse (OR=6.34, p=0.025), le rétrécissement mitral serré (OR=6.84, p=0.035) et la PAPS (OR=1.08, p=0.01). Des complications obstétricales ont été notées chez 19 femmes soit 31.8%. Les facteurs prédictifs de ces complications étaient la primiparité (OR=5.22, p=0.032), les polyvalvulopathies (OR=5.26, p=0.028), la PAPS (OR=1.04, p=0.04). Des complications néonatales ont été notées chez 39% des nouveaux nés. Les facteurs prédictifs de ces complications étaient la survenue de complications obstétricales (OR=15.48, p=0.001) et la révélation de la valvulopathie par la grossesse (OR=6.95, p=0.017).

Conclusion :

La sténose mitrale sévère est la principale cause de complications en cas de grossesse, les autres valvulopathies sont mieux tolérées. La collaboration étroite entre obstétricien, cardiologue et médecin anesthésiste améliore le pronostic. Le conseil préconceptionnel est le moyen le plus efficace pour réduire la prévalence de cette situation.

Analyse du parcours des couples dans la pratique de la Procréation Médicalement Assistée (PMA) à Abidjan (Côte d'Ivoire)

Type de communication : Eposter

T. Ainyakou* (1) , K.Messa-gavo(2)

(1)Université Peleforo Gon Coulibaly de Korhogo, Korhogo, Cote d'Ivoire, (2)Université de Franche-Comté, Besançon, France

**Auteur principal*

Procréer est l'une des aspirations majeures des couples ou même des personnes célibataires dans le monde.

Cet état de fait a emmené certains acteurs sociaux notamment les professionnels de la santé, les tradipraticiens, etc., à mettre en place des procédés et des mécanismes pour satisfaire le besoin de procréation l'Homme.

La PMA qui est l'une des actions majeures dans la gestion de l'infertilité fait l'objet de controverse entre les acteurs sociaux.

Appelée aussi « assistance médicale à la procréation », elle existe en Côte d'Ivoire depuis 2008, nonobstant l'absence de législation à son sujet.

Pour rendre compte de cette réalité sociale, ce travail d'intérêt à prédominance sociologique a mobilisé l'approche qualitative. De manière pratique, un entretien narratif auprès de six couples dont 4 couples de chrétiens catholiques, un couple de chrétiens évangéliques, un couple mixte (catholique et musulman) sélectionnés à partir de la méthode de boule de neige a été réalisé, en octobre 2018.

Ainsi, il ressort de prime abord, que la PMA est une pratique qui commence peu à peu à se faire connaître en Côte d'Ivoire. De ce fait, les couples ont recours en premier lieu au traitement de tradition africaine dans la gestion de leur infertilité, aux prières, etc.

A côté de ces faits, il faut noter les considérations religieuses et les facteurs socioéconomiques comme facteurs limitant le recours immédiat des couples à la PMA.

Bien que ces couples soient rattachés pour la majorité à la religion et le caractère onéreux lié à cette pratique pour une population avec un taux de pauvreté de 46,3% (avec 737 FCFA par jour (moins de 2 euro) (EHCVM, 2015)), force est de constater que face à la stigmatisation sociale et aux pressions familiales (risques de répudiation, divorce, polygamie), des couples inféconds qui sont de la classe moyenne et fortunée se tournent souvent vers la PMA à l'insu de leurs familles et de leur entourage pour avoir leur propre enfant.

Devant ces rapports mitigés entre religieux et adeptes de ce projet, d'une part, et malgré le caractère coûteux de cette pratique, d'autre part, des recours se font de temps en temps à la PMA et souvent de manière discrète dans des structures qui se développent de plus en plus pour satisfaire le besoin de la procréation.

