



PARI(S) SANTÉ FEMMES
NOUVELLES DATES
11 - 12 - 13 MAI 2022
Paris Convention Center - Porte de Versailles



COMMUNICATIONS VIDEOS

V-01

CERCLAGE ISTHMIQUE ROBOT ASSISTÉ SANS AIGUILLE

Thème : Chirurgie

S. Ben rhaïem*(1)

(1)CHU Limoges, Isle, France

* Auteur correspondant

Adresse email : samibenrhaïem1991@gmail.com

Introduction : Le cerclage isthmique est une intervention rare avec des indications précises. Elle est délicate peut être faite par voie laparotomique ou mini invasive. La chirurgie robotique est actuellement en plein développement notamment dans le domaine de la gynécologie. Le but de notre vidéo est de décrire une technique mini-invasive de cerclage isthmique par aide robotique en s'affranchissant du passage de l'aiguille potentiellement traumatisant, avant la grossesse.

Méthode : Ce cas concerne une patiente âgée de 30 ans aux antécédents de 4 fausses couches tardives et échec de cerclage par voie vaginale. Les étapes du cerclage sans aiguille sont les suivantes : dissection du péritoine vésico-utérin, puis ouverture péritonéale postérieure en regard du torus utérin. De façon bilatérale on repère la branche ascendante de l'artère utérine et de la zone avasculaire du ligament large para-isthmique. Ensuite on fait une tunnellisation en dedans de la portion ascendante de l'artère utérine et au-dessus du pédicule cervicovaginal. Ceci permet le passage de la bandelette Ethibon® (après retrait de l'aiguille) coulissée en dedans des pédicules utérins à droite puis à gauche. La bandelette est nouée en avant et invaginée et l'on fini par une péritonisation antérieure et postérieure de la bandelette à l'aide d'un surjet de fil cranté monobrin. Ces gestes sont facilités par la vision 3D du robot, l'exposition améliorée par l'utilisation d'un bras supplémentaire en position orthostatique et la souplesse des instruments.

Résultat : La procédure a été un succès puisqu'un an après la patiente a accouché par césarienne d'un enfant en bonne santé à 36 SA en raison d'une perturbation du bilan hépatique.

Cette technique permettrait d'obtenir la pose d'un cerclage plus facilement limitant les risques et les complications (lésion des artères utérines ou de la vessie). La durée opératoire n'a pas été prolongé. Cette technique est moins agressive que par voie laparotomique diminuant les douleurs post-opéatoires, le risque infectieux, d'éventration et la durée d'hospitalisation. Les limites sont surtout liées au coût et à la disponibilité du robot.

Conclusion : La dissection péri-isthmique et le passage de la bandelette sans aiguille grâce à des méthodes mini invasives est possible.

Déclaration de liens Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

V-02

UNE VIDÉO BRÈVE ET LUDIQUE POUR COMPRENDRE LA PRÉÉCLAMPSIE

Thème : Obstétrique

B. Guyard boileau*(1), S.Fleury(1)

(1)CHU de Toulouse, Toulouse, France

* Auteur correspondant

Adresse email : guyard-boileau.b@chu-toulouse.fr

L'utilisation des médias digitaux est une opportunité pour transmettre des messages d'auto-soin et des informations, principalement pour celles qui sont isolées (géographiquement ou socialement).

La prééclampsie est une pathologie d'une criticité importante, pour laquelle l'information et l'auto sois sont fondamentaux, ces éléments étant mentionnés dans quasi toutes les recommandations des sociétés savantes. Pour autant, peu d'outils vidéos en langue française sont disponibles. Pour répondre à cette problématique, au CHU de Toulouse, un binôme obstétricien – sage femme, déjà impliqué dans la réalisation de vidéos éducatives, a choisi de développer cette thématique autour de la prééclampsie, en réalisant une première vidéo sur "qu'est ce que la pré éclampsie", en lien avec les usagers. Cette équipe a été lauréate du prix du Réseau des Maternités de Langue Française, et avec des soignants des CHU de Nantes et de Lille, une série d'outils patients est en cours d'élaboration, pour une publication sur les réseaux sociaux avant juin 2022.

Ces vidéos sont libres et gratuites, et coconstruites avec les associations d'usagers. Nous présentons le premier film réalisé par l'équipe de Toulouse portant sur la prééclampsie, ayant donné l'idée d'approfondir le projet.

