



PARI(S) SANTÉ FEMMES
100% VIRTUEL
13 - 14 - 15 JANVIER 2021

ABSTRACT BOOK COMMUNICATIONS VIDEOS

V_01

ASTUCES EN CHIRURGIE DE L'ENDOMETRIOSE URETERALE

Thème : Gynécologie médicale

P. Mal*(1)

(1)Faculté De Médecine Paris Sorbonne Université, Paris, France

**Auteur correspondant*

Adresse email : malpierreandre@gmail.com(P. Mal*)

Résumé : De par son caractère péritonéal invasif, l'endométriose compte en moyenne 1% d'atteinte urologique, avec un rapport d'environ 5 lésions vésicales pour une lésion urétérale (1)(2). En cas d'endométriose pelvienne profonde, définie par la présence d'implants sous péritonéaux d'au moins 5mm, 10 à 15% d'atteintes urétérales sont constatées(3). Ces lésions sont le plus souvent unilatérales (notamment à gauche), localisées sur le tiers distal dans le paramètre postérieur, et ne s'étendent pas au-delà de l'adventice : L'atteinte est extrinsèque, l'uretère étant comprimé par le paramètre envahi. Les lésions intrinsèques, atteignant la musculature sont observées dans moins de 40% des cas (4).

Nous rapportons le cas d'une patiente nulligeste de 27 ans atteinte d'endométriose pelvienne profonde sous la forme d'une lésion urétérale droite isolée, révélée par des coliques néphrétiques à répétition. Le bilan d'imagerie par Uro-IRM et scintigraphie rénale avait mis en évidence une dilatation de l'uretère lombaire et des cavités pyélocalicielles droites, en amont d'une lésion urétérale de 18x13mm en hyposignal T2, rétractile, située à 4 cm de la jonction urétéro vésicale, accolé à la bifurcation des vaisseaux iliaques interne et externe. La fonction rénale était conservée. La patiente a bénéficié de la mise en place d'une sonde urétérale double J, avec biopsies de la muqueuse urétérale, sans anomalie histologique retrouvée.

Nous avons réalisé un traitement radical par cœlioscopie robot assistée dont nous vous présentons la vidéo : Une urétérectomie terminale avec réimplantation urétéro-vésicale sur vessie psöique selon Lich Gregoir ont pu être réalisées sans complication opératoire.

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent Ne pas avoir de conflit d'intérêt

V_02

COMMENT JE FAIS UNE CHIRURGIE D'HÉMATOCOLPOS SECONDAIRE À UNE IMPERFORATION HYMÉNÉALE?

Thème : Gynécologie médicale

T. Boudry*(1), R.Bassi(2), M.Lallemant(1), J.Laroche(3), J.Terzibachian(4)

(1)Chru Jean Minjoz, Besançon, France

(2)Interne Gynécologie Obstétrique À Besançon, Besançon, France

(3)Hôpital Nord Franche Comté, Trévenans, France

(4)Hôpital Nord Franche Comté, Moval, France

**Auteur correspondant*

Adresse email : romane.bassi@gmail.com(T. Boudry*)

Résumé : L'imperforation hyménéale est l'anomalie congénitale obstructive la plus fréquente du tractus génital féminin. Nous présenterons dans cette vidéo le cas d'une adolescente de 14 ans ayant consulté pour ballonnements abdominaux ayant permis la découverte d'un volumineux hémato-colpos de 28*8,6 cm ainsi que sa technique chirurgicale agrémentées de vidéos.

Une discussion finale permettra d'avoir des explications sur cette pathologie fréquente, pouvant être découverte de la période anté-natale, néo-natale, l'enfance ou l'adolescence.