Cancer de l'ovaire séreux de haut grade avec mutation de BRCA et incidence de localisations secondaires cérébrales

Type de communication : Eposter

A. Floquet (1) , A.Petit(1), C.Chakiba*(1), F.Amestoy(1), M.Kind(1) , T.Grellety (1)

(1)Institut Bergonié, Bordeaux, France

**Auteur principal*

Rationnel : les patientes mutées BRCA présentent une meilleure survie en raison d'une meilleure efficacité de la chimiothérapie à base de sels de platine et de traitements ciblés anti-PARP. La survenue de localisations cérébrales est un événement rare (0,3%- 11,3%), possiblement en augmentation du fait de l'amélioration des traitements et de l'allongement de la survie. L'association de métastases cérébrales à la présence d'une mutation germinale de BRCA 1 ou 2 (gBRCAm) est peu décrite dans la littérature. Une analyse rétrospective a été présentée en 2018 retrouvant une incidence quatre fois plus importante des métastases cérébrales chez les patientes mutées par rapport aux patientes non mutées. La médiane de survie globale après le diagnostic de métastases cérébrales dans cette étude était de 7,2 mois (IC 95% : 3,48-16,49); la survie des patientes avec métastases cérébrales ne paraissait pas significativement impactée par le statut BRCA. Aucune donnée sur la prise ou non d'anti-PARP au moment de la rechute cérébrale n'était décrite dans cette étude. L'objectif de notre étude est de rechercher la survenue de métastases cérébrales chez les patientes gBRCAm et non gBRCAm suivies pour un cancer de l'ovaire à l'Institut Bergonié. Méthodes : nous avons analysé rétrospectivement les patientes traitées entre 2014 et 2018, après validation par le comité d'éthique interne. Nous avons recherché l'association entre la survenue de métastases cérébrales et le statut BRCA. Résultats : 5 patientes gBRCAm ont présenté des métastases cérébrales : la survenue de localisations cérébrales a été retrouvée chez deux patientes gBRCAm traitées par OLAPARIB et une localisation cérébrale secondaire unique était retrouvée comme 1er site de rechute chez trois patientes gBRCAm non traitées. Il n'a pas été retrouvé de métastases cérébrales chez les patientes non gBRCAm. Conclusion : les métastases cérébrales sont un événement non exceptionnel chez les patientes gBRCAm contrairement aux patientes non mutées. Ce résultat pourrait avoir un impact sur les modalités de surveillance (imagerie cérébrale en cas de rechute ?) et de prise en charge (initiation ou arrêt d'un traitement par inhibiteur de PARP en fonction de la situation au moment des métastases cérébrales ?) des patientes mutées.

PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE DES HÉMORRAGIES DE LA DÉLIVRANCE AU COURS DES CÉSARIENNE

Type de communication : Eposter

Y. Belhaj (1)

(1)Service Gynéco-Obstétrique 2 CHU Hassan 2 Fès, Fes, Morocco

**Auteur principal*

Résumé :

L'hémorragie de la délivrance est une urgence obstétricale et anesthésique. Elle reste la principale cause de mortalité et de morbidité dans le monde. L'objectif de cette étude est de rapporter l'expérience dans la prise en charge chirurgicale des hémorragies de la délivrance au cours de la césarienne.

Une série rétrospective de 10 patientes ayant nécessité un complément de traitement chirurgical pour une hémorragie de la délivrance au cours de la césarienne (ligatures vasculaires, capitonnage utérin ou B-LYNCH et/ou hystérectomie d'hémostase).

Les traitements conservateurs efficaces ont consisté en 10 capitonnages utérins, 9 patientes avaient bénéficié de ligatures vasculaires (triple ligature), 5 patientes ont bénéficié d'une ligature bilatérale des artères hypogastriques, 3 hystérectomies d'hémostase ont été réalisées. L'atonie utérine était l'étiologie principalement retrouvée (87% des cas). Il n'a pas été rapporté de complications per opératoires majeures. Aucun décès maternel n'a été déploré.

Lorsque les prises en charge médicale et chirurgicale, associées à la réanimation, sont devenues inefficaces, le recours à la chirurgie est indispensable. Alors que l'hystérectomie d'hémostase et les ligatures vasculaires constituaient initialement les traitements chirurgicaux de référence, de nouvelles techniques plus simples et moins agressives sont apparues et méritent d'être privilégiées.

Mots clés : hémorragie de délivrance, mortalité, traitement conservateur, hystérectomie d'hémostase.

Grossesse sur isthmocèle : traitement combiné avec embolisation des artères utérines avant procédure chirurgicale : à propos d'un cas rare

Type de communication : Eposter

K. Kriouile* (1)

(1)médecin, Fes, Morocco

**Auteur principal*

Résumé :

L'isthmocèle fait partie des complications possibles à long terme d'une césarienne. Elle peut dans certains cas expliquer certains symptômes restés jusque-là sans diagnostic précis. L'isthmocèle correspond à la présence d'une déhiscence au niveau de la cicatrice utérine de césarienne. Il s'agit d'un diverticule, un défaut de la cicatrice utérine.