<https://www.tutotour.net>

Déclaration de liens Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

V-03

EXPLANTATION DE BANDELETTE SOUS URÉTRALE PAR VOIE VAGINALE ET COELIOSCOPIQUE

Thème : Chirurgie

V. Bund*(1), V.Gabriele(1), A.Host(1), C.Saussine(1), O.Garbin(1)

(1)CHU Strasbourg, Strasbourg, France

* Auteur correspondant

Adresse email : virginie.collin.67@gmail.com

Il s'agit d'une patiente de 57 ans qui a bénéficié en l'an 2000 d'une pose de bandelette sous urétrale. Elle avait été compliquée par la suite d'une rétention chronique avec une section en 2011. puis des granulomes et sepsis sur fil.

20 ans après la pose, elle se plaint d'infection urinaires fréquentes, de pertes vaginales sales et d'une rétention urinaire chronique. L'IRM pré-opératoire met en évidence une formation arrondie hyperintense qui semble accolée à la prothèse mais à distance avec la vessie. La meilleure option qui se dessine est une ablation totale de cette prothèse surinfectée. Et nous choisissons de la réaliser par voie mini-invasive et par double abord : périnéal et coelioscopique en ouvrant l'espace de Retzius. Cette vidéo montre les différents temps opératoires.

Déclaration de liens Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

V-04

DÉCOMPRESSION DU NERF PUDENDAL PAR COELIOSCOPIE EN 5 ÉTAPES

Thème : Chirurgie

M. Pelissie*(1)

(1) Hopitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

* Auteur correspondant

Adresse email : mathilde.pelissie@gmail.com

Objectif de l'étude: Montrer comment la décompression du nerf pudendal peut être réalisée en sécurité par voie laparoscopique .

Design: Démonstration étape par étape de la technique avec support vidéo et commentaires

Setting: Le nerf pudendal est formé à partir des racines sacrées au niveau S2, S3, et S4. Il traverse le pelvis sur un trajet parallèle aux vaisseaux pudendaux. Ce nerf sort par le grand foramen puis réintègre le pelvis entre les ligaments sacroépineux et sacrotubéreux puis traverse le canal d'Alcock. Sur ce trajet il peut subir une compression responsable de douleurs dans la région glutéale et périnéale. Après confirmation diagnostique par réponse positive lors de la réalisation sous scanner d'un bloc sur le nerf pudendal, une intervention chirurgicale pour décompression du nerf peut être envisagée. Les voies d'abord habituellement décrites sont la voie transglutéale et la voie transischiorectale.

Interventions: Cette vidéo montre une décompression du nerf pudendal droit par laparoscopie. Il s'agit d'une vidéo didactique point par point. Cette technique de décompression du nerf pudendal consiste à disséquer la fosse ischiorectale le long du muscle obturateur droit, permettant après visualisation des vaisseaux obturateurs. La section du ligament sacroépineux permet d'identifier le nerf pudendal et de réaliser sa mobilisation et sa décompression sur l'ensemble du trajet jusqu'à son entrée dans le canal d'Alcock. La procédure s'est déroulée simplement avec des retombées cliniques évidentes dès le réveil de la patiente.

Conclusion: La décompression du nerf pudendal par laparoscopie est une technique reproductible et fiable pour traiter la névralgie pudendale. Cette technique permet une bonne visualisation par dissection progressive du pelvis à travers la fosse ischiorectale.

Mots clés: Décompression pudendale; Névralgie du pudendal;

Déclaration de liens Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

V-05

TECHNIQUE DE PRÉSERVATION NERVEUSE ET VAPORISATION AU PLASMA ARGON PAR CŒLIOSCOPIE DANS LA PRISE EN CHARGE DE L'ENDOMÉTRIOSE PROFONDE

Thème : Chirurgie

M. Buttignol*(1), E.Faller(1)

(1)CHU Strasbourg, Strasbourg, France

* Auteur correspondant

Adresse email : megane.buttignol@gmail.com

Objectif : Présenter une approche mini-invasive de la prise en charge d'endométriose pelvienne profonde par préservation des nerfs du plexus hypogastrique et utilisation de plasma d'argon neutre pour les implants endométriosiques péritonéaux.

Résumé : Il s'agit d'une patiente de 29 ans, atteinte d'endométriose pelvienne profonde avec dysménorrhées primaires, dyspareunies profondes, douleurs pelviennes chroniques et dyschésies. L'IRM pelvienne met en évidence un endométriome ovarien droit mesurant 5 cm, un épaississement du ligament utéro-sacré droit et un nodule du torus utérin.

