



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



POSTERS COMMENTES

PC-01

STRUMA OVARIII :UNE FORME PARTICULIÈRE DE TÉRATOME DE L'OVAIRE A PROPOS DE 3 CAS.

Thème : Gynécologie médicale

M. Alami merrouni*(1), H.Mochtari(1), Z.Benaboud(1), M.Saoud(1), N.Mamouni(1), S.Errarhay(1), C.Bouchikhi(1), A.Banani(1)

(1)CHU, Fes, Maroc

* Auteur correspondant

Adresse email : meriemalami993@gmail.com

Le goitre ovarien (ou struma ovarii) est une rare tumeur bénigne de l'ovaire qui représente moins de 3 % des tératomes ovariens. Il survient généralement chez la femme au cours de la cinquième décennie (entre 40 et 60 ans) et constitue le plus souvent une surprise de l'examen échographique puis histologique. Sa prise en charge est essentiellement chirurgicale. Nous rapportons le cas d'une patiente admise pour prise en charge d'une augmentation du volume abdominal avec à l'échographie découverte d'une masse ovarienne suspecte, la patiente a bénéficié d'une laparotomie avec hystérectomie, annexectomie et des biopsies multiples; l'examen anatomopathologie revenant en faveur d'un goitre ovarien

si la présence de tissu thyroïdien est fréquemment observée dans les tératomes ovariens, le caractère majoritaire de ce tissu constitue le struma ovarii. Cette tumeur, le plus souvent bénigne, a la particularité de pouvoir mimer en tout point une tumeur maligne ovarienne, d'avoir parfois un potentiel de malignité proche du carcinome thyroïdien et de pouvoir s'accompagner d'anomalies du bilan thyroïdien.

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

PC-02

EVALUATION DE L'ÉVOLUTION DES PRATIQUES CONTRACEPTIVES EN FRANCE : UNE ÉTUDE NATIONALE DESCRIPTIVE SUR 5 ANS

Thème : Gynécologie médicale

L. Donval*(1), A.Hamy(2), F.Reyal(2), D.Bondu(2), E.Daoud(2)

(1)Centre Hospitalier Versailles, Paris, France

(2)Institut Curie, Paris, France

* Auteur correspondant

Adresse email : lou.donval@live.fr

Introduction: Deux tiers des femmes en âge de procréer ont une couverture contraceptive en France en 2016. La pilule reste la première méthode contraceptive toutes tranches d'âge confondues. Il existe une évolution de la répartition des contraceptifs devant les changements des pratiques de prescription mais aussi du choix des utilisatrices. Le remboursement des différentes méthodes de contraception permet en outre de rendre accessible l'accès à la contraception et tente de répondre à un choix contraceptif individualisé.

Matériel et Méthode: Etude descriptive nationale à partir des données issues de la base Open Data de l'Assurance Maladie portant sur la consommation des méthodes contraceptives remboursées en France entre le 1er janvier 2014 et le 31 décembre 2019 : pilules oestroprogestatives, pilules microprogestatives, implant contraceptif, macroprogestatifs, dispositif intra-utérin (hormonal et au cuivre), diaphragme vaginal, préservatif remboursé. Nous avons procédé à une analyse par années du nombre d'utilisatrices et de boîtes vendues, par tranche d'âge (<20 ans, 20-60, ? 60 ans) et par prescripteur.

Résultats. Augmentation de la couverture contraceptive globale en France depuis 2014. En 2019, les méthodes de contraception sont prescrites dans 51% des cas par un médecin généraliste, 26% des gynécologues libéraux, 18% des prescripteurs hospitaliers et 5% de sages femmes. La pilule est la plus utilisée (70% des utilisatrices), suivie par le dispositif intra-utérin (12% des utilisatrices) avec une utilisation en hausse tout particulièrement chez les moins de 20 ans. Le DIU au cuivre est le type de DIU le plus utilisé (58%) avec une utilisation en hausse entre 2015 et 2019 (+30%), alors que l'utilisation du DIU hormonal est en faible baisse (-3% entre 2015 et 2019).

Conclusion. Le recours à la contraception globale augmente en France. Nous assistons à une évolution progressive des pratiques contraceptives, avec des utilisatrices de plus en plus nombreuses à se tourner vers des méthodes non hormonales. Bien que l'offre contraceptive soit diversifiée en France, le recours à l'IVG et à la contraception d'urgence restent élevés. Les prescripteurs ont un rôle important à jouer dans le choix des différentes méthodes de contraception.

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

PC-03

ANGIOLÉIOMYOME OVARIEN

Thème : Gynécologie médicale

H. Mochtari*(1), M.Alami(1)

(1)CHU Hassan II, Fes, Maroc

* Auteur correspondant

Adresse email : houdajupiter@gmail.com

L'angioléiomyome (ALM) est une tumeur bénigne rare et douloureuse qui fait référence à un type rare de léiomyome provenant des cellules musculaires lisses des parois artérielles et veineuses.

L'ALM est très rarement trouvé dans les organes génitaux féminins tels que l'utérus ou l'ovaire.

Nous rapportons le cas d'une énorme ALM ovarienne primaire chez une femme de 40 ans, nulligeste, admise pour la prise en charge d'une augmentation progressive du volume abdominal avec des algies pelviennes chroniques

Nous pensons que l'angioléiomyome doit être reconnu et classé comme une variante bénigne du léiomyome. Bien que nous ne disposions pas de données de suivi, les angioléiomyomes se présentait presque certainement comme bénin, car la morphologie avait clairement des indications d'une lésion bénigne.