On évoque comme facteurs de risque : la réalisation d'une hystérotomie (cicatrice utérine) trop basse ou trop haute ; d'une césarienne en dehors du travail ; une infection post opératoire. L'isthmocèle est découverte soit lors d'une échographie pelvienne systématique soit à la suite de signes d'appel : métrorragies survenant typiquement après les règles, douleurs pelviennes chroniques, infertilité secondaire, grossesse ectopique sur cicatrice de césarienne. La déhiscence de la cicatrice peut être parfois visible à l'échographie ou à l'hystérosonographie, mais le diagnostic le plus précis est apporté par l'hystéroscopie diagnostique.

Nous rapportant l'observation d'une jeune de 30 ans, porteuse d'un utérus cicatriciel, cicatrice obstétricale pour présentation transverse réalisée en travail. Admise dans un tableau de métrorragies minimales sur aménorrhée 6 semaines. L'exploration radiologique a objectivé un isthmocèle avec une grossesse évolutive de 6-7 semaines d'aménorrhées (SA). La patiente est perdue de vue jusqu'à 22 SA puis revenue avec mort fœtal in utero, la patiente a bénéficié d'une embolisation artérielle suivie d'une césarienne avec correction de l'isthmocèle dont les suites post opératoires ont été simples. A travers cette observation nous faisons le point sur cette complication et son traitement.

La prise en charge chirurgicale semble avoir de bons résultats en présence de symptômes, douleurs, saignement, hémorragie, infertilité secondaire. L'impact des traitements sur l'avenir obstétrical doit encore être établi.

Mots clés : isthmocèle, grossesse, cicatrice de césarienne, traitement chirurgical, infertilité.

Tumeur rare du sein : la Fibromatose mammaire: à propos d'un cas et revue de la littérature

Type de communication : Eposter

K. Kriouile* (1)

(1)médecin, Fes, Morocco

**Auteur principal*

Résumé :

La fibromatose mammaire est une entité bénigne rare dont la présentation clinique et radiologique en impose pour un carcinome mammaire. Le diagnostic est généralement porté lors de l'examen anatomopathologique. Elle se caractérise par une infiltration strictement locale et un grand pouvoir récidivant. Le traitement repose sur une exérèse chirurgicale complète. La place de la radiothérapie et des traitements médicaux, en particulier des anti-œstrogènes, n'est pas clairement définie.

A travers notre cas et une revue de la littérature, nous essayerons de mettre le point sur le diagnostic de cette entité rare et de sa prise en charge puisqu'elle va conditionner le pronostic.

La fibromatose mammaire est une entité rare, mimant sur le plan clinique et radiologique un cancer du sein. Seule l'histologie apportera le diagnostic. L'évolution est strictement locale, avec un grand pouvoir récidivant. L'exérèse complète avec des marges saines de sécurité constitue le traitement de choix.

Mots clés : fibromatose desmoïde mammaire, histologie, récurrence, exérèse.

Dermatofibrosarcome de Darier-Ferrand mammaire : une localisation inhabituelle d'une tumeur rare (à propos d'un cas et revue de la littérature)

Type de communication : Eposter

K. Kriouile* (1)

(1)médecin, Fes, Morocco

**Auteur principal*

Résumé :

Le dermatofibrosarcome (DFS) est une tumeur fibreuse de la peau, de croissance lente, à très haut risque de récurrence locale, mais à potentiel métastatique faible. C'est une tumeur cutanée mésenchymateuse à développement intradermique décrite pour la première fois comme une tumeur sarcomateuse, la localisation mammaire est très rare.

Le DFS de Darier et Ferrand est une tumeur dont le pronostic et le risque évolutif sont principalement liés au délai diagnostique et la qualité de la première exérèse. Le diagnostic tardif, rend difficile la chirurgie d'exérèse et de reconstruction.