Intervention : L'intervention débute par une adhésiolyse du sigmoïde et un test au bleu pour vérifier la bonne perméabilité tubaire. Une urétérolyse bilatérale est réalisée avant l'excision d'une lésion de 2 cm du torus et une adhésiolyse de la cloison recto-vaginale. Une dissection fine des ligaments utéro-sacrés avec préservation nerveuse est réalisée pour respecter le nerf hypogastrique dans l'espace d'Okabayashi. Les nodules d'endométriose des ligaments lombo-ovariens et les multiples implants péritonéaux d'endométriose, inaccessibles à une exérèse complète, sont détruits par vaporisation au plasma d'Argon.

Conclusion : La prise en charge chirurgicale de l'endométriose profonde est complexe, avec l'apport récent de nouvelles techniques telles que la chirurgie de préservation nerveuse pour réduire les complications urinaires postopératoires, ou le plasma d'Argon pour l'ablation des implants péritonéaux étendus ou d'endométriome, pour préserver la fonction ovarienne.

Déclaration de liens Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

V-06

ANATOMIE NERVEUSE DU CURAGE LOMBO-AORTIQUE PAR ABORD RÉTROPÉRITONÉAL

Thème : Chirurgie

M. Osada*(1)

(1)CHU Strasbourg, Strasbourg, France

* Auteur correspondant

Adresse email : osadamarine@gmail.com

Anatomie nerveuse du curage lombo-aortique par abord rétropéritonéal

Objectif :

Montrer les structures nerveuses visualisées au cours d'un curage lombo-aortique par abord rétropéritonéal

Intervention :

Il s'agit d'une patiente de 65 ans, sans antécédent particulier, chez qui a été découvert une masse ovarienne droite. Une coelioscopie exploratrice a été réalisée, ne retrouvant pas de carcinose péritonéale. Une annexectomie bilatérale a été réalisée et l'anatomopathologie a mis en évidence un carcinome séreux de haut grade. Après discussion en réunion de concertation pluridisciplinaire, il est décidé d'une prise en charge chirurgicale première avec curage lombo aortique.

Nous réalisons un curage lombo-aortique selon la technique habituelle en préservant les structures nerveuses rencontrées au cours de cette intervention, c'est-à-dire le plexus hypogastrique supérieur, les nerfs splanchniques lombaux ainsi que le tronc sympathique

Conclusion :

Les structures nerveuses préservées ici sont de nature sympathique et participent à l'innervation de l'ensemble des viscères abdomino-pelviens. Le contingent sympathique est responsable de la vasomotricité, mais a également un rôle de contraction des organes génitaux internes durant l'orgasme, et d'inhibition des contractions péristaltiques du rectum.

Il est néanmoins important de tenter de préserver au maximum les structures nerveuses lors de chacune de nos interventions.

Déclaration de liens Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

V-07

PRISE EN CHARGE ENDOSCOPIQUE D'UNE MALFORMATION ARTÉRIOVEINEUSE UTÉRINE ACQUISE

Thème : Gynécologie médicale

M. Farhati*(1), A.Karoui(2), A.Kammoun(2), H.Frikha(2), M.Chanoufi(2), H.Abouda(2)

(1)Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis, Tunis, Tunisie

(2)Centre de maternité de Tunis, service C, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant

Adresse email : mahdifarhati89@gmail.com

La malformation artérioveineuse utérine acquise est une pathologie rare. Le pronostic vital peut être mis en jeu.

Le traitement repose essentiellement sur l'embolisation des artères utérines.

D'autres alternatives thérapeutiques ont été décrites, mais il n'existe pas à ce jour un consensus pour la prise en charge de cette pathologie rare.

On présente un cas d'une patiente âgée de 43 ans, ayant subi une interruption volontaire de la grossesse par aspiration il y a 1 mois, qui consulte pour des métrorragies intermittentes. L'exploration par échographie a trouvé une image hétérogène intracavitaire mimant une rétention trophoblastique. Le dosage plasmatique de la HCG était négatif. L'exploration au doppler a montré un important flux sanguin avec un pic systolique de vélocité à 26 cm/s. Une malformation artérioveineuse utérine acquise a été suspectée. L'angio-IRM pelvienne a confirmé le diagnostic en montrant un retour veineux précoce. Devant l'absence d'un plateau technique d'embolisation à l'hôpital, on a opté pour une occlusion laparoscopique bilatérale des artères utérines par clips, suivie d'une électrocoagulation par hystéroscopie. Les suites opératoires ont été simples. La patiente a été mise sortante le lendemain avec disparition complète du flux sanguin au doppler.