Mots clés : Angioléiomyome, ovaire, dégénérescence

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

PC-04

CANCER DE L'OVAIRE AVEC CARCINOSE PÉRITONÉALE : DONNÉES SCANNOGRAPHIQUES ET PLACE DE LA LAPAROSCOPIE

Thème : Oncologie

G. Ben dhaou*(1), R.Bouchahda(2), H.Khairi(2)

(1)Hopital universitaire Charles Nicole Tunis, Nabeul, Tunisie

(2)Hopital farhat hached sousse, Sousse, Tunisie

* Auteur correspondant

Adresse email : b.dhaou.ghassen@gmail.com

Introduction :

La tomodensitométrie est actuellement l'examen de référence pour prédire la résecabilité tumorale en cas de carcinose péritonéale ovarienne. Le recours à la laparoscopie prend de l'ampleur pour évaluer la réponse tumorale en post chimiothérapie néoadjuvante. Le but de ce travail était d'étudier la fiabilité du scanner dans la caractérisation de la maladie carcinomateuse et de montrer la place de la laparoscopie dans le staging tumoral.

Méthodes:

Une étude descriptive mono-centrique rétrospective de 76 patientes admises pour cancers de l'ovaire au stade de carcinose péritonéale, a été réalisée au service de Gynécologie Obstétrique du CHU de Sousse, s'étalant de 2010 à 2019. Nous avons étudié la distribution de la carcinose péritonéale et les métastases non péritonéales au scanner et à la laparoscopie. Toutes les patientes ont bénéficié d'un scanner de contrôle et d'une laparoscopie en post chimiothérapie néoadjuvante. Nous avons confronté les résultats scannographiques et laparoscopiques en vue d'étudier la fiabilité du scanner dans la caractérisation de la réponse tumorale, considérant la laparoscopie comme Gold standard.

Résultats :

76 patientes ont formé la population d'étude. L'âge moyen de notre population d'étude était de 59,7 ans. Le scanner initial a montré la présence de carcinose péritonéale dans 65,78% des cas. Des ganglions abdominaux et cardio-phréniques, suspects de malignité étaient détectés dans respectivement 23,68% et 5,26%. La carcinose péritonéale a été jugée résecable dans 69,73% des cas. Cependant, la laparoscopie a permis d'ajuster la conduite à tenir thérapeutique chez 53 patientes candidates à une chimiothérapie. Nos résultats ont montré qu'il n'existait pas de concordance entre le scanner et la laparoscopie dans l'évaluation de la carcinose péritonéale ($\kappa = 0,033$, $p = 0,29$). La sensibilité et la spécificité du scanner de contrôle étaient de 20,40% et de 100 % respectivement. La laparoscopie a permis de redresser la conduite thérapeutique dans 51,31% des cas indiquant ainsi la chimiothérapie de deuxième ligne.

Conclusion :

L'étude de la réponse tumorale en post chimiothérapie doit impliquer la laparoscopie permettant d'éviter les insuffisances diagnostiques du scanner de contrôle et choisir la conduite thérapeutique optimale.

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

PC-05

VALIDATION EXTERNE D'UN NOMOGRAMME PRÉDISANT LE RISQUE DE RÉCIDIVE LOCALE À 2 ANS APRÈS VULVECTOMIE POUR CANCER DE LA VULVE ET ÉTUDE DE L'IMPACT DES RECONSTRUCTIONS VULVAIRES.

Thème : Oncologie

G. Parpex*(1), M.Koskas(1)

(1)Hôpital Bichat - Claude Bernard, Paris, France

* Auteur correspondant

Adresse email : guillaume_parpex@yahoo.fr

Introduction : Le cancer de la vulve est un cancer rare, représentant 3 à 5% des cancers gynécologiques. La résection chirurgicale est le traitement de référence des cancers vulvaires non métastatiques. Son pronostic est hautement corrélé à l'obtention de marges saines. Cette chirurgie peut alors être à l'origine d'un défaut tissulaire important nécessitant une reconstruction. Notre étude avait pour objectif de valider un nomogramme précédemment validé, prédisant le risque de récurrence locale à 2 ans des cancers de la vulve après vulvectomie et d'évaluer l'impact des reconstructions vulvaires.

Méthodes : Les patientes ayant été opérées entre 1998 et 2017 d'un carcinome épidermoïde de la vulve ont été incluses à partir de 8 centres du groupe FRANCOGYN. Nous avons évalué la probabilité de récurrence locale à 2 ans en utilisant un nomogramme validé et l'avons comparé avec les récurrences observées chez les patientes avec et sans reconstruction vulvaire. Les patientes ont été regroupées en tertiles en fonction du résultat du nomogramme : faible, intermédiaire et haut risque de récurrence locale à 2 ans.

Résultats : 254 patientes ont été incluses, parmi lesquelles 49 avaient bénéficié d'une reconstruction vulvaire. Les risques de récurrence locale à 2 ans étaient respectivement de 20,1% et 15,7% avec un index de concordance à 0,75. Dans les groupes à risque faible et intermédiaire, la différence observée entre le risque prédit et observé était inférieure à 10%, indépendamment de la réalisation d'une reconstruction vulvaire. Dans le groupe à haut risque, cette différence atteignait 25%, le risque de récurrence était alors inférieur pour les patientes ayant bénéficié d'une reconstruction vulvaire : 20,0% contre 36,2% en l'absence de reconstruction. Le taux de récurrence locale à 2 ans étaient similaires dans les 2 groupes.

Conclusion : La réalisation d'une reconstruction vulvaire après résection chirurgicale est sûre. La réalisation d'une reconstruction vulvaire associée doit être considérée pour les cancers localement avancés.

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

PC-06

ISSUES ET PRISE EN CHARGE DES STIC SUIVANT UNE SALPINGECTOMIE OPPORTUNISTE : REVUE SYSTÉMATIQUE ET MÉTA-ANALYSE

Thème : Oncologie

J. Ruel-laliberté*(1)

(1)Centre Hospitalier Universitaire de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada

* Auteur correspondant

Adresse email : jessica.ruel-laliberte@usherbrooke.ca

Introduction :

Les carcinomes séreux de haut grade de l'ovaire origineraient de la partie distale de la trompe. De 10 à 20% des porteuses d'un gène BRCA et de 1 à 7% des femmes dans la population générale ayant une salpingectomie opportuniste présentent des lésions précurseurs à la partie distale de la trompe, reconnues sous le terme STIC. Aucun consensus sur la prise en charge des STIC n'existe, les prises en charge variant du staging chirurgical complet, à la surveillance ou au dépistage de mutations des gènes BRCA. Les objectifs sont de déterminer le risque de développer un cancer séreux de haut grade suivant le diagnostic de STIC et de déterminer la prise en charge optimale des STIC.