Nous rapportant un cas inhabituel de dermatofibrosarcome mammaire chez une patiente de 49 ans aux antécédents familiaux de cancer du sein, traité en collaboration avec les chirurgiens plastiques ayant bénéficié d'une exérèse tumorale en premier temps, et a été repris secondairement pour greffe cutanée, dont le résultat était satisfaisant avec un recul de 2 ans sans récurrence. Cette observation illustre l'agressivité locale de la tumeur et les difficultés potentielles d'exérèse complète de la lésion dans une région anatomique importante.

L'amélioration du pronostic passe par une prise en charge multidisciplinaire précoce et codifiée d'où l'intérêt de la sensibilisation et de l'information du médecin généraliste pour le diagnostic précoce et l'orientation correcte de ces malades vers des centres spécialisés.

Mots clés : dermatofibrosarcome de Darier Ferrand, tumeur cutanée, récurrence, exérèse.

Décollement séreux rétinien compliquant une pré-éclampsie sévère : à propos de 2 cas rares

Type de communication : Eposter

Y. Belhaj (1)

(1)Service Gynéco-Obstétrique 2 CHU Hassan 2 Fès, Fes, Morocco

**Auteur principal*

Résumé :

Le primum movens de la pré-éclampsie est une dysfonction endothéliale maternelle systémique. L'atteinte des vaisseaux choroïdiens et ou rétinien reste rare ou plutôt rarement recherchée, elle est souvent réversible en cas de prééclampsie si le diagnostic a été établi à temps pour instaurer une surveillance et un traitement adéquat à chaque situation. Les lésions sous-jacentes aux troubles oculaires sont le décollement séreux rétinien (DSR), la neuropathie optique et enfin l'atteinte la plus grave est la cécité corticale. Les hypothèses physiopathologiques sont clairement démontrées par les différents examens complémentaires comme le fond d'œil, l'OCT (Optic Coherence Tomography) et l'angiographie à la fluorescéine. Sur le plan clinique, il semble exister un parallélisme entre l'importance clinique des œdèmes et celle du DSR.

Nous rapportons 2 observations de patientes ayant présenté, au cours d'une pré-éclampsie sévère sur grossesses à terme, un DSR d'évolution favorable en post- partum. Le but de notre travail était de décrire les atteintes oculaires chez les patientes présentant une pré-éclampsie et/ou éclampsie afin de contribuer à leur meilleure prise en charge.

Le DSR de la pré-éclampsie est une pathologie rare et de pronostic favorable qui peut survenir même en postpartum immédiat. Ce diagnostic doit être évoqué chez toute patiente pré-éclamptique qui présente des symptômes visuels au 3ème trimestre ou en post-partum.

MOTS-CLEFS: prééclampsie ; vaisseaux choroïdiens ; décollement séreux rétinien ; cécité.

Diagnostic et prise en charge des ovaires micropolykystiques par le gynécologue

Type de communication : Eposter

W. Bouchkara* (1) , K.Kriouile(2), S.Jayi(3), F.Fdili(4), H.Chaara(5) , A.Melhoun (4)

(1)service gynéco obstétrique 2 CHU HASSAN2 FES MAROC, Fes, Morocco, (2)service gynéco obstétrique CHU hassan 2 FES, Fes, Morocco, (3)service gynéco obstétrique CHU hassan 2 FES, Fes, Morocco, (4)service gynéco obstétrique CHU FES, Fes, Morocco, (5)service gynéco obstétrique hassan 2 fes, Fes, Morocco

**Auteur principal*

Résumé :

Le syndrome des ovaires micropolykystiques (SOMPK) est la pathologie gynéco endocrinienne la plus fréquente chez la femme et constitue la principale cause d'anovulation et d'infertilité. Ce syndrome peut associer une hyperandrogénie clinique et/ou biologique à une dysovulation et une infertilité. Son étiologie exacte reste méconnue. Sa physiopathologie complexe et multifactorielle est à l'origine de l'éventail des anomalies rencontrées. Le diagnostic est retenu par l'association de 2 des 3 critères de Rotterdam suivants: le trouble des règles, l'existence d'une hyperandrogénie clinique et/ou biologique et l'aspect échographique, soit sur le volume ovarien > 10 ml soit le nombre de follicules antraux supérieur à 12 sur au moins un des deux ovaires.