Déclaration de liens Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

V-08

SCLEROTHERAPIE PAR VOIE LAPAROSCOPIQUE D'UN ENDOMETRIOME EN 10 ETAPES

Thème : Gynécologie médicale

A. Crestani*(1)

(1)Hopital Tenon, Paris, France

* Auteur correspondant

Adresse email : adriencrestani@hotmail.fr

Objectif : Présenter 10 étapes chirurgicales consécutives, standardisées et reproductibles pour la sclérothérapie laparoscopique d'un endométriome.

Conception : Démonstration vidéo étape par étape de la technique. Le conseil d'examen institutionnel local n'était pas requis pour cette vidéo car les patientes ne peuvent pas être identifiées.

Patientes: Femmes présentant un endométriome de plus de 50 mm avec des lésions d'endométriose profonde, symptomatiques et souhaitant concevoir.

Intervention : La sclérothérapie à l'éthanol pour un endométriome peut être réalisée en 10 étapes. La première étape est avant la chirurgie, et consiste en une sélection rigoureuse de la patiente afin d'éliminer une tumeur maligne, la deuxième étape est la préparation du matériel et l'installation de la patiente, la troisième étape consiste en une exploration de la cavité péritonéale afin d'éliminer une carcinose péritonéale, la quatrième étape est la ponction du kyste, qui peut être directe via un trocart ou après ouverture intra-abdominale, puis aspiration en cinquième étape; la sixième étape est le rinçage du kyste avec une solution de ringer lactate; pour la septième étape, le chirurgien remplit la cavité avec une solution d'alcool à 96% ; la huitième étape est l'exposition pendant 10 à 15 minutes pendant ce temps le chirurgien peut continuer à opérer; dans la neuvième étape, le chirurgien retire l'alcool du kyste et nettoie la cavité péritonéale ; la dixième étape consiste à retirer la zone non exposée à l'alcool afin de la traiter et d'obtenir un diagnostic histologique.

Conclusion(s) : La sclérothérapie laparoscopique par éthanol d'un endométriome est une méthode rapide et accessible qui demande peu de matériel. La standardisation de cette technique par cette vidéo en 10 étapes doit permettre aux chirurgiens de l'envisager comme une alternative à la kystectomie afin de préserver la réserve ovarienne.

Déclaration de liens Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

V-09

CRÉATION D'UN SET DE PRISE EN CHARGE EN URGENCES DES VICTIMES D'AGRESSIONS SEXUELLES, À DESTINATION DU GYNÉCOLOGUE HOSPITALIER OU EN CLINIQUE, NON SPÉCIALISÉ EN MÉDECINE LÉGALE, DANS LES ZONES DÉPOURVUES D'UNITÉ DE MÉDECINE LÉGALE POUR LES VICTIMES FEMMES

Thème : Gynécologie médicale

E. Guichardiere*(1)

(1)Université de Médecine de la Réunion, travail de thèse mené avec plusieurs institutions et experts en prise en charge des femmes victimes de violence et en particulier les femmes victimes d'agressions sexuelles., Miribel, France