Méthodologie:

Cette revue systématique suit les recommandations méthodologiques de Cochrane. Nous avons recherché systématiquement Medline, Embase, CENTRAL et Biosis. Toutes les langues et années de publication ont été acceptées. Deux examinateurs indépendants ont identifié les études et un troisième évaluateur a été utilisé en cas de désaccord. Les données ont été extraites par deux examinateurs à l'aide d'un formulaire d'extraction de données préalablement testé. Une analyse narrative des données a été effectuée afin de décrire le risque de biais des études incluses et résumer les schémas de pratique suite à un diagnostic STIC.

Résultats :

Le protocole a été enregistré dans PROSPERO (CRD42021230188). Treize articles ont été sélectionnés et l'extraction des données a été complétée. Un total de 99 patientes ayant eu un diagnostic isolé de STIC suite à une salpingectomie opportuniste ont été répertoriés. Suite au diagnostic de STIC, la prise en charge varie dans les études de l'absence de suivi, à un staging chirurgical et l'administration de chimiothérapie. La plupart des études répertoriées ont proposé un dépistage des gènes BRCA à ces patientes. Un total de 12 patientes ayant développé un cancer primaire péritonéal en cours de suivi fut recensé.

Conclusion :

Cette revue systématique est la première à évaluer le risque de développer un cancer chez les patientes ayant présenté un STIC lors de la salpingectomie opportuniste.

Déclaration des liens Fonds des résidents de l'Université de Sherbrooke

PC-07

PRISE EN CHARGE DE LA COAGULATION INTRA-VASCULAIRE DISSÉMINÉE EN MILIEU OBSTÉTRICAL.

Thème : Obstétrique

N. El euch*(1), S.Armi(2), S.Hassad(2), N.Mathlouthi(2)

(1)Faculté de médecine de Tunis, Tunis, Tunisie

(2)Service de Gynécologie A, Hôpital Charles-Nicolle, Tunis, Tunisie

* Auteur correspondant

Adresse email : nabileleuch@gmail.com

Introduction :

La coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) est une complication gravissime en milieu obstétrical engageant rapidement le pronostic vital de femmes jeunes.

Matériels et méthodes :

Étude rétrospective s'étendant sur 2 ans (2017-2018) colligeant 15 cas de CIVD dans une maternité de niveau III.

Résultats :

La CIVD est survenue dans 1.6‰ des accouchements. L'âge moyen des patientes était de 31.4 ± 5.79 ans. La majorité était des primipares (43.3%). 70% des grossesses étaient compliquées par une pathologie gravidique : 36.6% par une pré éclampsie sévère et 33.3% par un hématome rétro placentaire (HRP). Le terme moyen était de 35.82 SA. Le travail a été déclenché dans 26.6% des cas. L'accouchement s'est fait par voie basse dans 26.7% des cas et en urgence par césarienne dans 73.3% des cas. Le diagnostic de CIVD était purement biologique dans 36.6% des cas et associé à un état de choc hypovolémique dans 68.4% des cas. La CIVD était dû à une hémorragie du post-partum immédiat (atonie utérine, rétention placentaire, rupture utérine, délabrement vaginal) dans 49.8% des cas, à un HRP et à un HELLP syndrome chacun dans 26.6% des cas. L'ocytocine a été administrée dans 63.3% des cas et le sulprostone dans 53.3% des cas. Un geste chirurgical a été nécessaire dans 36.6% des cas. Aucun décès maternel n'a été déploré, cependant, on a rapporté des complications maternelles dans 76.6% des cas et une mortalité périnatale de 50%.

Conclusion :

La CIVD dans notre étude était majoritairement due à une hémorragie du post-partum immédiat et son traitement a reposé essentiellement sur la réanimation médicale ce qui a prévalu d'éviter les décès maternels au prix d'une morbidité élevée et d'une mortalité périnatale importante.

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

PC-08

REVUE DES PRATIQUES CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DES GROSSESSES TRIPLES
AU CHU DE RENNES ENTRE 2010 ET 2020.

Thème : Obstétrique

N. Gouget*(1)

(1)CHU Rennes, Rennes, France

* Auteur correspondant

Adresse email : noemie.gouget@gmail.com

Objectif : état des lieux concernant la prise en charge des grossesses triples au CHU de Rennes sur 10 ans.

Matériel et méthode : Etude monocentrique, rétrospective, incluant 40 patientes ayant mené une grossesse triple, suivies au sein du CHU de Rennes sur la période du 1er janvier 2010 au 31 décembre 2020. Le critère de jugement principal était les issues maternelles, fœtales et néonatales de ces grossesses. L'accord du comité d'éthique de la recherche en gynécologie obstétrique a été recueilli.

Résultats : Les grossesses triples représentaient 9.47 pour 10 000 naissances au CHU de Rennes sur les 10 années d'étude. Parmi les 40 patientes incluses, 42.5% ont eu une grossesse spontanée. La majorité des grossesses étaient de type trichoriale triamniotique (67.5%). 20% des patientes ont été hospitalisées de manière systématique entre 28SA et 32SA + 5 jours. Sur le plan maternel, les complications principales étaient la menace d'accouchement prématuré (52.5%), la rupture prématurée des membranes (32.5%), l'anémie (22.5%) ainsi que la pré-éclampsie (20%). Le terme moyen d'accouchement était de 34SA \pm 8 jours. 90% des accouchements ont eu lieu par césarienne. Sur le plan fœtal, la complication principale était le retard de croissance intra-utérin chez au moins un fœtus (32.5%). Sur le plan néonatal, 59.8% des nouveau-nés ont été admis en unité de soins intensifs. On retrouve comme principales complications l'anémie néonatale (24.1%) et les pathologies pulmonaires (14.3%). Dans notre étude, la mortalité périnatale était de 8.4%.