Sa prise en charge dépend de la problématique posée par la patiente (hyperandrogénie, infertilité). En dehors du désir de grossesse, elle vise à atténuer les stigmates de l'hyperandrogénie (traitement hormonal et cosmétique) et à corriger les facteurs de risque cardiovasculaires, respiratoires et gynécologiques. En cas d'infertilité par anovulation, la prise en charge est bien codifiée et devra être assurée par le médecin de la reproduction en minimisant le risque de syndrome d'hyperstimulation ovarienne et de grossesses multiples.

L'objectif de cette revue de la littérature est de faire le point sur les aspects épidémiologique, les mécanismes physiopathologiques, les critères diagnostiques ainsi que les complications du syndrome des ovaires micropolykystiques. Nous aborderons également, en accord avec les données de la littérature, les nouvelles approches thérapeutiques chez les femmes porteuses des ovaires micropolykystiques selon leur symptomatologie ainsi que les moyens de prévention des risques encourus à long terme.

Mots clés : syndrome des ovaires polykystiques, hyperandrogénie, infertilité, prévention.

Syndrme de Nutcracker révélé par Tumeur trophoblastique gestationnelle : à propos d'un cas

Type de communication : Eposter

E. Barekensabe (1)

(1)Service Gynéco-Obstétrique 2 CHU Hassan 2 Fès, Fes, Morocco

**Auteur principal*

Résumé :

Le syndrome Nutcracker (casse-noisettes) englobe toutes les manifestations liées aux stases veineuses induites par une striction de la veine rénale gauche : soit entre l'aorte et l'artère mésentérique supérieure, soit entre l'aorte et le rachis. Une stase veineuse du pelvis s'y associe dans au moins la moitié des cas, du fait de la distension de la veine ovarienne gauche, qui se draine dans la veine rénale gauche. Il se révèle dans la moitié des cas par des douleurs atypiques du « flanc » gauche, faisant errer le diagnostic vers des souffrances des dernières côtes ou de la charnière dorsolombaire.

Le terme de Nutcracker Syndrome devrait être réservé aux patientes ayant une symptomatologie clinique associée à ces caractéristiques anatomiques car, il existe des variantes anatomiques similaires qui n'ont pas de répercussion clinique et l'on devrait dans ces cas plutôt parler de Nutcracker phenomenon ou phénomène de casse-noisettes.

Dans ce contexte, il faut suspecter un syndrome nutcracker sur un faisceau d'arguments : hématurie, souvent seulement microscopique ; protéinurie orthostatique; infertilité ; dyspareunie et autres troubles gynécologiques ; varices pelviennes, des fesses, ou du haut des cuisses ; hypotension orthostatique et fatigue ; douleurs abdominales.

Nous rapportons le cas d'une patiente de 40 ans nulligeste suivie au service de gynécologie obstétrique 2 du CHU Hassan 2 de Fès pour Tumeur Trophoblastique Gestationnelle et dont l'exploration radiologique a révélé un Syndrome de Nutcracker au dépend de la veine ovarienne gauche.

Le syndrome de compression de la veine rénale gauche (Nutcracker syndrome) est une entité pouvant être rencontrée par les médecins de diverses disciplines, il reste souvent méconnu, alors qu'il peut être traité. Il ne faut toutefois retenir ce diagnostic que sur un faisceau d'arguments cliniques et la démonstration d'un excès de pression marqué dans la veine rénale gauche

Mots clés : Syndrome de Nutcracker, Veine ovarienne gauche, Veine rénale gauche, Tumeur trophoblastique gestationnelle.

Embolisation d'un double anévrisme de l'artère ovarienne révélé en post-partum

Type de communication : Eposter

M. Kriouile* (1)

(1)medecin, Rabat, Morocco

**Auteur principal*

Résumé :

Les anévrismes de l'artère ovarienne sont extrêmement rares, ils se manifestent généralement par une rupture survenant à l'accouchement ou dans le post partum immédiat. L'embolisation sélective est le traitement de recours.

Le symptôme le plus courant de la rupture de l'anévrisme de l'artère ovarienne est la douleur abdominale ou la douleur du flanc aigue associée ou non à des signes digestifs. L'échographie est l'outil diagnostique le plus rapide sans contrainte d'exposition aux irradiations surtout pendant la grossesse. Les possibilités thérapeutiques sont soit chirurgicales soit endovasculaires par embolisation artérielle comme alternative au traitement chirurgical.