* Auteur correspondant

Adresse email : eguichardiere@gmail.com

INTRODUCTION:En 2020, 24600 plaintes pour viols et tentatives ont été enregistrées en France. Seules 17% des victimes portent plainte. Moins de 10% des agresseurs sont condamnés faute de preuve. La moitié du territoire Français est dépourvu d'Unité de Médecine Légale. L'agression sexuelle est une urgence médico-légale dans les premières 72 heures. Seules 30% des victimes de viol ou tentative ont été suivies médicalement La prise en charge médicale précoce limite les risques d'IST et de grossesse, permet de prélever et conserver les preuves. L'objectif est d'améliorer l'examen en urgence des victimes d'agressions sexuelles, dans les zones dépourvues d'UMJ, par les gynécologues non spécialisés en médecine légale. **METHODE:**Réalisation d'une revue de la littérature, les relevés épidémiologiques, le référentiel CNGOF de 2016, les ouvrages de référence en médecine légale, les recommandations de groupe d'experts en infectiologie, les lignes directrices sur l'analyse criminalistique des drogues facilitant l'agression sexuelles et du code pénal.**RESULTATS:**Un set de prise en charge en urgences des victimes femmes d'agressions sexuelles, à destination du gynécologue non spécialisé en médecine légale, dans les zones dépourvues d'UMJ constitué d'un référentiel vidéo explicatif de l'examen et de ses spécificités présentant les documents ressources, un document ressource d'aide à la réalisation du compte rendu d'examen guidant l'interrogatoire ainsi que les examens physiques et complémentaires et des formulaires de synthèse de l'examen, des prélèvements, des thérapeutiques, du matériel ainsi que le formulaire de chaine de possession. **CONCLUSION:**L'amélioration de la prise en charge en urgence des victimes femmes d'agression sexuelle s'inscrit dans une prise en charge globale. La prise en charge précoce diminue le risque de complication et augmente les chances d'apport de preuve issues de l'examen. Elle améliore l'efficacité des traitements post-exposition. La prise en charge doit être holistique et menée avec des équipes spécialisée, en structures dédiées. Cependant dans les territoires dépourvus de ces structures et d'UMJ, le gynécologue hospitalier ou en clinique réalisant une activité de garde doit pouvoir être le premier intervenant en urgence.

Déclaration de liens Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

V-10

COMMENT JE FAIS... UN CURAGE INGUINAL DANS LES CANCERS VULVAIRES

Thème : Oncologie

M. Ambille*(1)

(1)La pitié Salpêtrière, La varenne saint hilaire, France

* Auteur correspondant

Adresse email : margot.ambille@gmail.com

Le curage inguinal fait partie de la prise en charge thérapeutique des cancers vulvaires. Cependant, cette chirurgie entraîne une grosse morbidité. C'est pourquoi, les techniques chirurgicales ont évolué ces dernières années, permettant de réduire les séquelles.

La lymphadénectomie inguinale est centrée sur le triangle fémoral. Ses limites anatomiques sont : en supérieur le ligament inguinal, en externe le bord interne du muscle sartorius, en médial le bord externe du muscle long adducteur et en inférieur : le sommet du triangle correspondant aux croisements des deux muscles cités précédemment. Par ailleurs, il existe plusieurs plans anatomiques, du plus superficiel au plus profond : le plan sous cutané délimité en profondeur par le fascia superficialis ; le territoire inguinal superficiel entre le fascia superficialis en superficie et le fascia fémoral en profondeur ; le territoire inguinal profond entre le fascia fémoral et l'aponévrose du muscle pectiné et du muscle ilio psoas. Il est centré par les vaisseaux fémoraux (artère en externe et veine en interne).

Le territoire inguinal superficiel contient la majorité des ganglions du curage, les ganglions drainant le territoire vulvaire sont essentiellement ceux situés en interne. Dans le territoire profond, les ganglions qui drainent la vulve sont situés en interne des vaisseaux fémoraux. La zone du curage est donc limitée aux ganglions inguinaux superficiels en avant et en dedans de la crosse de la veine saphène interne et aux ganglions profonds situés en dedans des vaisseaux fémoraux. On réalise ainsi une lymphadénectomie inguinale superficielle et fémorale médiale.

Technique opératoire : installation ; incision inguinale oblique ; dissection du territoire superficiel ; dissection du territoire profond ; drainage ; fermeture en deux plans.

Conclusion : La lymphadénectomie inguinale est une intervention impliquant de nombreuses complications post opératoires. La nouvelle technique respectant la veine saphène et se limitant à un curage médial en profondeur permet de diminuer ces complications tout en ne diminuant pas l'effet curatif de l'intervention.

Déclaration de liens Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

V-11

ONAIÀ : OUTIL NUMÉRIQUE POUR AGENDA INTIME ADO

Thème : Gynécologie médicale

M. Daries*(1), C.Pienkowski(1), A.Cartault(1), C.Garzynski(1)

(1)CHU de Toulouse, Toulouse, France

* Auteur correspondant

Adresse email : ma-rry@hotmail.fr

Les troubles du cycle menstruels sont la première cause d'absentéisme scolaire des adolescentes et ont un retentissement important sur leur qualité de vie. Environ 3 adolescentes sur 4 se plaignent de dysménorrhées ; 20 à 40% déclarent avoir manqué l'école en rapport avec des inconforts liés aux cycles et 40 à 60% signalent un impact négatif sur leurs performances et leur concentration scolaire.