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent Ne pas avoir de conflit d'intérêt

V_03

LAMBEAU D'AVANCEMENT EN V-Y POUR UNE RECONSTRUCTION PÉRINÉALE APRÈS UNE DÉJUNCTION DE CICATRICE D'ÉPISIOTOMIE

Thème : Gynécologie médicale

M. Lallemand*(1), P.Lenoir(1), M.Vilchez(1), R.Ramanah(1)

(1)Département De Chirurgie Gynécologique, Pôle Mère-Femme, Chu De Besançon, Besançon, France

**Auteur correspondant*

Adresse email : marine.lallemand@wanadoo.fr(M. Lallemand*)

Résumé : Introduction

La cicatrice d'épisiotomie peut être le siège de complications et entraîner une déhiscence à long terme. Le but de cette vidéo était de décrire les étapes chirurgicales nécessaires pour effectuer une reconstruction périnéale après une déhiscence d'épisiotomie en utilisant un lambeau d'avancement en V-Y.

Méthode

Notre patiente, âgée de 50 ans, avait une déhiscence d'épisiotomie, symptomatique, prise en charge chirurgicalement à plusieurs reprises par une technique de réparation de bout à bout. Mais le défaut périnéal est réapparu. Un lambeau d'avancement en V-Y a été réalisé. La première étape de cette opération a consisté à enlever la cicatrice d'épisiotomie. Un lambeau en forme de V a ensuite été créé pour combler le défaut périnéal. Lors de l'avancement, le lambeau en V a été transformé en forme de Y et suturé à l'aide de fils résorbables sans tension.

Conclusion

Le lambeau d'avancement en V-Y est une technique chirurgicale intéressante pour reconstruire le périnée. Cette technique permet d'éviter une dévascularisation du lambeau en respectant le pédicule vasculaire pudendal. De plus, elle respecte les structures anatomique et physiologique du périnée tout en comblant le défaut cutané. Cette vidéo didactique serait utile aux spécialistes de pelvi-périnéologie qui prennent en charge de telles complications comme après une épisiotomie, des déchirures périnéales ou des vulvectomies pour un cancer.

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent Ne pas avoir de conflit d'intérêt

V_04

DRAINAGE PAR PONCTION TRANSVAGINALE D'UN ABCÈS TUBO-OVARIEN

Thème : Gynécologie médicale

H. Abouda*(1), M.Farhati (1), H.Frikha(1), F.Affes(1), M.Chanoufi(1)

(1)Centre De Maternité Et De Néonatalogie De Tunis, Tunis, Tunisia

**Auteur correspondant*

Adresse email : mahdifarhati89@gmail.com(H. Abouda*)

Résumé : Introduction :

L'infection génitale haute est une situation fréquente en gynécologie. Cette infection peut mettre en danger la vie des patientes. Depuis quelques années, le drainage par ponction des abcès tubo-ovariens par voie transvaginale est devenu préférable à la voie coelioscopique en l'absence de signes de gravité.

Observation :

Patiente âgée de 39 ans, G3P2, deux accouchements par voie basse et une IVG médicamenteuse. Pas d'antécédents médico-chirurgicaux notables. Elle est sous contraception oestroprogestative. La patiente a consulté nos urgences pour des algies pelviennes lancinantes évoluant depuis un jour dans un contexte fébrile. L'interrogatoire révèle la notion de leucorrhées fétides objectivées à l'examen et la notion d'un syndrome rectal. L'échographie a trouvé deux images hétérogènes à 6 et à 8 cm. A la biologie : syndrome inflammatoire et une betaHCG négative. Une tomodynamométrie abdomino-pelvienne a conclu à un pyosalpinx gauche de 6 cm associé à un abcès du Douglas de 8 cm. La patiente a été mise sous antibiothérapie empirique. Un drainage par ponction transvaginale a été effectué le lendemain.

Etapes :

En présence d'un médecin anesthésiste

2 voies veineuses périphériques

Sous couverture antibiotique

Analgésie par antalgique palier 2, hypnose

Position gynécologique

Badigeonnage

Repérage échographique de la collection à drainer

Ponction échoguidée, prélèvement adressé en bactériologie

Drainage par drain de Redon en aspiration, aiguille de ponction en place

Irrigation

Aspiration

Le drainage par ponction a ramené 300 cc de pus

Amélioration nette de la douleur immédiatement après la ponction.

Apyrexie obtenue en 24 H.

Patiente sortante au bout de 48H.

Conclusion : Le drainage par ponction des abcès tubo-ovariens représente une alternative thérapeutique intéressante. Cette méthode facile et reproductible permet d'écourter la durée d'hospitalisation et d'éviter les complications dues à la chirurgie.