Nous rapportons l'observation d'un double anévrisme de l'artère ovarienne chez une multipare de 36 ans révélé tardivement en post-partum. A travers ce fait clinique nous mettons en valeur les moyens d'imagerie diagnostique et nous soulignons l'efficacité de l'embolisation comme alternative à la chirurgie.

La rupture d'anévrisme de l'artère ovarienne est une pathologie qui doit être évoquée devant un hématome rétro-péritonéal chez une multipare dans le post-partum précoce. Le diagnostic est posé au scanner, et confirmé par l'artériographie. L'embolisation artérielle permet d'éviter une laparotomie exploratrice et une éventuelle chirurgie délicate du rétro-péritoine.

Mots clés : artère ovarienne, hémorragie du post-partum, Embolisation.

Diagnostic anténatal d'un lymphangiome kystique cervical :A propos d'un cas et revue de la littérature.

Type de communication : Eposter

S. Khedhri* (1) , M.Malek(1), M.Ferjaoui(2), K.Neji(1), M.Garci(1) , A.Marzougui (3)

(1)centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, La mannouba, Tunisia, (2)centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, La manouba, Tunisia, (3)centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, La mannoba, Tunisia

**Auteur principal*

RESUME

Le lymphangiome kystique est une anomalie congénitale du système lymphatique . Bien qu'elle soit une entité histologiquement bénigne, elle peut être à l'origine de complications graves. La région cervicale représente le site privilégié de ces lésions, cependant ces lymphatiques peuvent siéger dans n'importe quelle région du corps. Nous rapportons le cas d'un lymphangiome kystique cervical découvert au cours d'une échographie morphologique faite à 22 SA . La tumeur est suspectée échographiquement devant une masse kystique multiloculée au niveau cervical . une IRM a été faite permettant de mieux caractériser la lésion . La grossesse a été poursuivie avec un accouchement électif à 38SA avec une prise en charge adéquate en post natal. Le bébé a bénéficié d'un traitement par sclérothérapie à six mois de vie

Mots-clés : lymphangiome kystique ; diagnostic anténatal ; région cervicale.

Evaluation du Ligasure dans la prise en charge des hystérectomies d'hémostase comparé à la technique standard (fil, sutures)

Type de communication : Eposter

A. Lauroy* (1)

(1)CHU Toulouse, Toulouse, France

*Auteur principal

Titre abstract : Evaluation du Ligasure dans la prise en charge des hystérectomies d'hémostase comparé à la technique standard (fil, sutures)

Introduction : L'hémorragie du post partum représente 27% des décès maternels dans le monde et 11,3 % en France. Un accouchement sur 2000 nécessite une hystérectomie d'hémostase. Le but de cette étude était d'évaluer l'apport chirurgical à l'utilisation des nouvelles énergies bipolaires avec thermofusion tissulaire type Ligasure comparé à la technique standard au fil de suture dans les hystérectomies d'hémostase.

Matériels et méthodes : Une étude rétrospective bicentrique observationnelle a été réalisée de février 2005 à août 2018 dans les CHU de Toulouse et Angers. Toutes les hystérectomies d'hémostase faites jusqu'à 24 heures après l'accouchement réalisées après 15 SA ont été incluses. Le critère de jugement principal était la quantité totale des pertes sanguines. Les critères secondaires étaient la durée opératoire, le nombre de transfusions sanguines, les complications per et post – opératoires. Une analyse en sous groupe a été réalisée entre les hystérectomies faites en urgence puis celles faites de façon programmée (pour anomalies d'insertion placentaire réalisées en dehors du travail).

Résultats : 86 patientes ont eu une hystérectomie d'hémostase, 29 avec le Ligasure, 57 par la technique standard, dans 59,3 % pour une anomalie d'insertion placentaire. Il y avait moins de pertes sanguines dans le groupe Ligasure (3198mL) que dans le groupe technique standard (4223 mL), $p=0,02$. Il y avait moins de transfusions (62,1% vs 94,7%, $p= 0,0001$) également ce qui se confirmait aussi dans les analyses en sous groupe. Il y avait également moins de complications per opératoires dans le groupe Ligasure (8,3% vs 45,5%, $p= 0,04$) pour les hystérectomies programmées.

Conclusion : Le Ligasure est un instrument chirurgical, d'utilisation simple pour le chirurgien, qui montre son intérêt dans la prise en charge des hystérectomies d'hémostase notamment en terme de pertes sanguines totales, de nombre de transfusions, de complications per-opératoire.