Conclusion : En l'absence de protocole de service, on constate une hétérogénéité dans la prise en charge des grossesses triples au CHU de Rennes, notamment en ce qui concerne la prise en charge systématique, en dehors de toute pathologie. Les prises en charge au CHU de Rennes sont en accord avec les recommandations du Royaume-Uni (NICE).

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

PC-09

FACTEURS PRONOSTIQUES DE SUCCÈS DU DÉCLENCHEMENT EN CAS DE RETARD DE CROISSANCE INTRA UTÉRIN APRÈS 36 SEMAINES D'AMÉNORRHÉE

Thème : Obstétrique

M. Metrop*(1), C.Garabedian(1), E.Cailliau(1), V.Debarge(1), D.Subtil(1), L.Ghesquière(1)

(1)CHU de Lille, Lille, France

* Auteur correspondant

Adresse email : manon.metrop@gmail.com

Contexte. En comparaison avec un fœtus de poids normal, les fœtus en retard de croissance intra-utérin (RCIU) sont des fœtus à risque de mauvaise tolérance du travail avec un risque accru d'anomalies du rythme cardiaque fœtale et d'acidose lors des contractions. Pourtant, plusieurs études ont prouvé qu'il y avait un intérêt à déclencher les RCIU à terme mais aucun déclenchement n'a fait preuve de sa supériorité par rapport à un autre. Nous avons fait l'hypothèse qu'il existait des facteurs maternels et fœtaux prédictifs du succès de l'accouchement par voie basse dans le déclenchement des RCIU à partir de 36 SA.

Matériel et méthodes. Il s'agit d'une étude rétrospective monocentrique réalisée au CHRU de Lille au sein de la maternité Jeanne de Flandres concernant toutes les patientes ayant été déclenchées à partir de 36SA pour une suspicion de RCIU et/ou PAG avec un poids fœtal estimé (PFE) et un poids de naissance < 10ème percentile sur des courbes personnalisées (Gardosi ou EPOPE) entre janvier 2013 et décembre 2019. Le critère de jugement principal était le succès du déclenchement défini par un accouchement par voie basse. Les groupes césariennes et voie basse ont été comparés entre eux afin de définir les facteurs pronostics de succès du déclenchement.

Résultats. 320 patientes ont été déclenchées, 246 ont accouchées par voie basse (76,9%) et 74 par césarienne (23,1%). 24 patientes (7,5%) patientes ont présenté une hémorragie du post-partum dont 9 (2,8%) sévères. 8 nouveaux nés avaient un pH<7 à la naissance (2,5%). Les facteurs pronostics de succès du déclenchement retrouvés après analyse multivariée étaient un utérus non cicatriciel (OR 8,45 ; IC95% [2,92-24,2]), l'absence de pré éclampsie (OR 6,60 ; IC95% [2,26-19,2]), la multiparité (OR 4,14 ; IC95% [1,75-9,77]), un RCF normal avant déclenchement (OR 3,14 ; IC95% [1,29-7,62]) ainsi qu'un IMC inférieur à 30 (OR 3.12 ; IC95% [1,43-6,84]). Les anomalies doppler, le type et le nombre de déclenchement ainsi que l'évaluation cervicale n'étaient pas retrouvés dans notre modèle.

Conclusion. Le déclenchement des RCIU après 36 SA ne semble pas augmenter la morbi-mortalité de cette population. Des facteurs pronostics de succès du déclenchement ont été retrouvés et sont essentiellement maternels.

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

PC-10

CLASSIFICATION DES TRACÉS D'EXPULSION, VERS UNE APPROCHE SIMPLIFIÉE ?

Thème : Obstétrique

M. Delnaud*(1)

(1)CHU Dijon Bourgogne, Dijon, France

* Auteur correspondant

Adresse email : marie.delnaud@chu-dijon.fr

La surveillance intrapartum par CTG a été introduite dans les années 1970 dans le but de réduire la morbidité périnatale. Cette diminution de la morbidité n'a pas été avérée dans la littérature; ce qui peut s'expliquer par les mauvaises performances et la multiplicité des recommandations. Plus spécifiquement, l'interprétation des rythmes d'expulsions n'a fait l'objet que de peu de travaux. On retrouve surtout la classification de Melchior & Piquard de 1988. Notre objectif était de mettre en évidence une valeur seuil de Nadir (rythme cardiaque fœtal le plus bas pendant l'expulsion) et une valeur seuil de Delta (RDB - Nadir) qui seraient corrélées un état néonatal péjoratif et justifieraient d'une intervention obstétricale.

Nous avons réalisé une étude rétrospective observationnelle unicentrique au CHU de Dijon du 01/01 au 31/12/2018. Les critères d'inclusion regroupaient l'ensemble des grossesses singletons avec accouchement par voie basse en présentation céphalique à terme et ayant présenté un rythme d'expulsion classé T2a, T2b, T3 ou T4 selon M&P précédé d'un rythme pendant le travail classé C1 ou C2 selon les RPC CNGOF. Nous avons défini un critère composite définissant un état néonatal préoccupant: pH artériel < 7,15 ou score d'APGAR à 5 minutes de vie < 7.

Sur 2063 accouchements par voie basse, nous avons inclus 302 accouchements. Pour la valeur Delta, la valeur médiane retrouvée est de 80 bpm. La courbe ROC retrouve une AUC:0,708 et permet d'identifier une valeur seuil de 55 bpm permettant de prédire la survenue de l'événement avec une Se de 64% et une Spe de 68%. Pour la valeur du Nadir, la valeur médiane retrouvée est de 70 bpm. La courbe ROC retrouve une AUC:0,654 et permet d'identifier une valeur seuil de 90 bpm permettant de prédire la survenue de l'événement avec une Se de 66% et une Spe de 54%.

Notre objectif était de s'affranchir de la classification de Melchior et Piquard en identifiant une valeur seuil de Nadir et de Delta corrélées à un état néonatal altéré. Bien que les performances des valeurs identifiées restent faibles, nous retrouvons une valeur seuil de delta autant sensible et plus spécifique que la valeur de nadir, l'étude d'une plus grande série pourrait améliorer ces performances afin de la rendre applicable dans la pratique clinique.

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

PC-11

ÉTUDE DE L'ASSOCIATION ENTRE L'ÂGE GESTATIONNEL ET LA MORBIDITÉ MATERNELLE SÉVÈRE EN CAS D'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ:
UNE ÉTUDE NATIONALE EN POPULATION

Thème : Obstétrique

M. Marquet*(1), C.Fabre(1), V.Pauly(1), V.Orléans(1), L.Boyer(1), J.Blanc(1)

(1)AP-HM, Marseille, France

* Auteur correspondant

Adresse email : manon.marquet@sfr.fr

Contexte: La prévalence des naissances prématurées augmente en France et dans le monde en raison de l'évolution des pratiques obstétrico-pédiatriques avec la prise en charge de nouveaux-nés à un âge gestationnel (AG) de plus en plus précoce. La morbidité néonatale associée à la prématurité est bien documentée, la morbidité maternelle sévère est moins connue.

Objectif : Déterminer si l'AG précoce est un facteur de risque indépendant de morbidité maternelle sévère (MMS) en cas d'accouchement prématuré.

Méthode: Cette étude de cohorte nationale rétrospective réalisée à partir des données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information incluait les mères ayant accouché entre 22 et 37SA en France métropolitaine en 2019, à l'exception des morts in utero et des interruptions médicales de grossesse. La MMS était définie comme un critère composite, par la survenue d'au moins un des événements suivants : décès, pré éclampsie sévère, complications obstétrico-chirurgicales, pathologies maternelles sévères, admission en réanimation. L'association entre AG et MMS a été évaluée par des régressions logistiques multivariées en utilisant l'AG comme une variable continue, puis catégorielle. Des tests d'interaction ont été effectués pour évaluer les facteurs influençant la force de l'association entre MMS et AG.

Résultats: Parmi les 42 821 femmes ayant accouché prématurément en France métropolitaine en 2019 (soit 6.2% de l'ensemble des parturientes), 6 249 (14,6%) ont présenté un événement de MMS (principalement de pré éclampsie sévère, 74,3%). L'AG était associé à la MMS (OR ajusté allant de 1,83 entre 32-34SA) 2,67 entre 22-24SA, $p < 0,001$). Les tests d'interaction ont montré qu'un âge gestationnel plus précoce était associé à la MMS chez les femmes présentant une prématurité induite et un accouchement par césarienne ($p < 0,001$ pour les deux tests d'interaction).

Conclusions: L'AG précoce est un facteur de risque indépendant de MMS. La principale cause de MMS est la pré-éclampsie sévère. Les analyses complémentaires suggèrent que les complications maternelles sont en rapport avec le type de prématurité induite et le mode d'accouchement par césarienne.

Déclaration des liens Bours

PC-12

PRISE EN CHARGE DES EXTRÊMES PRÉMATURÉS DANS UNE MATERNITÉ DE TYPE 3 :
VARIABILITÉ DES AVIS ET DES CONNAISSANCES DES SOIGNANTS SUR LE PRONOSTIC
DES EXTRÊMES PRÉMATURÉS.

Thème : Obstétrique

C. Girard*(1), F.Goffinet(2), H.Collinot(2)

(1)APHP, Paris, France

(2)Maternité Port-Royal, Paris, France

* Auteur correspondant

Adresse email : charlotte.girard4@gmail.com

En France, chaque année, environ 1900 extrêmes prématurés naissent entre 23 et 25 SA et 6 jours. Leur prise en charge peut-être intensive ou palliative. Selon les régions, voire les maternités et les praticiens, les décisions de prise en charge sont variables face à une même situation clinique. Ainsi, la survie des extrêmes prématurés mais aussi le risque de handicap dépendent en partie de la volonté de prise en charge. L'objectif de cette étude était d'étudier cette variabilité et ses déterminants au sein d'une maternité de type 3, en particulier les connaissances des soignants sur la survie sans morbidité sévère de ces enfants.

Nous avons mis en place en 2015, dans notre maternité, un protocole de prise en charge des extrêmes prématurés reposant sur un avis collégial, en dehors de l'urgence, concernant le caractère raisonnable ou non de prendre en charge de manière intensive l'enfant à la naissance. Dans cette étude, nous avons étudié la variabilité individuelle des avis et des connaissances des soignants (sage-femme, obstétricien et pédiatre) sur le pronostic des extrêmes prématurés. Les soignants ont été interrogés : premièrement à propos de leurs avis concernant les seuils de survie sans morbidité sévère; et deuxièmement sur leurs connaissances concernant la survie sans morbidité sévère de ces enfants. Nous avons ensuite réalisé des statistiques descriptives et comparatives selon les déterminants de la variabilité

76,5 % des soignants ont participé (n=86) , dont 52 % de sages-femmes, 27 % d'obstétriciens et 21 % de pédiatres. Dans notre équipe la prise en charge intensive apparaît raisonnable pour un extrême prématuré à partir de respectivement 45% et 50% de chance de survie sans morbidité sévère aux pédiatres et aux obstétriciens contre 60% aux sages-femmes ($p = 0,03$ et $p < 0,01$). En terme de connaissance, pour un garçon pesant entre 600 et 700g, né entre 24+3 et 24+6 SA, les obstétriciens estiment la survie sans morbidité sévère à 50% contre 30% pour les pédiatres et les sages-femmes.

Nos résultats montrent que la variabilité existe au sein de notre équipe, même 5 ans après la mise en place du protocole. Elle semble liée à la profession exercée, au sexe, et à l'expérience du soignant.

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

QUALITÉ DES SOINS OBSTÉTRICAUX EN PÉRIODE DE CONFINEMENT : COMPARAISON
TÉLÉMÉDECINE VS SUIVI PRÉSENTIEL POUR LES FEMMES ENCEINTES À BAS-RISQUE
(PROTECT IMPROVING PRENATAL CARE DURING CONFINEMENT)

Thème : Obstétrique

G. Ambroise*(1), L.Avercenc(2), W.Ngueyon sime(3), C.Bertholdt(1), S.Bedel(1),
A.Carvalho freitas(3), O.Morel(1), F.Guillemain(3)

(1)Maternité du CHRU de Nancy, Nancy, France

(2)Département de Maïeutique, Nancy, France

(3)CIC - EC, Nancy, France

* Auteur correspondant

Adresse email : galleambroise@hotmail.com

Objectif : La faisabilité, l'efficacité et la sécurité du suivi obstétrical par télémédecine initié dans le contexte de pandémie de Covid 19 ont été évalués simultanément à son implémentation.

M & M : Une étude monocentrique quasi-expérimentale a été initiée auprès de femmes enceintes à bas-risque ayant prévu d'accoucher au sein d'une maternité française de niveau 3 suite à la mise en œuvre du confinement. Un groupe de femmes ayant bénéficié d'au moins une téléconsultation (téléphonique ou visioconférence, groupe exposition) a été comparé à un groupe de femmes ayant bénéficié d'un suivi conventionnel adapté au contexte sanitaire (groupe contrôle). Des questionnaires auto-administrés itératifs ont permis d'évaluer l'évolution de la qualité perçue des soins anténataux (score QPCQ – 5 points) et de caractériser le profil maternel (niveau de littératie en santé et E-santé, niveau de stress, contexte psycho-social). Un recueil des issues maternelles et fœtales a été réalisé parallèlement. Des analyses exploratoires ont été conduites afin d'identifier une corrélation éventuelle entre le profil maternel, le score QPCQ et les issues périnatales.

Résultats : Cinquante-cinq et 52 femmes ont été incluses au sein des groupes exposition et contrôle, les issues périnatales étaient comparables au sein de ces deux groupes. Les groupes étaient également comparables pour le score QPCQ moyen et le profil des participantes (QPCQ 4.15 ± 0.52 et 4.26 ± 0.63 pour les groupes exposition et contrôle respectivement). Aucune corrélation entre le profil des patientes, la qualité des soins anténataux ou les issues périnatales n'a été mise en évidence.

Conclusion: La faisabilité, l'efficacité et la sécurité du suivi obstétrical par télémédecine pour les grossesses à bas-risque sont confirmés quels que soient le profil psycho-social et le niveau de littératie maternel. En période épidémique, le maintien d'une qualité de soins obstétricaux élevée est possible et ne semble pas dépendre de la modalité de suivi (télémédecine ou suivi présentiel adapté au contexte sanitaire).

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

PARTICULARITÉS DES RYTHMES CARDIAQUES FOETAUX À L'EXPULSION DES PRÉSENTATIONS PODALIQUES COMPARÉES AUX PRÉSENTATIONS CÉPHALIQUES. ETUDE DE COHORTE RÉTROSPECTIVE SUR TROIS ANS.

Thème : Obstétrique

A. Hernigou(1), E.Chamorey(2), B.Thiberghien(3), S.Maccagnan(1), J.Delotte(4), M.Bourgeois(1), A.Musso*(1)

(1)Ecole de sages-femmes, CHU Nice, Nice, France

(2)Département d'Epidémiologie, Biostatistiques et des Données de Santé, Nice, France

(3)Centre Hospitalier Clavary, Grasse, France

(4)Pôle Femme-Mère-Enfant, Hôpital Archet II, CHU Nice, Nice, France

* Auteur correspondant

Adresse email : musso.a@chu-nice.fr

Introduction

La controverse sur les modalités d'accouchement des présentations podaliques (PP) repose sur le supposé sur-risque d'acidose néonatale, malgré les recommandations de pratique clinique en faveur de la voie basse (VB) à condition de respecter les critères d'éligibilité de cette voie basse. L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF) fait partie des modalités de surveillance du travail et de l'accouchement en dépistage des acidoses et asphyxies néonatales. Peu d'études ont analysé le RCF lors du travail/accouchement des PP.

Objectif

Comparer le RCF des PP aux présentations céphaliques (PC) 1h avant l'expulsion et à l'expulsion.

Méthode

Etude de cohorte rétrospective bicentrique incluant les femmes ayant accouché VB dans 1 CH et 1 CHU de fœtus singleton en PP, nés vivants entre le 01.01.18 et le 31.12.20, comparées aux femmes ayant accouché en PC, appariées sur l'âge maternel, la parité, le mode d'entrée en travail, le poids néonatal, lieu/date d'accouchement. Analyse du RCF selon la classification FIGO (travail) et Melchior avec ajout de la variabilité (expulsion) par un observateur expérimenté.

Résultats

228 RCF ont été analysés (114 PP/114 PC).

Les PP présentaient lors du travail plus de RCF-suspects FIGO, de tachycardie, de ralentissements variables-sévères (respectivement 35% vs 20%, $p=0.01$; 31% vs 7%, $p<0.001$; 59% vs 47%, $p=0.10$). Il n'y avait pas de différence de répartition des classifications de Melchior à l'expulsion ($p=0.34$); plus particulièrement Melchior 0 (13% vs 22%, $p=0.08$), Melchior 1 (52% vs 45%, $p=0.29$), Melchior 2-3-4 (21% vs 20%, $p=0.87$). La variabilité semblait réduite (12% vs 6%, $p=0.10$).

Les nouveau-nés en PP présentaient plus de $pH<7.10$, de lactates⁸, de détresses respiratoires (respectivement 11% vs 3%, $p=0.01$; 11% vs 4%, $p=0.04$; 21% vs 3%, $p<0.001$) sans majoration des transferts en réanimation/néonatalogie (5% vs 2%, $p=0.45$).

Discussion/Conclusion

Les PP présentent plus de RCF à risque modéré d'acidose néonatale lors du travail que les PC, sans différence majeure de types de Melchior. Il semble possible de tolérer ce type de

RCF au cours de l'expulsion des PP. Les recommandations de pratique clinique n'abordent pas l'analyse du RCF des PP. Il serait intéressant d'affiner leurs particularités lors du travail/accouchement.

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

LES INTERVENTIONS OBSTÉTRICALES LORS DE L'ACCOUCHEMENT DES GROSSESSES À BAS RISQUE ONT-ELLES DIMINUÉ CES 10 DERNIÈRES ANNÉES ? ETUDE DE COHORTE RÉTROSPECTIVE MULTICENTRIQUE (2011-2015-2019).

Thème : Obstétrique

P. Ivézic(1), E.Chamorey(2), M.Heitz(3), B.Thiberghien(4), S.Maccagnan(1), O.Toullalan(5), J.Delotte(6), A.Musso*(1)

(1)Ecole de sages-femmes, CHU Nice, Nice, France

(2)Département d'Epidémiologie, Biostatistiques et des Données de Santé, Centre Antoine Lacassagne, Nice, France

(3)Master I2A, Faculté de Médecine, Nice, France

(4)Centre Hospitalier Clavary, Grasse, France

(5)Centre Hospitalier Simone Veil, Cannes, France

(6)Pôle Femme-Mère-Enfant, Hôpital Archet II, CHU Nice, Nice, France

* Auteur correspondant

Adresse email : musso.a@chu-nice.fr

Objectifs : Evaluer l'administration d'Oxytocine durant le travail spontané des GBRO entre trois périodes distinctes, le taux d'interventions (analgésie péridurale (APD), rupture artificielle de la poche des eaux (RAPDE), épisiotomie, césarienne) et les complications materno-fœtales.

Etude de cohorte multicentrique rétrospective conduite dans 3 maternités publiques qui comparait la cinétique des taux d'administration d'oxytocine et d'interventions lors du travail spontané/accouchement de GBRO entre 2011-2015-2019.

433/780 (55,5%) dossiers éligibles ont été inclus (137 en 2011, 148 en 2015 et 2019; 25892 accouchements durant la période. La population était constituée 57,1% de nullipares. L'âge médian était de 28,7 ans, le terme médian d'accouchement de 40,1 SA (stables dans les 3 périodes). Les durées médianes des 1ère et 2ème phases du travail et des efforts expulsifs avaient augmenté entre 2011 et 2019 (respectivement 4,7 heures (h) vs 6h, $p < 0,001$; 0,6h vs 0,9h, $p = 0,03$; 11,3 minutes (min) vs 15,5 min, $p < 0,001$). A partir de 2015, l'administration d'Oxytocine, la RAPDE, les taux de césarienne et d'épisiotomie avaient diminué (respectivement 52,7% vs 38,5%, $p = 0,02$; 49,3% vs 41,9%, $p < 0,001$; 6,6% vs 1,4%, $p = 0,06$; 23,6% vs 7,5%, $p = 0,001$), sans augmentation des déchirures compliquées (0% vs 2%, $p = 0,45$). La proportion de femmes sans intervention et APD restait inchangé (respectivement 12,4% vs 14,9%, $p = 0,76$; 69,3% vs 74,3%, $p = 0,42$). Seul le groupe des nullipares a vu des combinaisons possibles d'interventions pendant le travail diminuer : Oxytocine/RAPDE ($p < 0,001$), Oxytocine/APD ($p = 0,05$), Oxytocine/APD/RAM ($p = 0,06$). Les pH artériels $< 7,15$ tendaient à diminuer lorsque l'Oxytocine était utilisée seule ($p = 0,08$). L'analyse multivariée identifiait une moindre utilisation d'Oxytocine (ORa=0,60 ; IC95% [0,35-0,96]) et une augmentation des épisiotomies avec l'Oxytocine (ORa=1,74 ; IC95% [0,94-3,23]).

Une GBRO sur 2 en travail spontané a reçu au moins 1 intervention intra-partum. Les interventions pendant le travail et l'accouchement diminuaient dès 2015 conformément aux recommandations. Il semble intéressant d'affiner les résultats sur le déroulé du travail et les complications materno-fœtales en tenant compte des combinaisons d'utilisation de la triade Oxytocine/APD/RAPDE.

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

PC-16

PRISE EN CHARGE DES COUPLES APRÈS RÉCEPTION DE BHCG NÉGATIFS EN AMP

Thème : Médecine de la reproduction et assistance médicale à la procréation

N. Koren*(1)

(1)Gynécologue, Paris, France

* Auteur correspondant

Adresse email : nathalia.koren@gmail.com

Introduction :

Le parcours de soin en AMP est long, contraignant et la majorité des couples n'obtiendront pas de grossesse à l'issue d'une première tentative. Quarante pourcent des patientes considèrent la période d'attente de résultat de test de grossesse comme la plus stressante du traitement.

L'objectif de notre étude est d'analyser le vécu des couples lors de cette période encadrant la tentative d'AMP.

Matériels et Méthodes :

Nous avons réalisé une étude de cohorte, avec recueil prospectif de données, menée de mars 2019 à août 2020, au sein des centres hospitaliers intercommunaux d'AMP de Créteil et de Poissy. Tous les couples bénéficiant d'une insémination intra-utérine ou d'un transfert d'embryon frais ou congelés ont été inclus. Le consentement a été obtenu des patients le jour de l'acte d'AMP. Un questionnaire « Google Form » a été envoyé individuellement par mail aux deux membres du couple le jour de réception du résultat négatif du test de grossesse.

Résultats :

Au total, 138 patientes et 59 patients ont été inclus. L'évolution du niveau d'optimisme et de stress lors de la période précédant le test était similaire dans les deux centres. Le jour de la réalisation du test, 45,6 % des patientes présentaient un niveau d'anxiété élevé. En comparaison avec les résultats obtenus chez les femmes, le jour du test les hommes étaient plus optimistes et moins stressés, 35,4% des hommes présentaient un niveau d'anxiété totalement absent. La prise en charge a influé sur le vécu des patients de manière significative. L'absence de prise en charge a plus de chance d'avoir un effet neutre sur le vécu des patients en comparaison aux différentes prises en charge qui peuvent être rassurantes (OR=5,9, $p=0,01$) ou stressantes (OR=18,7, $p< 0,01$). La prescription d'ordonnance a eu un effet plus rassurant que neutre en comparaison avec le rappel par les patientes des soignants (OR = 0,15, $p=0,01$).

Conclusion :

Il s'agit de la première étude française évaluant la prise en charge et le ressenti des patients après réception d'un test de grossesse négatif à l'issue d'une AMP. Une prise en charge personnalisée, choisie en amont en concertation avec les patients pourrait être proposée, avec une place à définir pour la consultation avec un psychologue.

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

PC-17

PLACE DE L'OESTRADIOLÉMIE DANS LA PRÉVENTION DU RISQUE DE SURVENUE DE GROSSESSES MULTIPLES EN CAS DE CONTROLLED OVARIEN STIMULATION

Thème : Médecine de la reproduction et assistance médicale à la procréation

M. Bruand*(1)

(1)CHU Angers, Angers, France

* Auteur correspondant

Adresse email : mariette.bruand@gmail.com

Objectif : Evaluer l'intérêt à doser systématiquement l'oestradiolémie au décours d'une controlled ovarian stimulation avec insémination intra-utérine (COS-IUI) pour prévenir le risque de survenue d'une grossesse multiple.

Matériel et Méthode: il s'agit d'une étude observationnelle et unicentrique réalisée dans un centre de médecine de la reproduction. Toutes les patientes ayant été traitées par COS-IUI de 2011 à 2019 et pour lesquelles la procédure a donné lieu à une grossesse clinique étaient incluables dans l'étude. Le dosage de l'oestradiolémie au moment de la décision du déclenchement était réalisé systématiquement en cas de cycles de COS-IUI. Le critère de jugement principal était l'aire sous la courbe ROC pour l'oestradiolémie.

Résultats: Nous avons analysés 455 grossesses cliniques (418 singletons, 35 gémellaires et 2 triples) survenues après 3387 cycles d'IUI. Les taux de grossesse clinique, de grossesse multiple et de naissances vivantes étaient respectivement de 13.4% (455/3387), de 8.1% (37/455) et de 10.8% (367/3387). L'aire sous la courbe ROC pour l'oestradiolémie était de 0.60 (0.52-0.69). L'oestradiolémie était inférieure à 500 pg/mL dans 89% (33/37) des grossesses multiples. Aucun cycle d'IUI n'a été réalisé lorsque l'oestradiolémie était supérieure à 1000 pg/mL. Il n'était pas retrouvé de différence significative entre l'oestradiolémie moyenne des grossesses simples comparé à celle des grossesses multiples (respectivement 260.1 ± 156.1 pg/mL vs 293.0 ± 133.4 pg/mL, $p=0.21$). L'analyse multivariée retrouvait, pour l'oestradiolémie, un aOR à 1.06 (0.85-1.32). Le coefficient de corrélation linéaire r entre l'oestradiolémie et le nombre de follicules ≥ 10 mm ou ≥ 14 mm était respectivement de 0.43 et 0.41. La proportion de cycles annulés pour oestradiolémie élevée isolée (>900 pg/mL) était de 0.2% (9/3630).

Conclusion: La pratique systématique d'un dosage sanguin de l'œstradiol pour prédire le risque de survenue de MP après COS-IUI n'est pas justifiée dès lors que des critères d'annulation comprenant l'âge de la patiente et un nombre limité de follicules ≥ 10 ou 14mm sont prédéfinis et respectés.

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

LES USAGES ET EXPÉRIENCES VÉCUES DES PATIENTS EN AMP EN FRANCE EN 2020

Thème : Médecine de la reproduction et assistance médicale à la procréation

N. Paton*(1), S.Betzi(2), G.Porcu buisson(3), V.Rio(4), A.Morvan(5)

(1)Marseille, France

(2)Association Collectif BAMP8, Marseille, France

(3)Institut Médical de la Reproduction, Marseille, France

(4)Association Collectif BAMP!, Caen, France

(5)Clinique Bouchard - Groupe ELSAN, Marseille, France

* Auteur correspondant

Adresse email : nathalie.paton@gmail.com

Introduction

Cette recherche identifie les épreuves, les freins et les besoins des patients pour mieux construire la prise en charge des patients de demain tant sur les plans médical que social, professionnel et psychologique.

Matériels et méthodes

Une enquête quantitative a été menée auprès de 1637 personnes en parcours AMP à partir de 2 sondages. Le 1er sondage traite des usages des patients des centres d'AMP (n=1053); le 2nd concerne leurs expériences vécues de leur parcours médical (n=584). L'échantillon cible les patients inscrits dans un centre d'AMP français et engagés dans un parcours de soins au moment du recueil des données.

Résultats

Les résultats s'organisent autour de 4 axes. D'abord les faits les plus marquants sont présentés. L'étude montre qu'un patient sur quatre souffre de manière significative par rapport à ses soins en AMP ; près de la moitié sont pessimistes quant aux résultats du traitement et 65% affirment que l'AMP empêche de profiter de la vie. Ensuite, l'étude montre les domaines dans lesquels l'AMP se porte bien : la qualité des soins fournis par les praticiens et le personnel (80 %), la gestion administrative des patients (77 à 87 %), les premiers rendez-vous médicaux avec le personnel (78 à 91 %), la qualité du dialogue (81%), et l'état physique des locaux (82 à 97%). Troisièmement, l'étude souligne les domaines auxquels il est important d'être vigilant : un patient sur deux souhaite davantage de moyens de communication ; la gestion du temps est un problème ; 41 % déclarent que l'infertilité empêche d'entreprendre et de réussir ; les traitements perturbent fortement le travail (83 %) et réduisent les performances (79 %) ; les droits au travail ne sont pas respectés dans ¼ des cas. Le dernier axe interprétatif traite des découvertes : 2 populations sont mal identifiées : 20-30 ans et hommes ; l'image corporelle des femmes est transformée (95%) et les femmes sont déprimées par le fait de voir une autre femme enceinte (85,5%).

Conclusions

L'enquête met en évidence le fait qu'une personne sur quatre vit très mal son parcours d'AMP, et près de la moitié des patients ne sont pas optimistes quant à l'issue de leur traitement médical. Elle souligne également deux grands impensés de l'AMP : la population des 20-30 ans et celle des hommes.

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