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent Ne pas avoir de conflit d'intérêt

V_05

RÉTENTION DE GROSSESSE SUR CICATRICE UTÉRINE: PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE

Thème : Gynécologie médicale

O. Mhamdi*(1), M.Fermaut*(2), R.Furdui(3), J.Boujenah(2), M.Benchimol(3)

(1)Hôpital Jean-Verdier, Rabat, Morocco

(2)Hôpital Jean-Verdier Aphp, Paris, France

(3)Hôpital Jean-Verdier, Paris, France

**Auteur correspondant*

Adresse email : omhamdi23@gmail.com(O. Mhamdi*)

Résumé : Introduction

L'isthmocèle correspond à la présence d'une déhiscence, diverticule ou défaut en regard de la cicatrice de césarienne. Le traitement repose sur une exérèse de la cicatrice utérine par coelioscopie, hystérocopie ou moins fréquemment, par voie vaginale. Nous relatons le cas d'une patiente prise en charge pour rétention trophoblastique de grossesse sur cicatrice utérine et cure d'isthmocèle. Le but de ce travail est de montrer l'intérêt du traitement par voie vaginale de l'isthmocèle.

Observation Médicale

Il s'agit d'une patiente âgée de 33 ans, quatrième geste, deuxième pare qui a présenté une grossesse extra-utérine (GEU) sur cicatrice de césarienne en juillet 2018 traitée par méthotrexate. Le premier accouchement a eu lieu par césarienne du fait d'un défaut d'engagement à dilatation complète, le deuxième par voie basse.

Dans les suites de cette GEU, du fait de métrorragies, une rétention trophoblastique à hauteur d'une isthmocèle de 17 mm, a été mise en évidence par hystérocopie diagnostique.

Du fait de la mobilité utérine et d'un mur postérieur de l'isthmocèle de 4,4 mm, la prise en charge chirurgicale a consisté en un premier temps hystérocopique pour résection du trophoblaste, et d'un deuxième temps par voie vaginale pour une cure d'isthmocèle.

Discussion et Conclusion-

Pour cette patiente, l'intérêt de la résection de l'isthmocèle est la prévention d'une grossesse sur cicatrice. La cure d'isthmocèle par voie vaginale a été choisie puisque la mobilité utérine le permettait. Par ailleurs, le mur postérieur de l'isthmocèle n'était que de 4,4mm ce qui limitait un geste par hystérocopie opératoire.

L'utilisation du gel hyalobarrier a été envisagée car en plus de la suture isthmique antérieure, un geste de résection sur la face postérieure de l'isthme utérin a été réalisé. Toutefois, il existe peu d'études dans la littérature qui ont évalué la place du gel hyalobarrier en cas de cure d'isthmocèle.

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent Ne pas avoir de conflit d'intérêt

V_06

APPROCHE MINI-INVASIVE D'UNE PLASTIE VAGINALE DANS UNE MALFORMATION GÉNITALE DE TYPE U3C2V1 SELON ESHRE

Thème : Gynécologie médicale

S. Shabanov*(1), A.Lopes(1), P.Brossard(2)

(1)Ehmv - Yverdon-Les-Bains, Suisse, Lausanne, Suisse

(2)Ehmv - Yverdon-Les-Bains, Suisse, Yverdon-les-bains, Suisse

**Auteur correspondant*

Adresse email : stasshabanov@gmail.com(S. Shabanov*)

Résumé : Approche mini-invasive d'une plastie vaginale dans une malformation génitale de type U3C2V1 selon ESHRE

S.Shabanov, A.Lopes, Ph.Brossard.

Service de Gynécologie-Obstétrique, eHmv Yverdon-les-Bains, Suisse

Objectif : présenter une approche mini-invasive et sûre d'une vaginoplastie dans une malformation génitale de type U3C2V1 selon ESHRE.

Méthode : vidéo d'un cas clinique.

Patient : une patiente présentant une malformation génitale de type U3C2V1 selon ESHRE avec un septum vaginal complet.

Intervention : vaginoplastie vidéo-assistée.

Résultats : à travers cette vidéo, nous voulons montrer une prise en charge chirurgicale sûre et complète d'une patiente souffrant de dyspareunie liée à la présence d'un septum vaginal complet, mis en évidence lors d'une grossesse sur stérilet. Le bilan préopératoire révèle une malformation de type U3C2V1 selon la classification AFS avec un utérus bicorporeal et bicervical.

L'intervention a consisté en la création d'un pneumovagin grâce au système GelPOINT® path transanal access permettant une résection précise au Ligasure® sous contrôle visuel du septum vaginal épais. Ceci a permis l'obtention d'une néo-cavité vaginale unique. La berge postérieure a été suturée à l'aide des instruments de laparoscopie conventionnelle afin d'éviter tout risque de synéchie ultérieure. Cette intervention a permis l'obtention d'un bon résultat anatomique et la résolution de la dyspareunie.

Conclusion : La résection du septum vaginal vidéo-assistée est une méthode mini-invasive, précise et sûre.

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent Ne pas avoir de conflit d'intérêt

V_07

PRISE EN CHARGE MINI INVASIVE D'UNE ÉROSION DE BANDELETTE SOUS URÉTRALE

Thème : Gynécologie médicale

S. Shabanov*(1), T.Daniélou(1), P.Brossard(1)

(1)Ehmv - Yverdon-Les-Bains, Suisse, Lausanne, Suisse

**Auteur correspondant*

Adresse email : stasshabanov@gmail.com(S. Shabanov*)

Résumé : Objectif : présenter une approche mini-invasive de prise en charge d'une érosion de bandelette sous urétrale.

Méthode : vidéo d'un cas clinique.

Patient : une patiente présentant une érosion de bandelette sous urétrale de type TVT-O.

Intervention : résection de la bandelette et suture vaginale par vaginoscopie vidéo-assistée.

Résultats : à travers cette vidéo, nous voulons montrer une prise en charge chirurgicale sûre et complète d'une patiente présentant une érosion symptomatique de bandelette sous urétrale de type TVT-O mise en place il y a 3 ans.

L'intervention a consisté en la création d'un pneumovagin grâce au système GelPOINT® path transanal access permettant une résection précise de la bandelette mise à nue dans la cavité vaginale. Les sites d'érosion de la muqueuse vaginale ont été suturés à l'aide d'instruments conventionnels de laparoscopie. L'intervention a été menée sans complications et avec un excellent résultat anatomique.

Conclusion : La prise en charge de l'érosion d'une bandelette sous urétrale par vaginoscopie vidéo-assistée est une méthode mini-invasive, précise et sûre.

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent Ne pas avoir de conflit d'intérêt

V_08

PRISE EN CHARGE HYSTEROSCOPIQUE D'UNE LOGE D'ADENOMYOME UTERIN SYMPTOMATIQUE

Thème : Gynécologie médicale

P. Mal*(1)

(1)Faculté De Médecine Paris Sorbonne Université, Paris, France

**Auteur correspondant*

Adresse email : malpierreandre@gmail.com(P. Mal*)

Résumé : Nous rapportons le cas d'une patiente nulligeste de 41 ans, ayant pour antécédent principal l'exérèse d'un adénomyome utérin postérieur de 6cm par laparotomie en janvier 2019, dans un contexte de métrorragies invalidantes. Le compte rendu opératoire rapportait une incision médiane fundique de l'utérus, une énucléation de l'adénomyome avec aspiration d'un liquide couleur « chocolat », une effraction de la cavité utérine, et une fermeture en 3 plans de la paroi utérine. L'analyse histologique avait confirmé le diagnostic d'adénomyome bénin.

Les suites opératoires initialement simples ont été marquées par une récurrence de la symptomatologie hémorragique à 10 mois post opératoire, de façon abondante et invalidante. L'examen clinique retrouvait une palpation utérine sensible par voie abdominale et vaginale. L'échographie et l'IRM ont permis de visualiser une collection liquidienne homogène intra pariétale de 5cm de diamètre, au niveau de la cicatrice postérieure de l'adénomyome. Le mur postérieur myométrial de sécurité était évalué à plus d'1 cm en arrière de la collection, et un doute persistait sur une éventuelle communication entre la collection et la cavité utérine. Après discussion collégiale, nous avons décidé avec la patiente « d'assécher » la collection sous progestatifs continus pendant 3 mois. L'échographie de contrôle a montré une régression de la collection mesurée à 21x13mm. Nous avons ensuite décidé de réaliser un traitement hystéroscopique de la collection dont nous vous présentons la vidéo. Nous avons ensuite effectué un contrôle échographique et hystéroscopique à 5 semaines.

Pierre-André MAL (interne)

Dr Aminata KANE

Dr Etienne VINCENS

Dr Emmanuel BAILLY

Clinique Saint Jean de Dieu, GCS Oudinot Cogacq-Jay, 2 rue Rousselet 75007 Paris

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent Ne pas avoir de conflit d'intérêt

V_09

CHIRURGIE PAR COELIOSCOPIE ROBOT-ASSISTÉE D'UNE ENDOMÉTRIOSE PELVIENNE PROFONDE MULTIFOCALE AVEC NODULE RECTO-VAGINAL, ATTEINTES DIGESTIVE ET URÉTÉRALE (AVEC VIDÉO).

Thème : Gynécologie médicale

E. Deroubaix*(1), A.Cathelain(1), P.Collinet(1)

(1)Faculté De Lille 2, Lille, France

**Auteur correspondant*

Adresse email : elisederoubaix@wanadoo.fr(E. Deroubaix*)

Résumé : Mots clés : endométriose pelvienne profonde, adhésiolyse, urétérolyse, colpectomie

Cas clinique : Patiente de 25 ans, nulligeste, nullipare, avec pour antécédent principal une maladie de Crohn, sans antécédent chirurgical notable.

La patiente est adressée en gynécologie pour algoménorrhées, douleurs sciatiques gauches, et dyspareunies. L'examen clinique a identifié une endométriose profonde typique du cul-de-sac de Douglas avec une atteinte vaginale de 2 x 2 cm.

Les imageries (IRM, Colo-TDM) ont mis en évidence une lésion d'endométriose du cul-de-sac de Douglas, une lésion rectale avec un engainement de l'uretère et une urétéro-hydronéphrose en amont.

Une série de biopsie a confirmé une endométriose rectale et une maladie de Crohn rectale et iléocaecale.

La réunion de concertation pluridisciplinaire, préconisait une prise en charge chirurgicale de type complète en triple équipe chirurgicale (gynécologique, viscérale et urologique). Un traitement conservateur de l'utérus était souhaitable en raison d'un projet de grossesse ultérieur.

Une coelioscopie robot-assistée sous anesthésie générale a donc été réalisée, de façon concomitante avec les équipes de chirurgie viscérale, urologique et gynécologique. Elle a consisté en une adhésiolyse abdomino-pelvienne, une colpectomie, une urétérolyse bilatérale suivie d'une réimplantation urétéro-vésicale droite et d'une résection recto-sigmoïdienne avec iléostomie de protection.

Résumé des principaux temps opératoires (avec vidéo) :

Exploration de la cavité abdominale ne révélant aucune particularité en dehors de l'endométriose connue

Ouverture de la fosse para rectale gauche avec urétérolyse gauche.

Adhésiolyse et section de la lésion recto-sigmoïdienne qui est laissée en place sur la boucle sigmoïdienne.

Repérage de l'uretère droit puis urétérolyse au-delà du croisement avec l'artère utérine droite.

Persistance d'une zone sténosante et légèrement ischémique de l'uretère droit

Poursuite de l'adhésiolyse au niveau de la fosse pararectale droite où il existe une lésion paramétriale infiltrant la totalité de cette fosse.

Ouverture du cul de sac vaginal postérieur. Réalisation d'une colpectomie d'environ 25 mm de large x 15 mm de hauteur. Résection de plusieurs nodules bleutés.

Fermeture de la tranche vaginale

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent Ne pas avoir de conflit d'intérêt

V_10

TRAITEMENT D'UNE VOLUMINEUSE ADÉNOMYOSE KYSTIQUE PAR HYSTÉROSCOPIE

Thème : Gynécologie médicale

O. Weber*(1)

(1)Chu Strasbourg, Strasbourg, France

**Auteur correspondant*

Adresse email : weber.odile@hotmail.fr(O. Weber*)

Résumé : L'adénomyose kystique est une forme rare d'adénomyose. Elle concerne principalement les femmes jeunes de moins de 30 ans et entraîne des dysménorrhées importantes. Le traitement de référence est l'exérèse chirurgicale. La voie d'abord dépend de la localisation du kyste, la voie la plus fréquemment décrite est la coelioscopie.

Le cas d'une patiente de 22 ans nulligeste chez qui le diagnostic d'adénomyose kystique a été posé est présenté.

Le kyste d'adénomyose étant au contact de la cavité utérine autorisé une approche hystéroscopique avec un drainage puis une vaporisation de la paroi du kyste. Le contrôle post opératoire était satisfaisant.

L'hystéroscopie est une voie d'abord mini invasive qui peut être envisagée pour le traitement des adénomyoses kystiques arrivant au contact de la cavité utérine.

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent Ne pas avoir de conflit d'intérêt

V_11

CHIRURGIE ANNEXIELLE VNOTES : QUELLE PLACE EN URGENCE ? EXEMPLE DE LA GROSSESSE ECTOPIQUE.

Thème : Gynécologie médicale

J. Dubuisson*(1), G.Taraschi(1)

(1)Hôpitaux Universitaires De Genève, Genève, Switzerland

**Auteur correspondant*

Adresse email : Jean.Dubuisson@hcuge.ch(J. Dubuisson*)

Résumé : Introduction :

La place de l'abord vNOTES(vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) reste à définir pour la chirurgie annexielle, notamment dans un contexte d'urgence gynécologique. Nous illustrons à travers cette vidéo la technique de salpingectomie vNOTES en cas de grossesse ectopique non rompue.

Cas clinique :

Madame B, âgée de 37 ans est adressée aux urgences à 7 SA pour la prise en charge d'une grossesse ectopique. L'échographie pelvienne confirme une grossesse tubaire avec présence d'une activité cardiaque fœtale. Une salpingectomie est indiquée en raison d'une obstruction tubaire proximale connue. L'abord vNOTES (versus coelioscopique) est choisi par la patiente après l'avoir informée des modalités opératoires respectives. La chirurgie se déroule en ambulatoire sans complication. La patiente demande à rentrer à domicile 3 heures après son réveil.

Technique opératoire

L'intervention est effectuée sous anesthésie générale. Une colpotomie semi-circulaire postérieure est réalisée, permettant d'accéder à la cavité abdominale et d'y insérer l'écarteur Alexis[®]. Une plateforme GelPoint vPATH[®] 7 cm (Applied medical) est mise en place avec 3 trocarts puis le pneumopéritoine est créé avec une pression intra-abdominale à 10 mmHg. La salpingectomie rétrograde est effectuée à l'aide d'instruments conventionnels de laparoscopie et d'une pince de thermofusion par traitement hémostatique successif des vaisseaux du mésosalpinx. La trompe est extraite à travers le vagin qui est ensuite refermé par un surjet de Vicryl 2/0 après contrôle de l'hémostase et exsufflation.

Conclusion :

L'abord vNOTES pour les urgences gynécologiques semble une alternative prometteuse à la coelioscopie conventionnelle en évitant les cicatrices cutanées et les complications liées au traumatisme pariétal engendré par l'insertion des trocarts. Les difficultés techniques rencontrées en cas d'obésité ou d'adhérences intra-abdominales nous semblent plus

facilement surmontées par l'abord vaginal. Enfin, nous observons une diminution des douleurs abdominales post-opératoires, permettant ainsi de faciliter une prise en charge en ambulatoire. Sa place reste cependant à définir dans le contexte d'urgence par la réalisation d'essais randomisés de puissance suffisante.

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent Ne pas avoir de conflit d'intérêt

V_12

COMMENT JE FAIS ...LA TECHNIQUE DU PLASTRON PAR VOIE VAGINALE DANS LE TRAITEMENT D'UNE CYSTOCÈLE

Thème : Gynécologie médicale

A. Vaunois*(1)

(1)Chu Saint-Etienne, Lyon, France

**Auteur correspondant*

Adresse email : agathe.vaunois@yahoo.fr(A. Vaunois*)

Résumé : Le traitement du prolapsus génital est essentiellement chirurgical et la voie vaginale semble être un abord de choix avec l'avantage de durées opératoires courtes et une récupération post-opératoire rapide. Depuis le retrait du marché des prothèses vaginales, la chirurgie pelvienne doit se réinventer. La réparation des prolapsus avec les tissus autologues est une technique prometteuse. Nous vous proposons cette vidéo afin de décrire les dix étapes de la "technique du plastron par voie vaginale dans la cure de cystocèle".

Il s'agit d'une technique chirurgicale simple, reproductible et ne nécessitant que très peu de matériel. Les premiers résultats sont très encourageants.

Intervention, sous anesthésie générale :

- 1 - Infiltration au sérum physiologique
- 2 - Découpe du plastron
- 3 - Dissection para-vésicale et libérations des ligaments sacro-épineux (de manière bilatérale)
- 4 - Désépidermisation
- 5 - Mise en place des fils sur chaque ligament sacro-épineux à l'aide de l'i-switch A.M.I ©
- 6 - Points d'angles antérieurs latéraux-vaginal (de manière bilatérale)
- 7 - Points médians pour fixer le plastron, antérieur et postérieur
- 8 - Début de la suture vaginale
- 9 - Points d'angles postérieurs avec le fils sacro-spino-fixés
- 10 - Sacro-spino-fixation du plastron, par mise en tension des fils

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent Ne pas avoir de conflit d'intérêt

V_13

COVID 19 ET GROSSESSE : DES RÉPONSES À VOS QUESTIONS

Thème : Obstétrique

S. Fleury*(1), B.Guyard-boileau(1), O.Parant(1)

(1)Chu De Toulouse, Toulouse, France

**Auteur correspondant*

Adresse email : sebastienfleury@outlook.fr(S. Fleury*)

Résumé : Covid 19 et grossesse, tel est le thème de la vidéo réalisée en urgence en mars 2020 par l'association « Tuto 'tour », lauréate du prix SHAM CNGOF 2019. Par cette vidéo, il s'agissait d'aider les femmes enceintes et ceux qui les entourent à avoir des informations pour mieux faire face au COVID. Nous avons choisi un format narratif, car celui-ci favorise la compréhension des messages, comparativement aux messages « didactifs » (à savoir un discours d'une personne filmée).

Il nous est apparu important et urgent d'apporter des informations fiables face au Covid, car les questions des femmes enceintes étaient très nombreuses, tandis que les sources d'informations étaient multiples, parfois discordantes ou erronées, sans savoir qui croire. Cette vidéo se situe en complément de messages plus détaillés déjà disponibles sur Internet.

Cette vidéo est simple d'accès et gratuite. Elle peut être proposée par les soignants, au titre de support d'information. En proposant une alternative à l'« écrit » par l'outil vidéo animé, il s'agit de proposer des informations fiables au plus grand nombre, et notamment aux personnes à faible littératie.

Nous nous sommes attachés à la solidité scientifique du message délivrés, grâce à une écriture basée sur une recherche documentaire. Une relecture en urgence auprès d'un panel de professionnels multidisciplinaires de la santé au CHU de Toulouse (secrétaires, sages-femmes, aides-soignantes, médecins (obstétriciens, pédiatres, infectiologues), ainsi que des femmes enceintes et leurs conjoints a été réalisée, permettant d'aboutir au script définitif ainsi qu'au storyboard.

Plus de 4000 vues ont été enregistrées sur Youtube pour cette vidéo, ainsi que de très nombreux autres visionnages sur les autres plateformes internet (FaceBook, site Internet).

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent CPOM ARS OCCITANIE

V_14

POUR UNE VIE SANS TABAC APRÈS L'ACCOUCHEMENT

Thème : Obstétrique

S. Fleury*(1), B.Guyard-boileau(1), G.Grangé(2)

(1)Chu De Toulouse, Toulouse, France

(2)Hopital Port Royal, Paris cedex 14, France

**Auteur correspondant*

Adresse email : sebastienfleury@outlook.fr(S. Fleury*)

Résumé : Ne pas reprendre le tabac après l'accouchement, tel est le thème de la nouvelle vidéo que l'association « Tuto 'tour » présente. Son but est d'aider les femmes enceintes (et les soignants qui les accompagnent) à mieux prendre soin d'elles, grâce à l'outil vidéo.

En proposant une alternative à l' « écrit », nous recherchons l'accessibilité au plus grand nombre, et notamment aux personnes à faible littératie, sur-représentées dans le tabac. Ces vidéos sont simples d'accès et gratuites. Elles proposent une approche positive non culpabilisante, complétée par la mise en situation des freins, et la visualisation des bénéfices. Cette vidéo complète deux premières vidéos autour du tabac et de la grossesse, ayant totalisées plusieurs milliers de vues déjà. Les vidéos peuvent être proposées en complément de la consultation, et visent à susciter le dialogue et l'engagement par l'identification aux personnages.

Nous nous sommes attachés à la solidité scientifique des messages délivrés, grâce à une écriture basée sur une recherche documentaire solide, complétée par une relecture par des experts en tabacologie, incluant certains participants au travail du CNGOF « Tabac et grossesse ». De nombreux soignants de maternité (tabacologues et non tabacologues) ont également relu le script.

De plus, chaque vidéo est co-construite avec les usagers : ils sont sollicités pour savoir les questions qu'ils se posent, et pour relire le script ; ceci permet un ajustement des messages mais aussi du choix des mots, images etc. ; des sous-titres en anglais, espagnol et arabe sont disponibles de façon intuitive et immédiate, permettant de rendre les messages accessibles à des femmes parfois exclues de l'information. Nous avons débuté des traductions en langue des signes également.

Des soutiens institutionnels et d'appels à projet nous permettent de poursuivre ce projet, qui verra la réalisation de 5 nouvelles vidéos dans l'année à venir.

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent Ne pas avoir de conflit d'intérêt

V_15

SENSIBILISATION À L'ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL : UNE VIDÉO

Thème : Obstétrique

G. Beatrice*(1), S.Fleury (1)

(1)Chu De Toulouse, Toulouse, France

**Auteur correspondant*

Adresse email : boileau-b@orange.fr(G. Beatrice*)

Résumé : Décrit pour la première fois en 1980 chez des personnes impliquées dans l'aide auprès d'autrui, l'épuisement professionnel (EP) ou burnout est désormais largement évoqué dans l'univers médical et social. Lié à la souffrance au travail en général, c'est une pathologie de la relation d'aide. La Haute Autorité de Santé (HAS) en donne la définition suivante « épuisement physique, émotionnel et mental qui résulte d'un investissement prolongé dans des situations de travail exigeantes sur le plan émotionnel ».

Les médecins sont particulièrement exposés au risque d'EP. On peut craindre que 10 % des médecins seront confrontés à un EP et que plus de 50 % présenteront des difficultés et une souffrance en rapport avec l'exercice de la médecine. Or le bien-être des soignants est une condition essentielle à la qualité des soins, et au fait de rester soignant

L'objectif de cette vidéo est de proposer aux médecins un outil simple de sensibilisation à l'épuisement professionnel. Elle a été élaborée de façon multidisciplinaire, avec de nombreuses relectures et améliorations. Cette vidéo peut être regardée de façon autonome, ou encore conseillée à un ou une collègue en difficulté. Elle peut également être utilisée lors d'une session de formation-sensibilisation à l'épuisement professionnel, en tant qu'outil d'engagement et d'interaction entre les participants. Elle complète des vidéos sur le vécu des événements indésirables graves, ainsi que les RMM. Toutes les vidéos sont en accès libre et gratuite sur internet : YouTube, site Tutotour, Facebook. Enfin, 6 autres vidéos sont en cours de réalisation sur les 18 mois à venir ; elles envisageront quelques pistes pour prendre soin de soi et se reconstruire à la lumière de l'expérience du Covid.

Conflit d'intérêt : Les auteurs déclarent Ne pas avoir de conflit d'intérêt