Lorsque la vie fait mal - Mutilation génitale féminine, restaurer l'irréversible.

Type de communication : Eposter

B. Elias* (1)

(1)chu de besançon, Besançon, France

**Auteur principal*

Toutes les dix secondes, quelque part dans le monde, une petite fille est victime de mutilation labiale et clitoridienne.

Elles sont deux cents millions mutilées au jour d'aujourd'hui.

Chaque année, trois millions de filles sont à risque, dans trente pays où se pratiquent ces atrocités.

Source : OMS / UNICEF 2016.

La MGF est profondément ancrée dans la tradition culturelle et religieuse dans certaines classes sociales et obéit à une norme morale voire esthétique

Elle a souvent lieu avant l'adolescence, et peut occasionner des douleurs atroces, un trouble de stress post-traumatique, des infections urinaires à répétition, des complications obstétricales voire la mort.

Pour ces victimes, la reconstruction chirurgicale humanitaire est pratiquée non seulement à but sexuel mais également pour rendre à la femme sa dignité, son identité et sa plénitude.

La technique chirurgicale est simple et efficace et permet aux victimes de retrouver un bien-être physique et psychologique

La chirurgie esthétique génitale améliore les résultats de la reconstruction, et permet d'éradiquer le tabou autour de ce sujet entravant la vie émotionnelle et sexuelle de millions de femmes.

LA MUTILATION GENITALE FEMININE N'EST PAS IRREVERSIBLE

Il est capital de répandre l'information afin d'encourager le changement.

Impact of switching from actual French charts to INTERGROWTH-21 fetal growth standards in general population

Type de communication : Eposter

A. Thoreau* (1)

(1)CHU Sud Réunion, Paris, France

**Auteur principal*

Ultrasound assessment of fetal growth is essential to reduce adverse pregnancy outcomes and stillbirth. The choice of the best fetal growth chart is fundamental to classify fetuses as small for gestational age (SGA) or eutrophic. Intergrowth-21st (IG-21) Project recently developed international standards for fetal growth. Currently, we use in France population-based standards developed by the French College of Fetal Ultrasound (CFEF). This study aims to evaluate for the first time, the impact of switching from these national curves to Intergrowth curves in the general population.

Methods

The study population consisted of 3 697 singleton pregnancies with fetal biometry measured between 22 and 38 weeks of gestation. Z-scores were calculated for each biometry (head circumference, abdominal circumference and femoral length) according to CFEF and then according to IG-21. Estimated fetal weight and its Z-score were calculated using Hadlock formula (for CFEF) and IG-21 formula. Fetal biometry and estimated fetal weights were then classified as SGA if their associated Z-score was below the 10th percentile, according to each reference.

Results

We observed 21% of head circumference, 9% of abdominal circumference and 7% of femoral length below the 10th centile with IG-21 and 3.6% of head circumference, 5.7% of abdominal circumference and 18.9% of femoral length according to CFEF chart. Concerning estimated fetal weight, IG-21 standards classified fewer fetuses as SGA than CFEF reference (13.8% and 16.1% respectively) except for fetuses between [36-38] weeks of gestation.

Conclusion

Switching from CFEF to IG-21 standards would require to adjust head circumference cut-off from which complementary investigations will start. On the other hand, IG-21 will reduce the proportion of short femoral length for gestational age. Finally the use of IG-21 in general population would lower the number of fetuses classified as SGA except for fetuses between [36-38] weeks. During this period, most decisions of induced delivery or specific management are established upon estimated fetal weight. These results must be completed with a comparison of the newborns' weight from these same pregnancies to determine whether or not they were effectively small for gestational age.

Transcervical hysteroscopic resection of fibroids: about 57 cases

Type de communication : Eposter

S. Khedhri* (1) , K.Samaali*(1), M.Malek(1), M.Ferjaoui(1), K.Neji(1)

(1)centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, La mannouba, Tunisia

**Auteur principal*

Uterine fibroids are the most common benign tumours of the uterus. Management depends on the symptoms, location and size of the fibroids, and the patient's desire to conceive. Hysteroscopic myomectomy currently represents the standard minimally invasive surgical procedure for treating submucous fibroids, with abnormal uterine bleeding and reproductive issues being the most common indications. Several studies have shown that it is a safe and effective method for controlling menstrual symptoms and improving fertility.