Le centre de référence des Pathologies Gynécologiques Rares PGR prend en charge ces troubles du cycle. Dans le projet d'éducation thérapeutique GYNADA validé par l'ARS fin 2019, le suivi des patientes s'appuie sur un livret-papier et sur la prescription d'un traitement médical adapté. Le livret permet un recueil objectif et prospectif des informations des périodes de menstruations tels que la durée, le score de Higham (pictogramme pour quantifier l'abondance des règles) ou l'EVA (Echelle Visuelle Analogique de la douleur). Nous avons observé qu'une grande partie des patientes ne remplissent que très partiellement le livret de suivi cycle après cycle. Elles utilisent en parallèle des applications gratuites non médicales, non adaptées à l'âge et dont les données sont incomplètes.

Le centre PGR, soutenu par la direction Innovpol' du CHU de Toulouse a mis au point avec la société Botdesign, un outil d'éducation numérique appelé Onaia. Cette application numérique pour smartphone est plus adaptée au mode de vie des adolescentes, et donc optimise leur prise en charge. Elle permet de suivre le déroulement des cycles, l'abondance des règles, l'absentéisme scolaire et la prise de médicaments. Il s'agit d'un outil interactif avec des notifications personnalisées, il propose également des liens vers des informations pratiques (fiches anatomiques, puberté, contraception...).

L'objectif est d'obtenir une participation active et décisionnelle à leur prise en charge afin de gagner en autonomie et d'améliorer leur qualité de vie.

Onaia est un outil conçu pour le suivi des troubles du cycle de l'adolescente, pour juger de l'efficacité et l'observance des traitements proposés afin d'améliorer rapidement la qualité de vie des adolescentes.

L'objectif de cette vidéo est de vous la présenter et de faciliter la diffusion de cet outil.

Déclaration des liens Autofinancement par PGR Pathologie gynécologique rare

V-12

LA DÉPRESSION DU POST-PARTUM : UNE VIDÉO CO-CONSTRUITE AVEC LES USAGERS

Thème : Obstétrique

S. Fleury*(1)

(1)CHU de Toulouse, Toulouse, France

* Auteur correspondant

Adresse email : sebastienfleury@outlook.fr

Des vidéos courtes et pour favoriser l'accès du plus grand nombre d'informations fiables

Du cours de la grossesse, les femmes doivent rapidement acquérir des connaissances, des compétences d'auto soin, et s'impliquer dans le système de soin, Face à cet impératif, le système de santé propose le plus souvent des documents écrits qui excluent de nombreuses de femmes, tout particulièrement celles pour lesquelles l'écrit et/ou la langue française sont difficiles. Nous poursuivons depuis 2 ans la construction, avec usagers et soignants, de courtes vidéos validées scientifiquement, mises à disposition sur les réseaux sociaux de façon libre et indépendante. Des sous titrages en anglais, espagnol et arabe sont un plus pour les femmes qui sont souvent délaissés par les approches « tout papier/tout français ». Nous avons débuté les incrustations en LSF. Les vidéos totalisent plus de 100 000 vues. Une évaluation est en cours pour certaines d'entre elles ; A titre d'exemple, nous présentons un des nombreux films co-construits avec les usagers cette année, portant sur la dépression du post-partum. Pour que le plus grand nombre de femme puissent prendre soin d'elles.