Methods:

Our aim was to review all the cases of hysteroscopic resection of submucous fibroids and assess the treatment success, failure and complication rates. This was a retrospective study of 57 cases over a period of 3 years.

Results:

Abnormal uterine bleeding was the indication in 84% (n = 48) of patients and in 5% (n = 3), desire for fertility. 77% (n = 44) had one fibroid and the rest had two or more. 33% (n = 19) had grade 0 submucous fibroids and 40% (n = 23) had grade 1 with the rest being grade 2 or combination. Resection was performed with glycine as the distension medium using loop diathermy followed by roller ball coagulation for haemostasis. The procedure was successfully performed in 82% (n = 47) of our patient population in one stage. The fibroid was partially resected in 13% (n = 7) and of these, one patient had repeat resection. It was abandoned in the rest of 5% (n = 3) due to poor view, bleeding and suspicion of uterine perforation respectively. Total of nine patients had hysterectomy in our series over a period of 3 months to 2 years giving a failure rate of 15%. All of these patients had residual fibroids or adenomyosis on histology. The most common complication was bleeding in six patients (10%), which was managed with intrauterine Foley's catheter insertion. None of the patients had blood transfusion. Uterine perforation was identified in two patients (3.4%) and was managed conservatively after laparoscopy.

Conclusions:

Our study reiterates that transcervical resection of fibroids still remains an effective and reliable method of treating submucous fibroids. It has a good success rate and safety profile with low complications.

VECU DES FEMMES VICTIMES DE FISTULES OBSTETRIQUES AU CENTRE NATIONAL DE TRAITEMENT DE FISTULE DE N'DJAMENA A PROPOS DE 80 CAS.

Type de communication : Eposter

A. Saleh* (1)

(1) Université de N'Djamena / Faculté des Sciences de la Santé Humaine (TCHAD), N'djamena, Chad

*Auteur principal

VECU DES FEMMES VICTIMES DE FISTULES OBSTETRIQUES AU CENTRE NATIONAL DE TRAITEMENT DE FISTULE DE N'DJAMENA A PROPOS DE 80 CAS.

Dr SALEH AS., Dr ACHE HAROUNE, Dr HAWAYE C., Prof MBOUDOU ET.

Auteur: Dr SALEH ABDEL SALAM ; Université de N'Djamena (TCHAD).

Introduction : La fistule obstétricale (FO) est une communication anormale acquise entre le vagin, la vessie et /ou le rectum suite à un accouchement dystocique.

Patientes et méthodes : Il s'agit d'une étude prospective et descriptive étalée sur un an (de janvier à décembre 2016). Les données étaient recueillies par une fiche d'enquête et analysées par des calculs arithmétiques simples.

Résultats : Nous avons enregistré au total 80/217 cas. La tranche d'âge la plus touchée était la tranche de]15-25 ans], soit 63,7% avec une prédominance des primipares (56,3%). Ces patientes venaient en grande partie des zones rurales (90%). La plupart d'entre elles n'était pas instruites (61,3%). La grande partie d'entre elles était des femmes au foyer (82,5%). Elles avaient un niveau socio-économique bas dans 88,7% et 86,3% des cas n'avaient pas fait leur consultation prénatale. Soixante-trois virgule sept % (63,7%) avaient affirmé qu'elles avaient déjà entendu parler de fistule et une grande partie trouvaient que la fistule est due à une mauvaise condition d'accouchement (42,5%). Elles trouvaient que la fistule représentait une humiliation dans 70% des cas. Elles ont été rejetées par leur mari dans 70% des cas et parmi celles qui sont restées 96,3% ont eu des changements dans leur vie sexuelle ; 23,7% de nos patients se sont prise en charge elles-mêmes pendant leur maladie, 31,3% par leur mari et 45% par d'autres parents. Le moment le plus difficile selon la plupart de nos patientes était la longue durée du traitement. Presque tous les nouveau-nés (95%) issus des accouchements causant la fistule chez nos patientes étaient des mort-nés. On constate que 73,7% de nos patients ont été guéris dès la première intervention et 88,7% ont été définitivement guéries.

Mots clés : Fistule obstétricale, vécu.