Déclaration des liens ARS - Appel à projet FIR

V-13

DES VIDÉOS POUR PRENDRE SOIN DE SOI À LA LUMIÈRE DU COVID

Thème : Obstétrique

B. Guyard boileau*(1), S.Fleury(1)

(1)CHU de Toulouse, Toulouse, France

* Auteur correspondant

Adresse email : guyard-boileau.b@chu-toulouse.fr

Soignants de terrain, nous sommes nombreux à nous questionner sur les difficultés de rester en équilibre dans nos vies de soignants. La période de covid, du fait de l'intensité de la charge de travail, la force des émotions, des conflits éthiques etc, a malmené de nombreux soignants. Grace au soutien de la fondation MACSF, nous avons réalisé une série de 6 vidéos, intitulée « Prendre soin de soi et se reconstruire à la lumière du Covid », accessibles en tout lieu et tout temps au plus grand nombre y compris ceux « au bout du rouleau ». Pour réaliser ce film ces films, nous avons constitué un groupe d'une trentaine de professionnels de santé. Dans un premier temps, nous avons recensé les témoignages du groupe concernant cette période de covid, enrichi d'une recherche sur internet (écrits, podcasts, etc). Sur la base de tous les éléments, nous avons défini 6 thématiques à aborder, qui nous paraissait prioritaires. Pour chacune des thématiques, nous avons écrit un script, relu par le groupe. Nous travaillons également sur un storyboard et sur les mots-clés à mettre en avant. Puis les vidéos sont réalisées. Les voix sont majoritairement celles de « voix professionnelles », majoritairement bénévoles dans le cadre du soutien aux soignants. On peut donc visualiser le teaser d'introduction, puis 6 vidéos, entre janvier et juin 2021. On y trouve des thématiques telles que « Le soignant confronté à ses émotions » ou encore « Gare aux conflits de valeurs », « Le soignant que nous voulons être », etc. L'ensemble des vidéos totalisent plus de 60 000 vues. Ces vidéos ont été retenues pour le congrès international sur la santé des soignants à Londres en mars 2022, et sont en cours de traduction en anglais. A titre d'exemple, nous présentons le film sur « Le soignant malade ».

Déclaration de liens Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

V-14

COMMENT PROLONGER UNE GROSSESSE MALGRÉ UNE RUPTURE UTÉRINE SURVENUE EN DEHORS DU TRAVAIL AU 2ÈME TRIMESTRE ?

Thème : Obstétrique

C. Geber*(1), C.Bouit(1), M.Cavalieri(1), P.Sagot(2), E.Simon(2)

(1)CHU Dijon Bourgogne, Dijon, France

(2)CHU Dijon Bourgogne, Université de Bourgogne, Dijon, France

* Auteur correspondant

Adresse email : g.celia@hotmail.fr

La rupture utérine en dehors du travail au 2ème ou au 3ème trimestre de la grossesse est un événement rare. Si l'état maternel et fœtal est rassurant, il n'existe aucun consensus pour la prise en charge de cette situation.

Nous rapportons dans cette vidéo le cas d'une femme de 29 ans, 2ème geste, primipare présentant une rupture utérine diagnostiquée au 2ème trimestre.

L'objectif de ce travail est d'illustrer par une vidéo les étapes du diagnostic, la prise en charge chirurgicale et la prolongation de la grossesse.

La patiente s'est présentée en consultation chez son gynécologue à 18+2 SA après avoir ressenti des douleurs abdominales intenses et spontanément résolutive. Lors de l'examen, elle était asymptomatique. L'échographie a mis en évidence une rupture de la paroi utérine antérieure. La cavité amniotique et le cordon ombilical étaient en grande partie extériorisés hors de l'utérus. Une laparotomie médiane a été réalisée en urgence. Des fils tracteurs ont été mis en place sur les berges de la rupture pour permettre la réintégration progressive et complète de la poche des eaux au moyen d'une compresse humidifiée. La suture du myomètre a été réalisée en 2 plans : des points en U au Vicryl 0, puis 2 surjets passés au Polysorb 3.0. Les suites opératoires ont été simples avec une antibiothérapie par Cefotaxime et Métronidazole pendant 7 jours. La patiente est rentrée à domicile 2 semaines après l'intervention, avec un suivi échographique hebdomadaire en ambulatoire. Une corticothérapie préventive a été réalisée à 29 SA. Devant l'apparition de contractions utérines, nous avons finalement réalisé une césarienne en urgence à 31+3 SA (3 mois et demi après le diagnostic). La patiente est rentrée à domicile à J3 post-césarienne. Le nouveau-né a été pris en charge en réanimation néonatale en raison du terme de naissance. Bien portant, il est rentré à domicile au terme corrigé de 37 SA.

Déclaration de liens Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts

V-15

ASTUCES EN CHIRURGIE DE L'ENDOMETRIOSE PROFONDE AVEC ATTEINTE DIGESTIVE

Thème : Chirurgie

M. Pelissie*(1)

(1) Hopitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

* Auteur correspondant

Adresse email : mathilde.pelissie@gmail.com

Cette vidéo a pour objet de présenter une cure d'endométriose profonde avec atteinte digestive. Dans l'objectif d'une épargne digestive et fonctionnelle maximale, les décisions se prennent au fur et à mesure de l'intervention avec réalisation d'un sharing étendu, de contrôles réguliers de la zone de sténose conduisant dans ce cas à une résection anastomose avec tests de sécurité au bleu puis protection de l'anastomose par plastie graisseuse

Déclaration de liens Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts