LES CAHIERS SYNGOF

Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France

90

Septembre 2012

- Actualités syndicales
- Gynerisq'*Attitude*
- Les cancers invasifs de l'endocol

Les Cahiers SYNGOF jour après jour

vous informent

LES CAHIERS SYNGOF
Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France

Sommaire

3 Éditorial
B. de ROCHAMBEAU
4 Éditorial
F.X BOYER de LATOUR

INFORMATIONS SYNDICALES

5 Conseil d'administration du 7 septembre
J. MARTY
11 Contraceptifs oraux
E. PAGANELLI
12 Compte rendu de l'A.G. de l'EBCOG
J. NIZARD, J. HOROVITZ
14 Avenir hospitalier
P. LE PORS

CONNAISSANCE ET AMELIORATION DES PRATIQUES MÉDICALES

DOSSIER

17 Gynerisq'Attitude
• Les ruptures utérines
Groupe d'experts de GYNERISQ
20 Recommandations pour la pratique clinique :
• Actualisation de la prise en charge des myomes
Groupe de travail du CNGOF
30 Les cancers invasifs de l'endocol
P. BERNARD, I. GABELLE-FLANDIN, D. PASQUIER
35 "Staging" ganglionnaire dans les cancers du col
J. FADHERBE

ANALYSE DU RISQUE MÉDICAL

38 Revue de presse médicale ; relevé des CRCI
• Faute d'un gynécologue préjudice moral pour les parents
• Accouchement d'un enfant mort-né : faute de l'obstétricien
M-A ROZAN

HISTOIRE DE L'OBSTÉTRIQUE

40 Le Forceps obstétrical ; une brève histoire
B. SEGUY

VOS RUBRIQUES

48 Propos de lecture
49 Commissions de qualification
50 Conseil d'administration
52 Délégués régionaux
54 Petites annnonces
55 Le coin des cinéphiles du siècle dernier
56 Agenda des congrès

90

septembre

The Bridgeman Art Library

Roses and Lilies, 1897 (oil on canvas), MacMonnies, Mary Louise (née Fairchild) (1858-1946)

Musee des Beaux-Arts, Rouen, France

Directeurs de la Publication : Drs François-Xavier Boyer de Latour, Bertrand de Rochambeau
Comité de Rédaction : Professeurs Bernard et Horovitz.
Docteurs Belaiche, Boyer de Latour, Faidherbe, Farin, Guérin, Rivoallan, Rozan, Touraine.
Publicité : INTERMÉDIAIRE
Directeur : Gaël Yard
93 quai de la pie - 94100 ST MAUR
Tél/Fax 01 48 83 21 50
e.mail : g.yard@intermediaire-rp.fr
Siège social : Syngof, 25 rue du Tendat 81000 ALBI - Tél. 04 67 04 17 18
e.mail : syngof@syngof.fr
Site internet : http://www.syngof.fr/

La loi du 11 mars 1957 n'autorisant, aux termes des alinéas 2 et 3 de l'article 41, d'une part, que les "copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective" et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et illustrations, "toute représentation ou reproduction intégrale, ou partielle, faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause, est illicite", (alinéa 1er de l'article 40). Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait une contrefaçon sanctionnée par les articles 425 et suivants du code pénal.

Conception et Réalisation :
Nadine Prugny
Maquette P.A.O. : Nadine Prugny
ISSN 1273-3415
Dépôt légal : 3ème trimestre 2012
Imprimé en France
SOULIE Imprimeur - 34110 FRONTIGNAN

Syngof décline toute responsabilité sur les opinions émises dans les articles qui n'engagent que leurs auteurs.

Magazine adressé à titre gratuit aux adhérents du Syngof.

LES ESSENTIELS DE L'INPES

LA CONTRACEPTION : comment mieux la personnaliser?

www.inpes.sante.fr
inpes
Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

Près de 200 000 IVG par an en France

Pourquoi ce chiffre alors que 9 femmes sur 10 ne souhaitant pas avoir d'enfant* utilisent une méthode contraceptive? L'adéquation de la contraception à la situation personnelle est peut-être la clé du problème. Il n'y a pas de contraception valable pour toutes les femmes : chacune est un cas unique. C'est la situation affective, le mode de vie, le rapport au corps qui guident le choix de la contraception. Trouver la contraception qui correspond le mieux à sa patiente peut prendre du temps. La consultation de suivi offre l'opportunité d'aborder les problèmes d'observance, responsables de nombreux échecs contraceptifs, et de réorienter le choix initial si nécessaire. Pour favoriser cet échange, l'Inpes rediffuse à partir du 26 septembre une campagne à destination du grand public. •

DES REPÈRES POUR VOS CONSULTATIONS

Évaluer l'adéquation et la satisfaction de la méthode contraceptive

« Avez-vous des questions concernant votre contraception actuelle ? »
« Êtes-vous satisfaite de votre moyen de contraception ? »
« Rencontrez-vous des problèmes avec votre méthode contraceptive ? »
« En avez-vous parlé à votre partenaire ? »

Pour les utilisatrices de contraception orale :

• Explorer le sujet des oublis de pilule : les connaissances et l'attitude en cas d'oubli.
« La dernière fois que vous avez oublié de prendre un comprimé, c'était dans quelles circonstances ? »
« Que faites-vous en cas d'oubli ? »
« Avez-vous eu envie d'arrêter la pilule ? Si oui, pourquoi ? »

• Fournir des conseils pour une prise en routine et inviter la patiente à réfléchir à l'horaire le mieux adapté à ses activités. Conseiller de lire attentivement la notice de la pilule et proposer d'en reparler s'il y a des questions.

• Apporter une information sur la conduite à suivre en cas d'oubli de pilule (verso de la carte Inpes : Que faire en cas d'oubli de pilule ?) et sur les méthodes de rattrapage possibles, dont la contraception d'urgence.

• Expliquer quand et comment utiliser la CU, indiquer qu'elle est en vente libre en pharmacie. Au cas par cas, associer le renouvellement de la pilule avec la rédaction d'une ordonnance de CU.

Assurer le suivi et réaliser le bilan de prévention

• Explorer notamment les problèmes de santé et les prises médicamenteuses éventuels depuis la dernière consultation.

• Pratiquer notamment : poids, IMC, TA, examen des seins et gynécologique si besoin ; 2 frottis cervico-vaginaux à un an d'intervalle, puis tous les 3 ans, à partir de 25 ans ; cholestérol total, triglycérides et glycémie à jeun tous les 5 ans si contraception OP.

Explorer la protection contre les IST et le VIH

• Expliquer que le préservatif est la seule méthode qui protège contre les IST. Insister sur l'intérêt d'une double protection (préservatif + autre contraceptif).

• Offrir la possibilité d'un dépistage du VIH, notamment à l'occasion du bilan sanguin de surveillance des patientes prenant une contraception orale.

En cas d'insatisfaction ou de difficultés

• Explorer la connaissance d'autres méthodes et rappeler la diversité des moyens de contraception.
« Quelles sont les méthodes contraceptives que vous connaissez ? Qu'en pensez-vous ? »
« Voulez-vous essayer une autre méthode ? »
« Je vous propose de consulter le site www.choisirsacontraception.fr, ainsi que la brochure, d'y réfléchir et que nous en reparlions. » (verso de la brochure Inpes : Choisir sa contraception)

• Proposer de réfléchir à une contraception longue durée (par exemple : DIU, implant, injections trimestrielles).

CHIFFRES CLÉS

• En France, **9 femmes sur 10** ne souhaitant pas avoir d'enfant* utilisent une méthode contraceptive[1]
• Chez les 15-24 ans, près d'**1 grossesse sur 2** n'est pas prévue[1]
• Parmi les grossesses non prévues, **2 sur 3 surviennent** chez des femmes utilisant une contraception[2]
• **56 %** des femmes utilisant une contraception prennent la pilule (83 % chez les 20-24 ans)[3], mais seulement **34 %** des femmes prenant la pilule disent ne jamais l'oublier[3]
• **23 %** des femmes qui ont une IVG prenaient la pilule[4]

Des outils à votre disposition

Plus d'information sur www.choisirsacontraception.fr/pro

LES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES
Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire. Saint-Denis : Anaes, 2004

POUR EN SAVOIR PLUS
- Repères pour votre pratique, *« Comment aider une femme à choisir sa contraception ? »*
- La brochure *« Dépistage du VIH et des infections sexuellement transmissibles (IST) - Informations et ressources pour les professionnels de santé »*

POUR VOS PATIENTS, DES SUPPORTS POUR LA DISCUSSION
- La brochure et l'affiche *« Choisir sa contraception »*
- La carte *« Que faire en cas d'oubli ? »*
- La brochure *« Questions d'ados »*
- La brochure *« Le livre des infections sexuellement transmissibles »*

SOURCES

Une information de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
* Femmes âgées de 15 à 49 ans, sexuellement actives au cours des 12 derniers mois, ayant un partenaire, n'attendant pas ou ne souhaitant pas d'enfant.
(1) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). *Baromètre santé 2010*. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé (à paraître).
(2) Bajos N., Leridon H., Goulard H., Oustry P., Job-Spira N., Cocon Group. Contraception: from accessibility to efficiency. *Human reproduction*, 2003, vol. 18, n°5 p. 994-999 - (3) Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes). *Les Français et la contraception*, Inpes, BVA, 2007 : 47 p. En ligne : http://www.choisirsacontraception.fr/pdf/francais_et_contraception.pdf - (4) Bajos N., Lamarche-Vadel A., Gilbert F., Ferrand M. I., Group C., Moreau C. Contraception at the time of abortion: high-risk time or high-risk women? *Human reproduction*, 2006, vol. 21, n°11: p. 2863 - (5) Le guide BERCER de l'OMS et l'université Johns Hopkins isolent une étape de « Retour pour visite de suivi ». Anaes, Afssaps, Inpes. *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme : recommandations pour la pratique clinique. Argumentaire*. Saint-Denis : Anaes, 2004 p. 154-198.

POUR COMMANDER

(gratuit, dans la limite des stocks)
Par email : edif@inpes.sante.fr
Par fax : 01 49 33 23 91
Par courrier : Inpes, service Diffusion
42, boulevard de la Libération
93203 Saint-Denis cedex

Bertrand de Rochambeau
Directeur de Publication

En 2012 la représentation syndicale de la gynécologie obstétrique incarnée par le SYNGOF devient incontournable. Seul syndicat représentant la totalité de la spécialité le SYNGOF a su s'adapter aux nouvelles exigences de la représentativité et de la communication du XXIème siècle.

Avec son pôle Plateau Technique Lourd libéral, le SYNGOF a mené avec les chirurgiens de l'UCDF et les anesthésistes de l'AAL à une victoire électorale sans contestation possible. Cela lui permet d'avoir la représentativité syndicale qui l'autorise à siéger aux négociations conventionnelles qui ont repris en septembre à propos de la liberté tarifaire : il défend comme cela n'avait jamais été possible la réévaluation indispensable des honoraires opposables et la liberté tarifaire du secteur 2, rempart essentiel contre le blocage tarifaire imposé par la CNAM depuis 1982.

Le SYNGOF saura faire entendre la voix des gynécologues obstétriciens Français afin qu'ils ne se fassent pas confisquer leur Développement Professionnel Continu

Impliqué totalement dans la création et le succès d'Avenir Hospitalier, le pôle Hospitalier Public du SYNGOF a suivi le même parcours victorieux, et participe maintenant activement aux côtés du SNPHAR-e et du SMH aux discussions ministérielles pour rétablir un pacte de confiance après les ravages occasionnés à l'hôpital public par l'application de la loi HPST.

Grâce à son implication massive dans Gynerisq : structure professionnelle créée sous l'égide de la HAS pour la gestion des risques de la profession, le SYNGOF est aujourd'hui une structure active dans le développement professionnel continu (DPC) auprès de ces 1800 adhérents.

Ainsi quand la HAS crée une structure fédératrice des différentes représentations de la profession : le Collège National Professionnel de Gynécologie Obstétrique (CNPGO) qui aura la charge d'ordonner et de gérer le DPC de la profession, le SYNGOF entend y participer comme un élément fondateur et moteur. Il saura faire entendre la voix des gynécologues obstétriciens Français afin qu'ils ne se fassent pas confisquer leur Développement Professionnel Continu, ex-enseignement postuniversitaire, ex FMC, ex EPP, par une minorité majoritairement universitaire, non représentative de la profession.

Ne nous y trompons pas ce nouveau combat a une importance majeur pour notre exercice futur, ne laissons pas d'autres que nous se saisir de notre avenir.

François-Xavier BOYER de LATOUR
Directeur de Publication

éditorial

Le changement, c'est inquiétant...

Depuis son arrivée au pouvoir le nouveau gouvernement ne cesse d'adresser à notre spécialité des signaux alarmants. Dès son installation Marisol Touraine proclamait son soutien inconditionnel à l'hôpital public, et sa volonté de supprimer les dépassements d'honoraires.

Depuis 25 ans la part des accouchements réalisés dans les établissements de soins privés est passée de 60 à 30%. Les nouveaux SROS connus semblent vouloir amplifier ce phénomène. Il est certain que ce transfert s'accompagnera d'une augmentation des dépenses publiques ; en revanche il est peu probable qu'il s'accompagne d'une amélioration de la qualité des soins, dans la mesure où le transfert de l'activité du privé au public est réalisé par l'embauche de praticiens contractuels aux compétences et expériences qui n'ont rien de commun avec celles des accoucheurs du privé.

Vouloir supprimer ou encadrer les dépassements d'honoraires de façon autoritaire c'est traiter le symptôme d'une maladie sans la traiter elle-même. En effet, les honoraires dépassant les tarifs opposables, que les médecins ont progressivement demandés à leurs patients, sont la conséquence de l'absence de revalorisation des actes chirurgicaux depuis 30 ans, et obstétricaux depuis 10 ans ! La suppression ou l'encadrement des dépassements d'honoraires ne peut donc se concevoir sans une revalorisation des actes, quasi impossible dans cette période de crise. Enfermer des confrères dans le secteur I c'est bien montrer à la profession qu'il ne faut jamais concéder sa liberté même avec les meilleures intentions. Le syndicat dissuadera ses membres de signer tout contrat si la dette de réversibilité à l'égard des secteurs I n'est pas apurée.

La liberté tarifaire a permis aux praticiens de mettre à la disposition de leurs patients des progrès technologiques que la sécurité sociale reconnaît toujours avec retard (comme la cœliochirurgie). Cette liberté a permis à la chirurgie et l'obstétrique libérales de survivre et de maintenir un choix pour les patients quand ceux-ci ne font pas tout à fait confiance aux compétences du dispositif que les Pouvoirs publics leur proposent. Et ce, alors que le dispositif public coûte plus cher à la solidarité nationale de 30% tout en paraissant gratuit au patient.

Réformer brutalement le secteur II sans réévaluation du secteur I serait compromettre la survie de l'hospitalisation privée et d'une façon générale le choix possible des patientes qui caractérise le système de soins en France.

Conseil d'administration

7 septembre 2012

J. MARTY*

Selon les déclarations de la campagne présidentielle, le nouveau gouvernement devrait favoriser l'hôpital et s'attaquer aux dépassements d'honoraires.

Étaient présents les Docteurs : BASTIAN, BONNEAU, CACAULT DE BIEVRE, DENJEAN, DE ROCHAMBEAU, DREYFUS, FAIDHERBE, GRYNBERG, HOMASSON, HOROVITZ, LE PORS, LONLAS, MARTY, PAGANELLI, PEIGNÉ, RIVOALLAN, ROZAN, SEGUY, TEFFAUD, VERHAEGHE.
Pr SCHLAEDER invité.

Etaient excusés les Docteurs : BOYER DE LATOUR, CORTEY, DARMON, FAVRIN, GERAUDIE, GUIGUES, GRAVIER, JUBIOT, LAPLACE, LEBOEUF, LEGRAND, LE MEAUX, MUHLSTEIN, ROUGÉ.

Ouverture du CA par le Président J. MARTY

Le Président ouvre la séance et précise qu'étant donné la baisse du nombre de cotisants au SYNGOF il est bon de réfléchir à l'utilité pour le SYNGOF de payer des cotisations aux unions européennes ou internationales comme l'EBCOG et l'UPIGO. Les principaux intéressés par ces structures vont expliquer aux membres du CA les avantages à rester adhérent.

Le Dr M. A. ROZAN propose une minute de silence pour la disparition brutale du Dr Alain DESROCHES à la suite d'un infarctus. Il avait 56 ans et il était administrateur de la région d'Orléans depuis plus de 20 ans.

Approbation du PV de la séance précédente

Le PV est adopté à l'unanimité.

EBCOG (European Board and College of Obstetrics and Gynaecology) J. HOROVITZ

Le président donne la parole au Pr HOROVITZ qui explique à la salle comment fonctionne l'EBCOG.
L'EBCOG a été fondé en 1996, il est basé à Bruxelles et comprend 35 pays membres dont des membres observateurs (Albanie, Kosovo). Il a fusionné avec l'EAGO en 2004.
L'EBCOG est la branche gynéco-obstétricale de l'Union Européenne des Médecins Spécialiste (UEMS). Il regroupe des collèges et des syndicats de gynécologie obstétrique au niveau européen.
L'union européenne des médecins spécialiste (UEMS) créée en 1958 est une organisation dont le but est d'harmoniser et d'améliorer la qualité de la pratique médicale des médecins spécialistes en Europe. Elle représente les spécialistes médicaux auprès de l'Union Economique Européenne.
Le but de l'EBCOG est d'améliorer la santé des femmes et des nouveau-nés en promouvant une qualité des soins de haut niveau en Europe. Pour ce faire l'EBCOG rassemble les professionnels de tous ses pays membres et travaille également en étroite collaboration avec quatre sub-spécialités : médecine materno-fœtale (European association of perinatal medicine), oncologie gynécologique (European society of gynecological oncology), la médecine de la reproduction (European society of human reproduction and embryology), l'urogynecologie (European Urogynaecology association).

* Président du SYNGOF - Co-Président du BLOC

Le cœur des activités de l'EBCOG est l'éducation et la formation des spécialistes, la FMC, le développement personnel continu. Il a été créé un comité permanent pour la reconnaissance des formations. Il y a aussi un comité d'évaluation des formations : formation initiale et formation continue. Ce comité forme également les formateurs.

L'EBCOG a produit un programme de formation européenne des spécialistes en gynécologie obstétrique et un livret de l'interne. Il a aussi avec les sociétés de sub-spécialistes élaborés des programmes de formation européens et un carnet de formation pour les étudiants de sub-spécialités. Par ailleurs l'EBCOG a développé un système de visite d'accréditation des hôpitaux accueillant des internes pour évaluer la qualité de la formation. Les visites sont organisées sur demande des services (en France sous l'égide du CNGOF) par des experts visiteurs (dont un interne en formation membre de l'AGOF). Un rapport est rédigé et des recommandations sont faites. Le rapport est transmis au comité d'accréditation et le service visité est accrédité par l'EBCOG pour une période de cinq ans comme centre de formation européen pouvant accueillir des internes en gynécologie-obstétrique.

Un programme de visite des centres d'excellence accueillant des sub-spécialistes en formation a commencé et un service de formation de sub-spécialistes agréé peut maintenant recevoir un agrément commun fourni par l'EBCOG et par la société de sub-subspecialité concernée.

L'EBCOG souhaite être le représentant de l'ensemble des gynéco-obstétriciens de l'Europe et une de ses priorités a été d'augmenter le nombre d'adhérents des pays de l'Europe de l'est.

L'EBCOG organise tous les deux ans un congrès. Le CNGOF avec J. NIZARD et le SYNGOF avec J. HOROVITZ représentent la France à l'EBCOG.

Le Pr HOROVITZ précise qu'à l'heure actuelle c'est le SYNGOF qui représente toute la gynécologie obstétrique française auprès de l'EBCOG bien que L'UMESPE ait souhaité, il y a 2 ans être le représentant des syndicats de France auprès de l'EBCOG.

Il espère que le SYNGOF restera au sein de l'EBCOG pour représenter la France dans cette union européenne de la gynécologie obstétrique.

Lire le compte rendu de la dernière assemblée générale page11.

UPIGO
(Union professionnelle Internationale des Gynécologues et Obstétriciens)
G. SCHLAEDER

Le Pr SCHLAEDER prend ensuite la parole. Membre de l'UPIGO depuis une vingtaine d'années il y représente le SYNGOF. Les relations UPIGO-SYNGOF ont toujours été très étroites.

Le SYNGOF a joué un rôle essentiel dans la fondation et le fonctionnement de l'UPIGO. L'UPIGO a été fondée il y a près de 60 ans sous l'impulsion du SNGOF ancêtre de l'actuel SYNGOF. Sur 7 secrétaires généraux, 4 étaient français. A l'heure actuelle la première langue de travail est toujours le français, devant l'anglais et l'allemand.

L'UPIGO est une Union Internationale Le tableau ci-dessous montre la place de l'UPIGO au sein de divers groupements de la spécialité. A gauche les organismes relevant de l'Union Européenne, au milieu ceux qui dépendent de la grande Europe du Conseil de l'Europe et à droite les organismes à vocation mondiale. C'est le cas de l'UPIGO fondée à Paris en 1953 soit un an avant la FIGO fondée en 1954. Il précise que l'UPIGO a des liens étroits avec les organisations africaines francophones (15 pays). L'UPIGO bénéficie d'autres contacts internationaux et tout particulièrement avec le Conseil de l'Europe et sa Commission Santé. L'UPIGO a pris une part active à plusieurs rapports parlementaires du C.E. (éducation à la sexualité, prévention des cancers gynécologiques... et actuellement l'accès aux soins).

L'UPIGO est une association professionnelle. De nombreux sujets ont été étudiés : les problèmes médico-légaux et judiciaires développés sous l'impulsion de R. BELAICHE, la mortalité maternelle, les conditions d'exercice de la gynécologie obstétrique en Europe et en Afrique ont donné lieu à des rapports fort détaillés et sont visibles sur le site www.upigo.org. La prochaine AG aura lieu à Strasbourg fin septembre et traitera entre autres des assurances en responsabilité civile professionnelle, de l'IVG légale et illégale, de l'examen gynécologique systématique, de coopération médicale transfrontalière.

En conclusion : l'UPIGO apporte au SYNGOF une ouverture internationale. A l'heure de l'Europe c'est un outil professionnel important dont il ne faut pas se priver et que le SYNGOF doit continuer à soutenir.

Il termine en remerciant l'assemblée de son attention.

Le Dr FAIDHERBE informe le CA que R. BELAICHE lui a confié sa succession au sein de l'UPIGO et qu'il a eu la surprise, lors d'un envoi de questionnaires à ses confrères européens regroupés au sein de l'UPIGO, de recevoir un certain nombre de réponses. Il pense que l'UPIGO existe vraiment, que c'est un outil et qu'il faut le conserver.
Le Pr HOROVITZ intervient pour défendre l'EBCOG qui selon lui prend de plus en plus d'importance au niveau européen.
Plusieurs administrateurs demandent si un CNPGO vraiment représentatif ne serait pas l'interlocuteur national de l'EBCOG.
Le Dr MARTY demande si les objectifs généraux du SYNGOF se retrouvent dans les positions qui sont prises dans le cadre de ces structures et si le SYNGOF a un retour sur investissement (les cotisations étant assez élevées pour chaque structure). Il précise que ce sera le cadre de la réflexion des membres du bureau et du trésorier. Celui-ci étant absent aucune décision n'est prise ce jour.

CNPGO (Conseil National Professionnel en Gynécologie Obstétrique) E. PAGANELLI

Le DPC (développement personnel continu) doit représenter la nouvelle forme de formation médicale continue de tous les professionnels de soins. Chaque spécialité doit constituer un collège professionnel qui se compose de la totalité des organismes de chaque spécialité : sociétés savantes et syndicats.
En 2009, le CNGOF a fondé le CNPGO (Conseil national professionnel des GO) dont il est décrété dans les statuts que le Président du CNPGO était de droit le président de cette nouvelle structure. La SFG (Société Française de gynécologie) et la FNCGM (Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale) ont participé et DONC se sont attribué des postes de décision répartis d'avance en dehors de toute démocratie.
Les 2 vice-présidents sont les présidents de la FNCGM et de la SFG. La secrétaire générale est le Dr Clara PÉLISSIER et la trésorière le Dr Béatrice GUIGUES. Les retraités y sont majoritaires.
Le Dr MARTY précise l'enjeu majeur du CNPGO dans l'orientation de cette nouvelle FMC. Dans notre spécialité, accepter ce coup monté serait rétablir le mandarinat en matière de formation médicale continue : les fonds, les thèmes, les experts dépendent de cette nouvelle structure.
L'esprit des collèges professionnels était au contraire de constituer des sociétés ou se partageait le pouvoir entre praticiens de terrain et universitaires. Le SYNGOF vote à l'unanimité de refonder une structure, qui respectera complètement le cahier des charges des conseils nationaux professionnels de la HAS, incluant les syndicats et les sociétés savantes laissées pour compte.

Nouvelles compétences des sages-femmes sur le terrain E. PAGANELLI

Les administrateurs ont reçu le dépliant *Profession : sage-femme* édité par la sécurité sociale et ont été surpris de voir que le partenaire médical pour les femmes *"vision sécu"* était la sage-femme. Accès direct à la sage-femme sans avoir besoin d'un médecin traitant déclaré pour ses remboursements.
Le Dr PAGANELLI pense qu'il faut organiser un réseau médecins-sages-femmes et valoriser ce réseau de professionnels de santé dédié à la santé et à la pathologie de la femme. Pour valoriser ce réseau il faut négocier un acte C2 quand une sage-femme adresse une patiente au gynécologue spécialiste de la femme, comme le C2 avec le médecin généraliste.
Nous travaillons avec les sages-femmes, elles sont sur le terrain.
L'association française de contraception (AFC) souhaite nous aider à obtenir un C2 sage-femme gynécologue, pour demander un avis pour contraceptions difficiles que la sage-femme ne peut pas prendre en charge.
Le Dr PEIGNÉ précise qu'en Rhône-Alpes les Pouvoirs publics demandent au réseau de périnatalité et à la Commission régionale de la naissance une convention pour que les sages-femmes libérales puissent exercer dans les établissements publics. **Le SYNGOF, à l'unanimité, s'oppose à la substitution des gynécologues par les sages-femmes sans aucune organisation préalable négociée avec les médecins.**
Notamment, aucune trace de réseau dans toute la campagne de la sécu.
Imposer une sage-femme à toutes les femmes qui souhaitent une prise en charge gynécologique veut masquer la disparition de notre spécialité. Sans l'accord des médecins elle n'apportera pas la sécurité et la compétence médicale pour lesquelles les femmes se sont mobilisées.

CCAM clinique E. PAGANELLI

Nous avons été invités à participer le 30 mai dernier à une réunion organisée par l'UMESPE sur la CCAM clinique. Le SYNGOF n'ayant pas validé de travail nous ne sommes pas allés à cette réunion. Lors du dernier conseil d'administration nous avons créé une commission au sein du CA *"Cotations et CCAM clinique"*.
J'ai adressé aux médecins du groupe un pré-dossier : Que propose ce syndicat ? Décrire l'activité clinique par 3 niveaux de consultation capables de traduire la diversité de l'activité du médecin.
Mettre en place une typologie simple, maniable, dite *"tronc commun"* sur la base de critères non ambigus

et objectivables dans le respect des grands principes de la CCAM : acte global et règles de l'art dans une cohérence globale.

La CSMF pense que la plupart des spécialités peuvent écrire un projet de cette sorte. 90% des actes seraient facilement classables dans 3 niveaux de consultation et 10% d'actes difficiles à classer pourraient remettre le projet en cause.

La FNCGM avait travaillé sur ce projet et définit 3 niveaux de consultation. La CCAM en gynécologie médicale et obstétrique peut-elle rentrer facilement dans un cadre de 3 niveaux ? Voici des réponses de membres de la commission :

"J'ai bien reçu ton document sur l'analyse de la méthodologie du pôle nomenclature qui est une vraie usine à gaz à laquelle je n'ai rien compris. La classification en 3 niveaux semble plus simple, mais à quoi correspondent ces niveaux ? Quels sont le mode de raisonnement et la méthodologie de la Commission de nomenclature ?

A quoi correspondent les valeurs de travail global décrites ?"

"Quelques réflexions sur le sujet: d'abord je réfute a priori toute diminution d'un ou plusieurs actes... si nous mettons le pied dans cet engrenage il y aura des pertes, certes, mais sans gain pour d'autres actes, et je ne fais pas réellement confiance à la CNAM pour respecter ce genre d'engagement. Pour le reste je crois qu'il faut au maximum pousser le C2, voir à ce sujet la notice "le C2 pour les nuls" de la CSMF, qui explique bien le problème. Dans les éventuelles discussions futures il faut proposer le C2 ou un équivalent pour toutes les "nouvelles patientes" pour qui nous créons un dossier de prise en charge d'une pathologie: infertilité, cancer, ménopause...voire début de contraception avec une jeune fille. Attention à ne pas nous sous-estimer : notre CS (+ MPC + MCS pour secteur I) nous différencie nettement de nos amis MG (dont très peu fait effectivement un examen gynécologique, en particulier en contraception), et je crois qu'il faut aussi nous différencier des sages-femmes libérales par notre plus grande compétence qui justifie bien cet écart avec elles !".

Je reste d'accord avec eux. Il faudrait surtout élargir le C2 et pouvoir associer notre activité clinique aux actes techniques que nous faisons régulièrement.

Mais comment définir le contenu de la consultation ? Je vous livre la réponse aisément accessible sur le site de l'assurance-maladie : www.ameli.fr rub. professionnel de santé.

> *"Article 15 – Contenu de la consultation, de la visite (modifié par la décision UNCAM du 18/07/2005)*
>
> *La consultation ou la visite comporte généralement un interrogatoire du malade, un examen clinique et, s'il y a lieu, une prescription thérapeutique.*
>
> *Sont considérés comme inclus dans la consultation ou dans la visite les moyens de diagnostic en usage dans la pratique courante (tels que prise de tension artérielle, examen au spéculum, toucher vaginal ou rectal, etc.) ainsi que les petits actes techniques motivés par celle-ci (injection sous-cutanée, intradermique, intramusculaire, petit pansement etc.).*
>
> *La consultation ou la visite du médecin spécialiste qualifié ou du chirurgien-dentiste spécialiste qualifié, comporte également les actes de diagnostic courants propres à sa spécialité.*
>
> *Toutefois, lorsque ces actes ne sont pas accompagnés d'un examen du malade (notamment s'ils sont effectués en série) l'intervention du praticien n'ayant pas alors la valeur technique d'une consultation, le praticien doit noter, non une consultation ou une visite, mais le coefficient ou le code de l'acte pratiqué".*

Suite à la réunion du 7 septembre nous proposons de lister les consultations à revalorisation du C2 et de réfléchir aux actes sous cotés dans la CCAM technique.

Avenir Hospitalier P. LE PORS

Avenir Hospitalier a été reçu, le 28 août dernier, par Madame la Ministre Marisol Touraine qui a reconnu cette nouvelle structure *(lire texte page 12)*. Le matin du CA elle participait à la réunion de présentation par Marisol Touraine du Pacte de confiance pour l'hôpital (lire ce pacte sur le site syngof.fr). Elle encourage tous les gynécologues du secteur public comme du secteur privé à lire ce discours qui annonce la politique de santé pour les années à venir. Monsieur Edouard COUTY a été chargé de la coordination de 3 groupes de travail avec conclusions attendues pour décembre 2012.

- Le premier portera sur le service public hospitalier, sa place, ses missions, ses liens avec les autres acteurs du système de soins ;
- Le second concernera la rénovation du dialogue social à l'hôpital, avec une réponse à donner au malaise actuel, travail sur les ressources humaines, et les carrières ;
- Le troisième réfléchira, sur la base des résultat des deux autres groupes au fonctionnement interne des hôpitaux, avec l'organisation du système de santé public, et la gouvernance qui devra être évoquée explicitement.

Le Dr Le PORS insiste sur le fait que le SYNGOF au sein d'Avenir Hospitalier participe désormais à toutes les discussions et concertations concernant les PH, et incite tous les gynécologues obstétriciens publics à s'engager et venir s'exprimer au sein du syndicat.

Discussion avec la salle sur les thèmes suivants de l'ordre du jour : SROS, permanence des soins, négociations conventionnelles, dépassements, livre blanc. Résumé de la situation par le Dr J. MARTY sur la page suivante.

Le changement pour les gynécologues obstétriciens publics comme privés ne se dessine pas clairement

J. MARTY

Le changement c'est maintenant. Sans se fourvoyer dans des slogans politiques, **nous pouvons nous interroger sur le changement en gynécologie-obstétrique. Quelle direction ? Quand ?**

Selon les déclarations de la campagne présidentielle, le nouveau gouvernement devrait favoriser l'hôpital et s'attaquer aux dépassements d'honoraires.

Compte tenu des difficultés de l'exercice au sein de l'hôpital, le syndicat ne peut que se réjouir de cette perspective d'amélioration. Mais sera-t-elle vraiment une amélioration de la condition d'exercice des gynécologues obstétriciens pour revenir partout à une gynécologie obstétrique de qualité au bénéfice des femmes et des enfants ? Pour le syndicat il y a une clé : la rupture avec la croissance actuelle de l'obstétrique publique sans disposer des praticiens compétents. C'est-à-dire la fin du recrutement de contractuels pourvoyeurs de sinistres et de mortalité maternelle. La cour des comptes dans son rapport annuel ne préconisait-il pas devant les mauvais chiffres la remobilisation des acteurs ? **Les Nouveaux SROS** pourraient-ils montrer le changement ? Nous n'avons pas l'impression sur la base des premiers rapports qui nous sont parvenus que cela ait changé partout. A Nice la conversion de la clinique Santa Maria de privé en Espic et en Midi-Pyrénées, l'objectif de fermer toutes les maternités privées en dehors de Toulouse. Le fonctionnement de tous les établissements publics de la région n'est pourtant pas partout mirobolant et la population confrontée à des monopoles est contrainte d'accepter un choix... unique. La solidarité nationale est contrainte de payer 30% plus cher les naissances.

Le syndicat doit être conscient de la différence d'intérêts entre les administrations hospitalières qui voient dans ces opérations un accroissement des chiffres d'affaires au prix d'effets délétères sur les patientes avec des PH qui n'ont plus les conditions d'une obstétrique de qualité. Le Pôle public du SYNGOF s'en fait régulièrement l'écho.

Les dépassements d'honoraires concernent privés et publics : ceux qui ont un secteur privé à l'hôpital.

Frédéric van ROEKEGHEM a décidé de commencer par les abus de dépassements d'honoraires. La suppression des dépassements est reportée à plus tard. En langage politique, cela signifie que les dépassements sont pérennisés mais pas assumés.

Il faut tordre le cou déjà à ce terme consacré de *"dépassements d'honoraires"* qui n'a pas de sens. **Ce sont les honoraires qui dépassent les tarifs opposables... bloqués depuis 30 ans.** La population qui n'est pas satisfaite par l'offre de soins des hôpitaux publics à tarifs opposables, parce qu'elle y trouve le meilleur comme le pire, accepte ces suppléments tarifaires pour pouvoir choisir des praticiens en qui elle a confiance au sein de l'hôpital ou en ville. Cette population se recrute particulièrement parmi la population aisée. Les dépassements se retrouvent logiquement dans les régions où la proportion des cadres est forte : particulièrement Ile de France, Rhône-Alpes, PACA.

Pour en définir les abus, il faudrait commencer par déterminer ce que devrait être le tarif actualisé. Droite et gauche ont reconnu l'effet pervers du blocage et qu'il était la cause des dépassements. Nous avons en mémoire les propos de Xavier BERTRAND, le précédent ministre : *"les dépassements sont dus à la non-revalorisation conséquente et régulière des tarifs"*. Mais il n'a rien fait pour revaloriser nos tarifs et la campagne démagogique contre les dépassements a bien commencé sous son administration.

Les abus sont importants en niveau, jusqu'à dépasser 10 fois le tarif opposable pour certains universitaires en secteur privé, mais faibles en volume. Ce faible volume prouve la falsification de la réalité mise en avant dans l'argument : lutter contre ces abus serait lutter contre la difficulté d'accès aux soins.

Ces honoraires excessifs, s'ils sont connus avant les prises de rendez-vous, ne sont pas abusifs. Ils sont simplement hors-jeu dans le système conventionnel. Dans ce cas, que la Sécurité sociale ne rembourse rien pour ne pas cautionner ces exercices de niche qui ne sont pas le cœur de sa mission : financer au plus grand nombre des soins de qualité.

En tout cas, nous pouvons proposer de déconventionner les tarifs abusifs mais sûrement pas de déconventionner les praticiens car l'effet serait l'inverse puisque cela reviendrait à priver la population des professionnels qui sont en trop petit nombre.

Enfin, le seuil de l'abus doit être défini selon une précision logique de la notion du tact et de la mesure et ne doit en aucun cas être fixé dans le seul intérêt des caisses complémentaires qui se trouvent dans un dilemme : Rembourser les compléments d'honoraire à un niveau qui compense le retard tarifaire et devoir réduire leur marge de gestion exorbitante de 6 milliards d'euros sur 36 collectés. Ne pas rembourser totalement les dépassements, c'est alors perdre la clientèle constitué par cette population qui souhaite choisir et avoir une complémentaire santé qui lui en donne pleinement la possibilité.

Par contre, commencer par l'élimination des abus a un avantage, celui de mettre en évidence leur marginalité et démontrer à la population que la plupart des dépassements n'a rien

d'abusif pour compenser l'insuffisance tarifaire des actes.
Il est dès lors injuste de priver du droit de compenser sans abus le retard tarifaire pour les activités opératoires, les médecins qui étaient les plus convaincus de l'esprit de la convention en 1992 et qui, pour cette raison, étaient restés en secteur 1.
Cette ségrégation injuste ne contribue en rien à la remobilisation de ces obstétriciens.
S'il se confirme, la création d'un contrat de modération des dépassements qui limite davantage les dépassements de tarifs que le secteur II pratique, n'aurait aucune raison d'exclure les praticiens de secteur 1.
Deux sujets ont été promus médiatiquement par la politique :

- La distinction hospitalisation publique et privée : elle semblait du passé ?
- Les dépassements de tarifs opposables : Ils ne représentent que 2,5mds€. Contre 176Mds de dépense d'assurance-maladie en 2012. Soit 1,5%.

L'essentiel est ailleurs : l'emballement de la facture sanitaire qui contribue à la dette souveraine. C'est la cause de la perturbation des tarifs et de nos exercices.
Pourquoi soignants et Pouvoirs publics ne pourraient-ils pas se mobiliser sur l'essentiel ? A savoir ce que nous avons proposé dans les différentes instances : la réduction des actes et des prescriptions superflus. On en connaît les raisons, la plus importante étant la prudence d'avoir dans le dossier tous les examens possibles que pourrait exiger un expert en cas de sinistre. C'est la médecine défensive contre la judiciarisation médicale.
Il y aurait dans une telle politique de réduction des superflus pendant quelques années des économies de 20 à 30% sans altérer la qualité des soins. Cela représente largement de quoi résorber le retard tarifaire indispensable au retour du progrès des soins accessibles à tous, ce que n'apportera par contre jamais la réduction des dépassements d'honoraires.

L'ordre du jour étant terminé. La séance est levée à 16h45.

NÉGOCIATION CONVENTIONNELLE

La séance de négociation conventionnelle du 7 septembre a porté sur les abus de dépassements.
Ces abus sont dénoncés par les Pouvoirs publics parce qu'ils font obstacle à l'accès aux soins pour tous.
La sécurité sociale a fait une proposition de définir les abus sur des critères flous :

Le caractère excessif de la pratique tarifaire s'apprécie au regard des critères suivants :
- **Le rapport entre les honoraires facturés aux assurés sociaux et le montant remboursable des soins délivrés par le médecin,**
- **La fréquence des actes avec dépassement et la variabilité des honoraires pratiqués,**
- **Le dépassement moyen annuel par patient, exprimé en pourcentage du revenu fiscal français moyen de référence.**

L'appréciation tient compte de la fréquence des actes par bénéficiaire ainsi que du volume global de l'activité du professionnel de santé. Elle tient également compte des niveaux d'expertise et de compétence, soit attestés par les titres et les travaux de recherche dont les résultats font l'objet de publication régulière dans les revues médicales nationales et internationales, soit reconnus par la profession.

➡ Les praticiens ne sauront pas s'ils sont ou non sous le seuil acceptable.
➡ Les directeurs auraient tous les pouvoirs en dernier ressort. Fixer le niveau d'abus pour chaque praticien.
➡ Choisir qui il poursuit et arrêter la sanction.
Bien au-delà des abus, c'est un instrument de pression sur tous les dépassements vagues après vagues.

Tous les syndicats s'y sont opposés. Ce n'est pas la première fois.
La crainte est de retrouver sur ce sujet l'acceptation finale des syndicats habituellement premiers signataires dans un marchandage final en octobre.
En effet Les syndicats peuvent déclencher l'adoption d'un texte conventionnel s'ils représentent 30% seulement d'audience dans les 3 collèges.

J. MARTY

Contraceptifs oraux

E. PAGANELLI*

Publication du décret relatif à la dispensation supplémentaire par le pharmacien.

Qui n'a pas été sollicité pour renouveler gratuitement une ordonnance de pilule chez une femme non disponible pour son renouvellement annuel ?
Qui n'a pas conseillé à une patiente de se "débrouiller" avec son pharmacien pour obtenir une "rallonge" de contraceptif avec son ancienne ordonnance ?
Qui n'a pas regretté ce dépannage en recevant une patiente pour une IVG qui avait arrêté sa contraception car l'ordonnance n'était pas valide et qu'elle n'avait pas su se "débrouiller"...
C'est officiel, la contraception orale peut excéder 6 mois dans un cadre bien défini sur une ordonnance datant d'un an.
Que faire en pratique ? Revoir les patientes tous les 18 mois et faire leur frottis une fois sur deux (tous les 3 ans) si la patiente rentre dans le dépistage ? Ou continuer à proposer une consultation dédiée au renouvellement du contraceptif une première fois, 3 à 6 mois après le début de la pilule puis renouvellement sauf cas particulier ?

Liste I.

Le décret relatif à la dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux par le pharmacien a été publié Journal officiel du 19 juillet 2012.

Le texte de cet arrêté précise que le pharmacien a désormais la possibilité de prolonger un traitement contraceptif oral pour une durée supplémentaire non renouvelable de 6 mois sur présentation d'une ordonnance datant de moins de 1 an dont la validité a expiré.

Désormais, le pharmacien peut réaliser une dispensation supplémentaire de tous les contraceptifs oraux, à l'exception de ceux figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition de l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé). L'arrêté du 25 mai 2010 fixant la liste des médicaments contraceptifs oraux pour lesquels le pharmacien était autorisé à réaliser une dispensation supplémentaire a été abrogé par un arrêté du 17 juillet 2012. La liste d'interdiction n'est pas parue à ce jour.

En pratique :

Le pharmacien peut procéder à une dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux selon les modalités suivantes :

- L'ordonnance présentée par la patiente date de moins de 1 an. Elle a été totalement délivrée. Sa durée de validité est expirée ;
- Le contraceptif ne figure pas sur la liste visant à exclure certains médicaments de ce dispositif (liste non parue à ce jour) ;
- La dispensation supplémentaire ne peut excéder 6 mois. Le pharmacien ne peut délivrer en une seule fois une quantité de médicaments correspondant à une durée de traitement supérieure à 3 mois ;
- La dispensation supplémentaire de contraceptif oral peut être réalisée par le pharmacien soit sur sa propre initiative, soit sur renouvellement de la prescription par un infirmier, soit cumulativement par l'un et l'autre. Dans tous les cas, la durée de dispensation ne doit pas excéder 6 mois ;
- Lors de la délivrance, le pharmacien doit mentionner sur l'original de l'ordonnance dispensation supplémentaire de contraceptifs oraux et en préciser la durée ;
- Le pharmacien doit informer la patiente du caractère non renouvelable au-delà de 6 mois de ce mode de dispensation et de la nécessité de consulter un médecin ou une sage-femme pour pouvoir poursuivre une contraception médicamenteuse.

Les médicaments dispensés par le pharmacien dans le cadre de ce dispositif sont pris en charge par les organismes d'assurance-maladie, sous réserve que ces médicaments soient inscrits sur la liste des spécialités remboursables.

En savoir plus :

Décret du 17 juillet 2012, publié au Journal officiel du 19 juillet 2012
Arrêté du 17 juillet 2012 portant abrogation de l'arrêté du 25 mai 2010, publié au Journal officiel du 19 juillet 2012
31/08/2012 - L'officiel du médicament/Modalités de délivrance
Source : Journal officiel

* Secrétaire Générale du SYNGOF - Pôle Gynécologie Médicale

Compte-rendu de l'A. G. de l'EBCOG

J. NIZARD*, J. HOROVITZ**

Tallinn, mai 2012

Cette assemblée générale s'est tenue à la suite du congrès européen de gynécologie obstétrique 2012, à Tallinn, en Estonie. Les principaux thèmes abordés lors de cette réunion étaient le positionnement de l'EBCOG dans la FMC en Europe, et au sein de la FIGO.

Union européenne des médecins spécialistes (UEMS)

Le positionnement de l'EBCOG au sein de l'UEMS nécessite encore quelques affinements, surtout lorsque les questions de la FMC et de son accréditation sont abordées. Actuellement, au niveau européen c'est l'UEMS qui accorde les points FMC, et qui gère donc les revenus qui en découlent. L'objectif pourrait être que ce soit l'EBCOG qui attribue les points FMC pour la spécialité, améliorant la visibilité de l'EBCOG, et accessoirement ses finances. Il n'y a pas de décision prise pour l'instant.

FIGO

L'EBCOG aura pour la première fois sa session au congrès de la FIGO 2012. Les principaux thèmes abordés seront ceux chers à l'EBCOG : standards de soins en Europe, place des visites d'accréditation et des cursus de formation de la spécialité en Europe... Cela devrait augmenter la visibilité du travail qu'effectue l'EBCOG sur ces thématiques vis-à-vis des structures comme l'OMS, la FIGO. A cette occasion, il y devrait y avoir un rapprochement avec l'EMA (*European Midwife Association*).

Standards de soins en gynécologie obstétrique en Europe

L'EBCOG a envoyé à tous ses représentants nationaux un document de travail sur ce que devraient être les standards de soins de notre spécialité en Europe. Ce document est pour l'instant fortement inspiré de celui utilisé au Royaume-Uni. S'il est clair que les objectifs ne peuvent pas être identiques d'un pays à l'autre, pour des raisons au moins culturelles, il doit pouvoir y avoir des objectifs communs. Chaque pays est en train d'analyser la proposition diffusée et une synthèse des propositions nationales sera faite en fin d'année.

ENTOG

Une interne française, Charlotte Boyon, a été élue au bureau de l'ENTOG. Bravo !

L'ENTOG travaille sur les horaires de travail hebdomadaires des internes en Europe et sur les difficultés de travailler dans d'autres pays européens en tant qu'interne.

Comme à chaque congrès, celui-ci a été précédé d'un programme d'échange européen d'internes et du Congrès annuel de l'ENTOG. Le bilan du programme d'échange était très positif et celui de l'année prochaine se tiendra en Slovaquie (et aussi en République Tchèque).

Pour la première fois, les bourses d'échange financées par l'ENTOG/EBCOG ont été mises en place cette année. Elles ont pour objectif d'encourager la mobilité des internes en Europe et sont de 3000 € pour 3 mois. Il y a eu 13 candidats, 3 "*vainqueurs*", dont un qui a demandé à faire son échange en France. Ce programme sera un peu modifié s'il doit être poursuivi car il y avait finalement peu de candidats à l'échelle de l'Europe. De plus, une fois la bourse accordée, certains candidats ont eu du mal à se faire accepter dans leur stage. Les prochaines candidatures nécessiteront probablement une lettre d'accord du service hôte afin de limiter les surprises de dernière minute.

Visites d'accréditation

Pour soutenir et encourager les différents pays à développer leurs propres programmes d'accréditation pour les services, l'EBCOG a mis en place des séminaires de formation des évaluateurs. Se pose encore le problème des renouvellements des visites à 5 ans. La liste des services à évaluer est maintenant très longue et l'EBCOG n'a pas les moyens humains pour assurer ce renouvellement. Il est donc proposé de passer à des cycles de 7 ans pour les visites sur le terrain, avec un bilan déclaratif à 4 ans.

L'EBCOG demande explicitement à l'Allemagne et à l'Italie de s'autonomiser et de mettre en place des programmes de visites d'accréditation propres.

Election

Le norvégien Rolf Kirschner est élu secrétaire général de l'EBCOG.

* Service de Gynécologie Obstétrique, GH Pitié-Salpêtrière, Paris.
Tel. 01 42 17 77 00 - jacky.nizard@psl.aphp.fr
** Service de Gynécologie Obstétrique B, Hôpital Pellegrin, Bordeaux.

adhésion au syngof

A faire parvenir au SYNGOF
BP 60034 - 34001 MONTPELLIER CEDEX 1
Tél. 04 67 04 17 18 Email : syngof@syngof.fr

Je soussigné(e)

Nom

Prénom

Né(e) le à

Date de votre installation

Tél Fax

e-mail

En notant votre email sur ce bulletin, vous acceptez l'envoi d'informations syndicales par courrier électronique

Adresse professionnelle

Nom et adresse de la maternité où vous exercez :

Inscrit à l'Ordre des Médecins de N°

sollicite mon admission au
SYNDICAT NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS DE FRANCE

- Souhaitez-vous le reversement d'une partie de votre cotisation à une centrale nationale ? Si oui, laquelle ?

☐ C.S.M.F. ☐ F.M.F. ☐ S.M.L. ☐ LE BLOC ☐ AUTRES.....

- Nom de votre compagnie d'assurances : Tarif 2012
- Secteur d'activité : ☐ Secteur 1 ☐ Secteur 2 ☐ Non conventionné
- J'exerce en ☐ Gynécologie médicale ☐ Gynécologie obstétrique ☐ Gynécologie obstétrique et chirurgie gynécologique
- Je suis ☐ Médecin libéral ☐ Praticien hospitalier ☐ Chef de clinique ☐ Interne
- Type d'exercice ☐ Privé ☐ Public ☐ Privé et Public

- Cotisations 2013 -

➡ Membre actif	230,00 €
➡ Assistant chef de clinique	150,00 €
➡ 1ère année d'installation	150,00 €
➡ Retraité	70,00 €
➡ Interne	50,00 €

- 20% de réduction sur le tarif "*membre actif*" pour groupe supérieur ou égal à 5 associés ou membres d'une même équipe hospitalière sous réserve d'un paiement global en une seule fois de tous les membres.
- 20% de réduction sur le tarif "*membre actif*" pour les gynécologues médicaux inscrits à un Collège de Gynécologie Médicale pour un groupe supérieur ou égal à 5 cotisants sous réserve d'un paiement en une seule fois de tous les membres.

☐ Je souhaite adhérer à l'ASSOCIATION GYNELOG : 10 € *(ne donne pas droit au logiciel)*
Reglement séparé à l'ordre de "ASSOCIATION GYNELOG"

Date, cachet et signature:

Ce questionnaire fait l'objet d'une saisie informatique destinée à faciliter la gestion des cotisations syndicales. Conformément à la loi informatique et Libertés du 6 janvier 78, vous avez un droit d'accès et de rectification des informations en notre possession.

Avenir hospitalier

P. LE PORS*

l'intersyndicale **Avenir Hospitalier** a été reçue le mardi 28 août par Mme la Ministre de la Santé et des Affaires Sociales, Marisol TOURAINE. Prenant acte du résultat des élections professionnelles de décembre 2011 et de l'enquête de représentativité menée par la DGOS durant le premier quadrimestre 2012, Mme la Ministre nous a annoncé officiellement sa décision de reconnaître notre intersyndicale comme une nouvelle intersyndicale représentative des médecins hospitaliers de tous statuts et de toutes spécialités. C'est une réelle performance pour notre jeune intersyndicale créée il y a moins d'un an ; et c'est surtout une juste reconnaissance pour tous ceux parmi vous qui nous ont accordé leurs votes et leur confiance.

Rétablir le pacte de confiance avec les personnels hospitaliers

Cette rencontre a été ensuite l'occasion d'entamer une première discussion sur le fond avec la Ministre. Elle nous a fait part de sa volonté de rétablir *"un pacte de confiance avec les personnels hospitaliers"* mais les contours exacts de cette initiative ne nous ont pas été précisés à ce stade. Une concertation va être lancé sur cette thématique à compter du 5 septembre prochain. Aucune autre annonce nouvelle n'a été faite par la Ministre qui a cherché principalement à entamer un dialogue et à connaître notre diagnostic sur le déclin des hôpitaux et nos propositions pour y remédier. A cet effet nous avons insisté sur la nécessité de remettre de l'humanité, de la démocratie et du respect dans nos hôpitaux et de redonner aux médecins la pleine maîtrise de la qualité et de la sécurité des soins.

Mme la Ministre nous a annoncé officiellement sa décision de reconnaître notre intersyndicale comme une nouvelle intersyndicale représentative des médecins hospitaliers de tous statuts et de toutes spécialités.

Vers un changement dans le management des hôpitaux ?

Nous avons pris acte de ses déclarations publiques et de ses bonnes dispositions envers l'hôpital public mais nous avons mis l'accent sur la nécessité de transformer les paroles et les symboles en des mesures concrètes capables de rendre perceptible un changement dans le management actuel des hôpitaux. Ainsi, nous lui avons remis un texte d'orientation qui décline et hiérarchise nos propositions (lire le document sur http://www.snphar.com). Ce document est accompagné de 6 fiches thématiques (Hôpitaux Magnétiques, Déserts médicaux, CET, temps de travail, PDS, Pénibilité).
En résumé, il s'agit d'un premier contact nécessaire et nous attendons à présent de pouvoir nous mettre au travail.

Hôpitaux magnétiques[1] : pour une gouvernance à visage humain

Le new management public et les réformes néolibérales ont fait la preuve de leur inadéquation pour gérer les hôpitaux, en témoignent la désaffection croissante des médecins vers la carrière publique et le discrédit grandissant de l'institution. Des mesures simples, non coûteuses, satisferaient rapidement tous les acteurs, y compris la plupart des *"managers"* coincés entre leurs valeurs de service public et leur sens de la hiérarchie.

Déserts médicaux

Les déserts médicaux ne concernent pas que la médecine ambulatoire de ville mais touchent également de nombreux hôpitaux qui ont d'énormes difficultés à recruter certains médecins spécialistes. Sur ce sujet, le constat et les propositions faites pour l'anesthésie réanimation par le SNPHAR-E pour **Avenir Hospitalier** peuvent être transposés à toutes les autres spécialités déficitaires.

[1] Il existe des hôpitaux américains qualifiés de magnet hospitals. Ils sont ainsi étiquetés parce qu'ils parviennent, mieux que les autres, à attirer et retenir le personnel infirmier. Nous les identifions de manière similaire : les hôpitaux magnétiques.

* Vice-présidente du SYNGOF, Pôle PH, Vice-présidente d'Avenir Hospitalier

Compte Epargne Temps

Ce problème agite *"trop"* régulièrement syndicats, politiques et médias, sans pour autant qu'une solution pérenne ne se soit dégagée. C'est un sujet d'importance pour tous les PH, pour qui ce temps constitue du temps travaillé en plus de leurs obligations de service afin de maintenir une offre de soins dans un contexte de fortes tensions démographiques.

Temps de travail

Depuis la dérive gestionnaire de la Loi HPST, les praticiens effectuant une activité postée sont cantonnés à la production d'actes et n'ont plus de temps pour leurs activités extra-cliniques.

La permanence des soins

La participation à la permanence des soins est une source de pénibilité réelle dont on connaît aujourd'hui les conséquences sur notre santé au long cours, et insuffisamment reconnue. Il est nécessaire et urgent de faire des propositions pour valoriser, atténuer et compenser cette pénibilité source de désengagement.

Pénibilité du travail de nuit

Avenir Hospitalier propose de fixer un seuil de pénibilité qui permettra, en lien avec un CHSCT ouvert aux syndicats médicaux, de repérer les populations à risque, et de mettre en place cette politique de prévention et de réparation.

domiserve

Partenaire du SYNGOF

Grâce au CESU Domiserve,

Financez vos services à la personne via votre activité professionnelle...

... Et bénéficiez de plusieurs avantages fiscaux !

Qu'est ce que le CESU Domiserve ?

Accessible à tous les professionnels libéraux, avec ou sans salarié, le CESU est un titre de paiement vous permettant de régler plus de 20 Services à la Personne dans un cadre privé.

Les plus utilisés : la garde d'enfant (crèche, halte garderie, assistante maternelle...), l'entretien ménager, les cours à domicile, le bricolage, le jardinage...

Quels sont vos avantages fiscaux ?

Financé par votre activité professionnelle, votre achat de CESU Domiserve est amorti par les avantages fiscaux mis en place par les pouvoirs publics.

- Jusqu'à 1830 € de CESU Domiserve déduit de votre bénéfice imposable chaque année
- Un crédit d'impôt de 25% de la valeur des CESU financés

Pour des informations détaillées ou commander vos CESU Domiserve :
http://www.domiserve.com/syngof

Le Président de GYNERISQ écrit à Madame la Ministre de la Justice

Dr Serge FAVRIN,
Président de GYNERISQ

Mme Christiane TAUBIRA
Ministre de la Justice, Garde des sceaux
13 place Vendôme
75001 PARIS

Toulouse le 08 juillet 2012

Madame la Ministre,

C'est en tant que président de l'association GYNERISQ que je vous adresse cette lettre. GYNERISQ est l'organisme agréé par la Haute Autorité de Santé (HAS) dans le cadre de l'accréditation des gynécologues et obstétriciens (décret no 2006-909 du 21 juillet 2006).

Il est géré conjointement par le Syndicat national des gynécologues obstétriciens de France (SYNGOF) et le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF). Une de ses missions est le recueil et l'analyse des incidents et accidents de soins dans le but de rechercher des événements évitables permettant de mettre en œuvre d'éventuelles mesures préventives.

Dans ce domaine, l'exploitation des dossiers, notamment obstétricaux, ayant fait l'objet de procédures judiciaires, est essentielle. Il s'agit de cas réels et non théoriques, ayant donné lieu à une expertise médicale et juridique complète. Leur analyse par les professionnels, après anonymisation, est une source d'information irremplaçable permettant la connaissance exacte de la sinistralité et la recherche des éventuels défauts de prise en charge qu'il convient, si possible, de corriger. Ceci répond en outre à une demande forte de la population car les motifs régulièrement mis en avant par les plaignants sont la recherche d'explications sur ''ce qui s'est réellement passé'' et la volonté de faire en sorte que ''cela ne se reproduise pas''.

En pratique et de façon difficilement compréhensible, il s'avère que ces données échappent pour l'instant aux professionnels. Je fais donc appel à vous pour trouver une solution à ce problème et permettre aux obstétriciens français d'avoir accès à ces dossiers expertisés et jugés dans le seul but de progresser dans la connaissance des accidents de soins et de leur prévention.

En vous remerciant pour l'intérêt que vous porterez à cette demande, je vous assure, Madame la Ministre, de mes sentiments dévoués et respectueux.

Dr Serge FAVRIN

Copie à :

Madame Marisol TOURAINE, Ministre de la Santé
Mr le Dr Michel LEGMANN, Président du CN de l'Ordre des Médecins
Mme Chantal DUCROUX SCHOUWEY, Présidente du Collectif CIANE
Mr Christian SAOUT, Président du CISS (Collectif Interassociatif sur la Santé)
Mr le Pr Francis PUECH, Président du CNGOF
Mr le Dr Jean MARTY, Président du SYNGOF

Association GYNERISQ, 6 rue Pétrarque, 31000 Toulouse
N° Siret : 49399987400024

Gynerisq'Attitude

Les ruptures utérines

Validée le 18 juin 2012 par le groupe d'experts de Gynerisq. Rédacteur Véronique LEJEUNE-SAADA

Remarques préalables

Le but des "fiches GYNERISQ" est de faire une mise au point pratique sur un sujet précis en termes de gestion des risques médicaux (GDRM) avec l'espoir d'en améliorer la prise en charge pour le bénéfice des patientes et des équipes soignantes. Ces risques médicaux sont volontiers doublés d'un risque médico-légal que l'on peut aussi espérer dans une certaine mesure prévenir.

Il ne s'agit donc pas de recommandations telles que peuvent les élaborer les sociétés savantes à partir d'une étude exhaustive de la littérature. Il ne s'agit pas de redéfinir non plus des conduites à tenir et des protocoles déjà validés par la profession. Il s'agit plutôt d'utiliser un retour d'expérience à partir de la base de données alimentée par les adhérents de GYNERISQ, dite *"base REX"*. L'accent est mis sur les problèmes rencontrés de prise en charge en la comparant, lorsque cela est possible, à celle qui est, au moment de l'étude, officiellement et consensuellement souhaitable. Dès lors, nous essayons de dégager des causes à ces difficultés et de réfléchir sur des mesures qui, si elles étaient appliquées, pourraient éviter ces déviances. Dans le *"jargon"* de la GDRM ces mesures sont appelées *"barrières"*. Nous les regroupons donc dans ces fiches que nous appelons GYNERISQ'*Attitude* pour bien les démarquer des recommandations professionnelles classiques.

Il s'agit d'utiliser un retour d'expérience à partir de la base de données alimentée par les adhérents de GYNERISQ, dite "base REX".

Dans le cadre des Ruptures utérines, deuxième sujet choisi, la méthodologie a été la suivante :

1. **Utilisation du retour d'expérience** de la base REX de GYNERISQ – avec l'analyse des 136 déclarations de rupture utérine, faites entre 2009 et mars 2012, dont 43 à partir du questionnaire ciblé,
2. **Validation** par le groupe des *"experts"* de GYNERISQ.

Ces fiches GYNERISQ'*Attitude* sont amenées à être adaptées en fonction bien sûr de l'évolution des techniques mais aussi en fonction des témoignages et commentaires des adhérents de GYNERISQ concernant notamment leur pertinence, faisabilité et efficacité.

Selon une présentation classique en GDRM, cette fiche énumère les barrières proposées aux trois étapes théoriques de l'événement :

- Avant l'événement : c'est l'étape de prévention,
- Au moment du diagnostic de l'événement : c'est l'étape de reconnaissance,
- Au moment de la gestion de ses conséquences : c'est l'étape de récupération.

1 – Etape de prévention

Les **utérus cicatriciels** sont reconnus comme facteur de risque de rupture utérine et comprennent les antécédents de :

- Césarienne(s),
- Myomectomie intramurale,
- Résection endo-utérine,
- Curetage perforant,
- Salpingectomie réséquant la trompe intracornuale.

Barrières :

- Ces antécédents doivent **apparaître dans le dossier**
- **Le risque de rupture doit être évoqué lors de leur réalisation,** et le CRO remis aux patientes

Voie d'accouchement sur utérus cicatriciel :

L'accouchement par voie basse est accepté sur la majorité des utérus cicatriciels.

Barrières :

- Il faut prévoir une césarienne en cas :
  - De cause reproductible de césarienne,
  - De complication hémorragique ou infectieuse de la chirurgie antérieure,
  - D'une grossesse de moins de 6 mois après la chirurgie,
  - De polymyomectomie.

Barrières :

- Toute patiente ayant un utérus cicatriciel doit avoir un entretien avec un obstétricien pour recueillir **un consentement éclairé,**
- Il faut essayer de **récupérer le CRO** antérieur,
- L'information doit être **tracée dans le dossier** et datée,
- Cette décision peut être **réévaluée** à l'entrée en travail en cas d'éléments nouveaux.

Conduite du travail sur utérus cicatriciel :

Barrières :

- Si une patiente entre en travail avant une césarienne programmée pour utérus cicatriciel, ne pas tocolyser ni temporiser, mais réaliser la césarienne sans délai.
- **Pas de prostaglandines** sur utérus cicatriciel, sauf en cas d'IMG où les doses seront diminuées de moitié. Pas de déclenchement au Syntocinon sans motif médical ou sur conditions locales défavorables.
- En cas de déclenchement, qui doit avoir un motif médical, **n'utiliser le Syntocinon qu'en cas de conditions locales favorables** et réaliser sinon une césarienne.

2 - Etape de reconnaissance

Diagnostic pendant le travail sur un utérus cicatriciel :

Barrières :

- **Surveillance continue du RCF** dès le début du travail, y compris pendant la pose de la péridurale, et si possible jusqu'à l'installation sur la table opératoire en cas de césarienne décidée en cours de travail, afin que l'intervalle arrêt du RCF - naissance n'excède pas 15 mn.
- En cas de nécessité d'analgésie ou de sédation sur une dystocie de démarrage, l'obstétricien doit **évaluer la situation** (sur place, sauf si sage-femme de grande expérience) avant de donner ou non son accord.
- La sage-femme doit demander immédiatement à l'obstétricien de venir si :
  - Anomalies du RCF,
  - Métrorragies,
  - Remontée de la présentation en cours de travail,
  - Nécessité de réinjection *"inhabituelle"* dans la péridurale d'une patiente jusque-là correctement analgésiée.
- **Réagir rapidement : tolérance zéro**

Diagnostic post-partum par la révision utérine :

La majorité des ruptures utérines est indolore.

La révision utérine n'est pas systématique après l'accouchement d'un utérus cicatriciel, mais doit être réalisée immédiatement si :

- Anomalies du RCF en fin de travail,
- Saignements ou douleurs inexpliquées pendant le travail, avant la phase d'expulsion,
- Asphyxie pernatale inexpliquée,
- Saignement anormal, tachycardie ou état de choc en post-partum.

Technique de révision utérine :

- Les ruptures étant souvent latérales, la RU doit explorer toutes les faces de l'utérus. Le bord gauche est en particulier difficile d'accès pour les droitiers. Il faut parfois utiliser les 2 mains successivement.
- Attention, la répétititon des RU peut aboutir à une dilacération utérine.

3 - Etape de récupération

Pas de retard à l'extraction :

En cas d'utérus cicatriciel en travail, il faut pouvoir faire une césarienne **en extrême urgence** à tout moment :

- **Bloc opératoire disponible**
- Equipe sur place ou procédure *"code rouge"* définie pour pouvoir commencer l'intervention même si l'équipe n'est pas au complet.

Barrières :

- Ecrire une procédure *"césarienne code rouge"* pour minimiser le délai d'extraction fœtale,
- Si une patiente avec utérus cicatriciel est en travail :
  - Le bloc opératoire est rendu disponible,
  - L'obstétricien doit se tenir informé de l'évolution du travail et rester disponible,
  - La sage-femme doit **redoubler de vigilance pour appeler au premier symptôme.**

En cas d'utérus cicatriciel ou de patiente à risque, **penser à la rupture utérine devant toute anomalie du travail.**

Pas de tentative d'extraction instrumentale à dilatation complète sur une présentation haute en cas d'anomalies du RCF sur utérus cicatriciel.

- Renforcement de la vigilance des sages-femmes sur le suivi des utérus cicatriciels,
- Tout dossier de rupture utérine doit être *"débriefé"* en équipe pour rechercher si :
  - Le diagnostic aurait pu être évoqué plus tôt (défaut de suivi ou d'interprétation du RCF),
  - La prise en charge aurait pu être plus rapide ou plus pertinente (défaut de communication, d'organisation, pédiatre non appelé pour la réanimation...)

Repérage des complications :

Tracer les arguments excluant un retentissement de la rupture utérine sur l'enfant :

- Gazométrie complète au cordon idéalement sur artère et veine (prévoir le matériel au bloc) ou, à défaut, lactates au nouveau-né,
- Examen neurologique détaillé du nouveau-né à J0 et avant la sortie de la maternité.

Pas de stérilisation maternelle sans accord.

Barrières :

- Avoir une feuille pré-remplie des **items de l'examen neurologique détaillé du nourrisson,** à faire remplir par le pédiatre en cas de rupture utérine,
- **Intensifier la surveillance maternelle** en raison du risque augmenté d'HPP,
- Faire une **épreuve d'étanchéité vésicale** en cas de rupture de la face antérieure de l'utérus.

AMIFORM

GYNERISQ

Formation Professionnelle Conventionnelle des médecins libéraux

GYNERISQ : SECOND SEMESTRE 2012

❒ LYON	Prévention des risques opératoires en chirurgie coelioscopique, endoscopique et vaginale	Vendredi 19 et samedi 20 octobre
❒ PARIS	Prévention des risques opératoires en chirurgie coelioscopique, endoscopique et vaginale	Vendredi 14 et samedi 15 décembre

PRÉINSCRIPTION

- Indemnisation par l'OGC : 30 CS pour les médecins libéraux conventionnés (secteurs 1 et 2) et les remplaçants
- Les deux jours sont indissociables et à réaliser dans leur ensemble
- Les déjeuners et les pauses sont pris en charge par l'AMIFORM
- La nuit d'hôtel intermédiaire est prise en charge par l'AMIFORM avec un forfait déplacement de 100 € à condition que votre lieu d'exercice soit distant de plus de 100 km du lieu de formation
- Tout acte médical programmé est proscrit les jours de formation, mais vous pouvez cependant prendre un remplaçant

A noter que le séminaire commence à 9h00 le premier jour pour se terminer à 17h30 le deuxième jour : **aucune dérogation à ces horaires ne pourra être acceptée.**

LE DOSSIER DE PREINSCRIPTION

Joindre les documents suivants :

- Une feuille de sécurité sociale originale barrée (feuille de soins et non ordonnace)
- Un chèque de réservation de 160 € à l'ordre de l'AMIFORM (restitué à la fin de la session à condition de l'avoir suivie dans sa totalité)
- Un chèque d'inscription de 50 € pour l'année 2012 à l'ordre de l'AMIFORM
- L'éventuelle réservation de nuit intermédiaire prise en charge par l'AMIFORM doit se faire au moment de l'inscription, sur demande écrite, en joignant un chèque supplémentaire de réservation de 100 € ; ce chèque sera encaissé en cas d'annulation moins d'un mois à l'avance ou en cas de non occupation de la chambre.

Pour les médecins remplaçants, veuillez contacter l'AMIFORM

Renvoyer le tout à :

AMIFORM
455, Promenade des Anglais
Immeuble Arenice
06200 NICE

Le nombre de places étant limité, les inscriptions seront prises selon l'ordre d'arrivée des dossiers complets

Pour toute information complémentaire, veuillez contacter Julia
Téléphone : 04 93 71 77 68 Email : contact@amiform.com
Enregistrée auprès de la Délégation Régionale à la Formation Professionnelle sous le n°11751255175

INSCRIPTION EN LIGNE : www.amiform.com (Rubrique Formations O.G.C.)

Recommandations pour la pratique clinique

Actualisation de la prise en charge des myomes

En partenariat avec le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français nous publierons régulièrement dans cette revue des recommandations issues des conférences de consensus et de la réflexion d'experts ès qualités.
Nous remercions le CNGOF d'avoir bien voulu accepter la publication de ces recommandations que vous pouvez retrouver sur leur site internet : http://www.cngof.asso.fr

F. X. BOYER de LATOUR

Le groupe de travail

Promoteur :
CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français) 91 bd de Sébastopol - 75002 Paris

Comité d'organisation :
H. FERNANDEZ, président (gynécologue obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre), H. MARRET, coordonnateur (gynécologue obstétricien, CHU, Tours), X. FRITEL, méthodologiste (gynécologue obstétricien, CHU, Poitiers), J.L. BRUN (gynécologue obstétricien, CHU, Bordeaux), J. DERRIEN (gynécologue obstétricien secteur privé, Lyon), J.P. LUCOT (gynécologue obstétricien, CHU, Lille), P. PANEL (gynécologue obstétricien, CH, Versailles), J.P. PELAGE (radiologue, CHU, Caen).

Experts du groupe de travail :
S. BENDIFALLAH (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), G. GIRAUDET (gynécologue obstétricien, CHU, Lille), I. DE JESUS (gynécologue obstétricien, CH, Grasse), V. KAHN (gynécologue obstétricien secteur privé, Paris), M. KOSKAS (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), G. LEGENDRE (gynécologue obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre), J. NIRO (gynécologue obstétricien, CH, Versailles), L. OULDAMER (gynécologue obstétricien, CHU, Tours).

Lecteurs
A. AGOSTINI (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille), N. CHABBERT-BUFFET (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), H. DECHAUD (gynécologue obstétricien, CHU, Montpellier), P. de SAINT-HILAIRE (gynécologue obstétricien, CHU, Lyon), R. DE TAYRAC (gynécologue obstétricien, CHU, Nîmes), S. DOUVIER (gynécologue obstétricien, CHU, Dijon), E. FAIVRE (gynécologue obstétricien, CHU, Clamart), R. FAUVET (gynécologue obstétricien, CHU, Amiens), P. FERRY (gynécologue obstétricien, CH, La Rochelle), A. FIGNON (gynécologue obstétricien secteur privé, Saint-Cyr-sur-Loire), O. GARBIN (gynécologue obstétricien CMCO, Schiltigheim), F. GOLFIER, (gynécologue obstétricien, CHU, Lyon), O. GUILBAUD (gynécologue obstétricien, CH, Chartres), D. HERBRETEAU (radiodiagnostic et imagerie médicale, CHU, Tours), C. HUCHON (gynécologue obstétricien, CHI, Poissy), O. JOURDAIN (gynécologue obstétricien secteur privé, Bordeaux), P. LANDOWSKI (gynécologue obstétricien secteur privé, Paris), A. LE TOHIC (gynécologue obstétricien, CH, Versailles), P. LOPES (gynécologue obstétricien, CHU, Nantes), P. MATHEVET (gynécologue obstétricien, CHU, Lyon), E. PAGANELLI (gynécologue médicale secteur privé, Tours), C. PONCELET (gynécologue obstétricien, CHU, Bondy), D. TARDIF (gynécologue obstétricien, CH, Metz-Tessy), D. THERBY (gynécologue obstétricien, CH, Roubaix), H. TRILLAUD (radiodiagnostic et imagerie médicale, CHU, Bordeaux), J. VIALARD (gynécologue obstétricien secteur privé, Rennes), C. YAZBECK (gynécologue obstétricien, CHU, Paris).

Introduction

Les myomes restent la pathologie féminine la plus fréquente, responsables de ménométrorragies (première cause de consultation entre 40 et 50 ans), responsables d'algies pelviennes, et représentent la première cause d'hystérectomie en France.
Les dernières recommandations datant de 1999, le CNGOF a décidé d'actualiser ces recommandations en tenant compte

des évolutions diagnostiques et techniques survenues ces 10 dernières années.

La réalisation de ces recommandations a nécessité qu'un groupe de travail définisse des questions, choisisse une équipe pour y répondre et détermine les niveaux de preuve et des grades de chaque recommandation qui vont servir aux médecins francophones pour pratiquer une médecine basée sur les preuves.

Il est nécessaire de faire comprendre à l'ensemble des professionnels qu'il est important que ces recommandations soient suivies car elles constituent le guide des bonnes pratiques actuelles.

Cette nouvelle version des recommandations s'est attachée à redéfinir la place des traitements médicaux, non pas directement pour les fibromes, mais pour les symptômes, à rediscuter de la responsabilité des fibromes dans la fertilité ou l'infertilité, à définir la place des nouvelles alternatives à la chirurgie pour le traitement de fibromes en la rapportant aux nouvelles problématiques du XXIème siècle qui sont le souhait de conserver les utérus le plus longtemps possible aptes à la procréation en lien avec le souhait des patientes et des possibilités des nouvelles techniques de procréation assistée, et à rediscuter, à la lumière des nouvelles techniques chirurgicales, la place réelle de chaque indication chirurgicale.

Le guide de ce travail est resté sur la considération que seuls les fibromes symptomatiques se devaient de justifier une approche thérapeutique.

Méthodologie

Le promoteur (le CNGOF) a désigné un comité scientifique chargé de choisir les experts-rédacteurs, de définir les questions et d'élaborer la synthèse de recommandations issue de ces travaux. Les questions portaient sur le traitement médical des myomes symptomatiques, les indications de la myomectomie, les alternatives à la chirurgie, la place de l'hystérectomie subtotale. Les experts ont effectué une analyse de la littérature scientifique existant sur le sujet pour répondre aux questions posées. Pour chaque question posée, la synthèse des données scientifiques valides était assortie d'un niveau de preuve, établi en fonction de la qualité des données disponibles en utilisant la grille de lecture définie par la HAS (tableau à la fin du texte). La synthèse des recommandations a été élaborée par le comité scientifique à partir des réponses apportées par les experts-rédacteurs. Chacune des recommandations de pratiques a été assortie d'un grade qui est non seulement fonction du niveau de preuve, mais également du bénéfice clinique attendu et des enjeux éthiques. Un grade A représente la preuve scientifique établie ; un grade B représente la présomption scientifique ; un grade C s'appuie sur un faible niveau de preuve, généralement fondé sur des NP3 ou NP4. En l'absence de preuve scientifique concluante, certaines pratiques ont néanmoins été conseillées en se basant sur l'accord de l'ensemble des membres du groupe de travail mais elles n'ont pas été gradées. Ces accords professionnels ont été limités au strict minimum.

L'ensemble des textes ainsi que la synthèse des recommandations ont été relus par des lecteurs externes, praticiens issus des différentes spécialités concernées, et de pratiques diverses (publique, privée, universitaire ou non universitaire). À l'issue de ces relectures, des modifications ont été effectuées.

Question 1 : Traitement médical des symptômes associés aux myomes

1.1 Cadre général

Aucun traitement médical actuellement validé **n'est capable de faire disparaître les myomes** (NP1), il en découle de ce fait :

- Qu'en cas de myome asymptomatique : il n'y pas lieu d'envisager un traitement médical (grade A) ;
- Qu'en présence de myome symptomatique (douleur ou saignement) :
- Les traitements médicaux ont pour seul objectif de traiter les symptômes rattachés au myome (grade C) ;
- Néanmoins les myomes sous-muqueux symptomatiques relèvent en première intention d'une prise en charge chirurgicale et non d'un traitement médical exclusif (grade B).

1.2 Moyens médicaux disponibles

1.2.1 Progestatifs

La prescription d'un traitement progestatif vise à réduire les ménométrorragies en diminuant l'hyperplasie endométriale associée aux myomes (NP2) ; le bénéfice rapporté par voie orale est de 25-50% que ce soit en seconde partie de cycle ou en contraceptif pendant 21 jours et il n'y a pas de donnée en continu. Le bénéfice du dispositif intra-utérin au levonorgestrel sur les symptômes liés aux myomes (hors localisation sous-muqueuse) est établi concernant la réduction des saignements et la restauration du taux d'hémoglobine (NP2). [Recommandations 2008 du CNGOF].

La prescription d'un traitement progestatif ne constitue pas un traitement des myomes, elle peut être proposée pour traiter les ménométrorragies rattachées aux myomes dans une optique de court à moyen terme (grade C). Le traitement par progestatif administré par voie endo-utérine (DIU au levonorgestrel) des ménométrorragies liées au fibrome est validé et peut être recommandé (grade B).

1.2.2 Anti-fibrinolytiques

Les ménorragies liées aux myomes utérins sont entretenues par une fibrinolyse locale. L'acide tranexamique est efficace dans le traitement des ménorragies liées aux myomes (NP2). **La prescription de l'acide tranexamique peut être propo-**

sée pour traiter les ménorragies rattachées aux myomes (grade B).

1.2.3 Anti-inflammatoires non stéroïdiens

Ils peuvent entraîner une réduction des ménorragies mais avec une moindre efficacité que l'acide tranexamique, le danatrol ou le DIU au levonorgestrel (NP1).

Ils sont efficaces en cas de douleurs liées à la nécrobiose aseptique d'un myome (NP2).

La prescription d'un traitement par AINS peut être proposée pour traiter les symptômes rattachés aux myomes (grade B).

1.2.4 Analogues du GnRH

Leur utilisation se fait dans un cadre préopératoire et ne peut être que ponctuelle du fait de leurs effets secondaires. Ils permettent une réduction des saignements accompagnée d'une restauration d'un taux d'hémoglobine proche de la normale en préopératoire (NP1). La durée de prescription de 2-3 mois correspondant à l'AMM paraît suffisante (NP1). L'adjonction de tibolone aux agonistes de la GnRH n'altère pas l'amélioration des symptômes liés au myome et permet une réduction identique du volume des myomes (NP1). Il apparaît que les effets secondaires classiquement rencontrés avec les agonistes de la GnRH sont limités par l'adjonction de tibolone (NP1).

L'addback thérapie utilisant les œstrogènes entraîne une réduction moindre du volume des myomes par rapport aux agonistes seuls (NP3). L'adjonction de raloxifène n'altère pas les bénéfices liés au traitement par agonistes mais ne prévient pas non plus l'apparition des bouffées de chaleur (NP2).

La leuproréline et la triptoréline sont des traitements préopératoires des myomes utérins, associés à une anémie (Hg < 8 g/dl), ou lorsqu'une réduction de la taille du myome est nécessaire pour faciliter ou modifier la technique opératoire : chirurgie endoscopique, chirurgie transvaginale (grade A). La durée du traitement préopératoire est limitée à 3 mois. Il n'y a pas d'indication à une *"add back therapy"* avec des œstrogènes ou du raloxifène, l'adjonction de tibolone est en revanche possible (grade B).

1.2.5 Antagonistes du GnRH

Les antagonistes de la GnRH à doses efficaces permettent une réduction du volume utérin sans réduction du volume des myomes à J28. De même, s'ils ne permettent pas d'amélioration du taux d'hémoglobine à J28, leur prescription permet une régression des ménorragies/dysménorrhées (NP2). Ils ne sont pas considérés comme traitement des myomes.

Il n'y a pas de contre-indication à utiliser les antagonistes du GnRH pour la procréation médicale assistée en présence de myome utérin (grade C).

1.2.6 Le danazol

Le danazol est efficace à court terme (moins de 3 mois) pour la réduction des symptômes liés aux myomes utérins mais aucune étude n'a évalué son efficacité à long terme (plus de 6 mois). Le danazol semble moins efficace que les agonistes de la GnRH et pourvoyeur de plus d'effets secondaires (NP2).

L'utilisation de danazol dans la pathologie myomateuse se heurte aux effets secondaires rencontrés et à une durée d'efficacité brève et n'est pas recommandée (grade C).

1.2.7 Les antiaromatases

Les antiaromatases : letrozol, anastrazol et exemestane.

Les antiaromatases ont été proposées avec une efficacité rapide sur les symptômes et une régression du volume du myome (NP3).

En dehors de la recherche, les antiaromatases n'ont pas d'indication à ce jour pour le traitement des myomes.

1.2.8 Antiprogestérone et SPRM

La prise de mifépristone permet une réduction de la taille des myomes ainsi qu'une amélioration des symptômes qui y sont associés (NP1). La survenue d'hyperplasie endométriale doit inciter à la prudence. La posologie 5 mg/j donne des résultats similaires à la posologie 10 mg/j (NP1) et pourrait réduire le risque d'hyperplasie endométriale (NP2).

Les modulateurs du récepteur à la progestérone SPRM (CP8947, onapristone, CDB 2914, ulipristal, asoprisnil) sont en cours d'évaluation pour le traitement des myomes, des essais de phase IIb ont montré une bonne efficacité après 3 à 6 mois de prescription pour la réduction des symptômes et de l'anémie liée aux saignements des myomes mais aussi sur la diminution du volume des myomes (NP2). Une aménorrhée semble fréquente.

L'ulipristal termine les essais en phase III dans cette indication.

En l'absence d'AMM il n'y a pas d'indication à ce jour au traitement des myomes utérins par mifépristone ou par SPRM en dehors d'études.

1.3 Cas particuliers

1.3.1 Myome et contraception (hors DIU)

Il n'y a pas aujourd'hui d'argument dans la littérature pour penser que la contraception orale favorise l'apparition des myomes utérins et favorise leur croissance, que ce soit la contraception orale œstroprogestative classique, la contraception orale de deuxième ou troisième génération (dosée à 20 ou 30 g d'éthinyl-estradiol), ou la contraception progestative normodosée (NP3). **Les myomes ne sont pas une contre- indication à la contraception œstroprogestative ou progestative, ou à la contraception du lendemain (grade C). À l'inverse cette contraception n'est pas un traitement des myomes (grade C).**

1.3.2 Myome et traitement hormonal de la ménopause (THM)

Les myomes asymptomatiques ne constituent pas une contre-indication au traitement hormonal de la ménopause (grade C) car il n'a pas été démontré de preuve de croissance des myomes sous THM. Le THM augmente en revanche le risque de ménorragie en cas de myome sous-muqueux. (NP3)

1.3.3 Myome et dispositifs intra-utérins

En raison du risque majoré de complications hémorragiques et d'expulsion, **les myomes sous-muqueux sont une contre-indication relative aux dispositifs intra-utérins (grade C).**

Le dispositif intra-utérin au levonorgestrel réduit de façon significative les ménorragies liées aux myomes (NP2) (hors myomes sous-muqueux). **Il est donc recommandé dans cette indication (grade B).**

En conclusion et dans tous les cas avant prescription d'un traitement médical des myomes, une balance bénéfice risque personnalisée doit être établie chez ces patientes avec prise en compte des effets secondaires et des complications secondaires de ces moyens médicamenteux.

Question 2 : Myomectomie

Les patientes opérées d'une (poly)myomectomie doivent être informées du risque de persistance des symptômes, et de la récidive du ou des myomes pouvant nécessiter une réintervention (grade A). Pour la myomectomie par laparotomie ou cœlioscopie, et si la femme est susceptible d'être enceinte plus tard, l'information doit porter également sur le risque de rupture utérine au cours d'une future grossesse. La voie d'accouchement sera déterminée par l'équipe obstétricale en tenant compte des données du compte rendu opératoire et des suites de l'intervention.

Il n'y a pas de données dans la littérature concernant la prise en charge des myomes asymptomatiques ni de seuil de limite de taille pour une telle prise en charge. Concernant les myomes de plus de 10 cm avant la ménopause, il reste néanmoins certain que la chirurgie et les traitements alternatifs des fibromes seront d'autant plus agressifs et à risque que le volume utérin augmente (NP3). **Un suivi régulier semble raisonnable afin d'évaluer la cinétique de croissance pour les myomes de plus de 10 cm asymptomatiques avant la ménopause.**

2.1 Place des myomectomies en situation de conception spontanée ou chez la femme désireuse de préserver sa fertilité

(La patiente n'a pas d'infertilité mais elle souhaite une grossesse, ou elle ne souhaite pas de grossesse mais souhaite en conserver une possibilité optimale).

Une association est observée entre infertilité et myome (NP2), mais la responsabilité des myomes dans l'infertilité reste à démontrer. L'association entre myome et infertilité peut, au moins partiellement, s'expliquer par l'âge des femmes au moment de la conception. En effet l'incidence des myomes et de l'infertilité augmente avec l'âge.

2.1.1 Concernant les myomes sous-muqueux

S'ils sont symptomatiques : la résection hystéroscopique complète des myomes sous-muqueux traite efficacement les ménorragies des femmes ayant un utérus de taille normale, composé d'un myome sous-muqueux unique inférieur à 4 cm en situation intracavitaire prédominante (NP3). Les résultats sont moins bons dans les autres conditions, mais peuvent être améliorés par une préparation par les agonistes du GnRH, ou par une résection itérative (NP4). **La recommandation de 2008 pour les myomes intracavitaire est maintenue : résection hystéroscopique complète en première intention pour les myomes symptomatiques et sous-muqueux de type 0, 1 (grade B) et 2 (grade C) jusqu'à 4 cm (grade C), elle est possible pour les myomes de 4 à 6 cm. Lors de résection incomplète, la résection en deux temps est recommandée pour les myomes sous-muqueux.** L'évaluation de l'épaisseur du mur postérieur myométrial résiduel avant la séreuse doit être mesurée et la limite de 5 mm (critère le plus souvent retenu dans la littérature) respectée pour éviter les complications. Le risque de rupture de l'utérus gravide rapporté après myomectomie par hystéroscopie est quasi nul (NP4).

S'ils sont asymptomatiques, et donc découverts sur l'imagerie, le traitement par hystéroscopie des myomes sous-muqueux déformant la cavité utérine améliore la fertilité (NP1). **Une résection hystéroscopique complète des myomes sous-muqueux asymptomatiques mais déformant la cavité est recommandée (grade A) chez les patientes ayant un désir de grossesse ; en cas de résection incomplète une résection en deux temps est recommandée pour les myomes inférieurs à 6 cm (grade C).**

Pour les myomes sous-muqueux, l'utilisation de l'énergie bipolaire (NP3) et de gel antiadhérentiel à base d'acide hyaluronique permet de diminuer le risque de synéchies postopératoires (NP2). L'hystéroscopie de contrôle précoce permet de dépister le risque de synéchie post- opératoire (NP4). En revanche, il n'y a que peu d'études concernant le bénéfice sur la fertilité de l'énergie bipolaire, du gel antiadhérentiel ou du contrôle postopératoire par hystéroscopie (NP3). Il n'y a pas de données concernant les autres techniques proposées pour réduire le risque de synéchies (des plaques antiadhérentielles, des DIU, des lames silicone, des œstrogènes...).

En cas de résection par hystéroscopie d'un fibrome sous-muqueux chez une patiente ayant un désir de grossesse ou en âge de procréer, et au vu des premiers résultats de la littérature, il semble raisonnable d'utiliser une énergie bipolaire, un gel antiadhérentiel, et de réaliser un contrôle hystéroscopique après un cycle pour prévenir ou dépis-

Un suivi régulier semble raisonnable afin d'évaluer la cinétique de croissance pour les myomes de plus de 10 cm asymptomatiques avant la ménopause.

ter les synéchies (grade C). De plus amples études sont nécessaires pour augmenter le grade de recommandation de cette attitude sur la fertilité.

2.1.2 Pour les myomes interstitiels et sous-séreux

En l'absence de symptômes : aucune donnée n'existe en procréation spontanée permettant de fixer un nombre ou un seuil de taille de myomes au-delà duquel le risque d'infertilité serait augmenté.

Concernant le retentissement sur la grossesse et le post-partum des myomes, une récente méta-analyse retrouve un taux accru de complications obstétricales (FCS, douleur, troubles de la placentation, RCIU, accouchements prématurés, HRP, présentations dystociques, hémorragies du post-partum) en cas de myomes (NP2). Cependant, il n'est pas possible de mentionner un seuil de nombre ou de taille des myomes à partir duquel le risque de complications est significativement augmenté. Il n'y a pas d'études permettant de montrer qu'une myomectomie permet de diminuer ce taux de complications.

Il n'y a pas assez d'argument à ce jour pour indiquer une myomectomie (myome interstitiel et sous-séreux) en l'absence d'infertilité et de symptômes dans le but d'une grossesse. Il convient néanmoins d'informer la patiente des risques et des complications inhérents aux myomes concernant la fertilité et la grossesse, mais aussi des complications inhérentes à la chirurgie sur une future grossesse (grade A).

En cas de pathologie obstétricale, saignement, nécrobiose et menace d'accouchement prématuré, imputée à la présence de myome, il n'y a pas d'arguments pour recommander la pratique d'une myomectomie pendant la grossesse (grade C).

La réalisation d'une myomectomie en cours de césarienne ne semble pas plus morbide que l'abstention à court terme (NP3). Les données sur les conséquences à long terme sont limitées. **Il n'y a pas d'argument pour contre-indiquer la myomectomie lors de la césarienne si la myomectomie est justifiée ou nécessaire (prævia) (grade C).**

Enfin en l'absence de données, il n'y a pas d'indication à réaliser une myomectomie systématique après l'accouchement lorsqu'il y a eu complication imputable au myome au cours de la grossesse et que la patiente est redevenue asymptomatique.

Avec des symptômes : les myomectomies interstitielles et sous-séreuses sont faisables et reproductibles par cœlioscopie lorsque le nombre de myomes est faible (< 3) et leur diamètre inférieur à 8 cm (RPC 2008) (NP2). Les taux de grossesses en cas de myomectomies par laparotomie et cœlioscopie sont similaires (NP2). La durée opératoire de la myomectomie par cœlioscopie est supérieure à la laparotomie (NP1) ; l'apport, mais aussi les complications et le coût des morcellateurs doivent être pris en compte (NP3). Les pertes sanguines sont plus grandes et la durée de séjour plus longue en cas de myomectomie par laparotomie (NP1).

Le risque adhérentiel est le risque principal de la myomectomie. Les techniques endoscopiques (cœlioscopie, hystéroscopie) sont moins pourvoyeuses d'adhérences (NP3). Elles nécessitent cependant des opérateurs entraînés. L'inexpérience est corrélée au risque de laparo-conversion (NP3). L'utilisation de barrières antiadhérentielles après myomectomie par laparotomie et par laparoscopie diminue la formation d'adhérences (NP1). Le bénéfice clinique sur la fertilité des barrières antiadhérentielles est peu documenté (une étude) mais en faveur d'une augmentation du nombre de grossesses (NP3). Le risque de rupture après myomectomie par voie haute semble faible inférieur à 1% (NP4).

La voie cœlioscopique est recommandée pour les myomectomies interstitielles et sous-séreuses, pour les myomes uniques de diamètre inférieur à 8 cm (grade C). Au-delà les difficultés techniques et le bénéfice escompté doivent être évalués au cas par cas. La myomectomie par laparotomie est recommandée pour les myomes multiples (> 3) ou mesurant plus de 9 cm (critères retenus dans la littérature) (grade C). L'utilisation d'une barrière antiadhérentielle lors de la myomectomie est recommandée pour éviter les adhérences (grade A).

2.2 Place de la myomectomie en situation d'infertilité avec et sans aide médicale à la procréation

2.2.1 Sans aide médicale à la procréation

En conception spontanée chez une patiente infertile la présence d'un myome sous-muqueux a un effet délétère sur le taux de grossesses (NP2). Le traitement hystéroscopique des myomes sous-muqueux de type 0 et de type I augmente le taux de grossesse hors prise en charge en AMP (NP1).

La présence d'un myome intramural a un effet délétère sur le taux de grossesse chez une patiente infertile en conception spontanée (NP2). Mais l'impact sur la fertilité de la taille et du nombre des myomes, de même que des valeurs seuils, ne peut être défini précisément en l'absence d'évaluation suffisante (études peu nombreuses, faibles niveaux de preuve, résultats discordants). Le traitement chirurgical d'un myome intramural asymptomatique n'a globalement pas d'influence sur la fertilité ultérieure de femmes infertiles en conception spontanée ; il semble qu'au-delà d'une certaine taille (5 à 7 cm) la myomectomie améliore les taux de grossesses (NP3), avec une efficacité identique de la minilaparotomie et de la cœlioscopie. Il n'existe pas d'étude sur l'impact des fibromes sous-séreux sur la fertilité spontanée. De même, il n'existe pas d'étude spécifique sur le bénéfice en termes de fertilité de la chirurgie des myomes sous-séreux. Les données sur le traitement chirurgical, que ce soit par voie laparotomique ou cœlioscopique, du myome sous-séreux lorsqu'il est l'unique facteur d'infertilité retrouvé, sont extrapolées des travaux évaluant ce traitement pour les myomes intramuraux. Aucune conclusion ne peut donc être donnée. Les données de la littérature ne permettent pas de répondre à la question de l'indication du

traitement chirurgical des myomes lorsqu'ils sont associés à d'autres facteurs d'infertilité.

2.2.2 Avec aide médicale à la procréation

Dans le cadre de la prise en charge d'une patiente infertile en AMP, les myomes toutes localisations confondues ont un effet délétère sur les paramètres de fertilité avec une diminution du taux de grossesses, du taux d'implantation, du taux de naissances vivantes et une augmentation du taux de pertes fœtales (NP1). Les myomes sous-muqueux ont un effet délétère sur les paramètres de fertilité avec une diminution du taux de grossesses, du taux d'implantation, du taux de naissances vivantes et une augmentation du taux de pertes fœtales (NP1). Les myomes intramuraux avec et sans développement intracavitaire ont un effet délétère sur les paramètres de fertilité avec une diminution du taux de grossesses, du taux d'implantation et du taux de naissances vivantes (NP1). Les résultats de l'AMP sont moins bons lorsque la taille du myome est supérieure à 4 cm (NP3). Les myomes sous-séreux n'ont pas d'effet délétère sur les paramètres de fertilité (NP4).

Dans le cadre de la prise en charge d'une patiente infertile en AMP, le traitement chirurgical par hystéroscopie d'un myome sous-muqueux améliore le taux de grossesses (NP2). Le traitement chirurgical d'un myome intramural chez une patiente infertile suivie en AMP n'améliore pas les paramètres de fertilité (NP2). L'impact du traitement chirurgical d'un myome sous-séreux chez une patiente infertile suivie en AMP n'a pas été évalué.

En situation d'infertilité en AMP ou non, il est recommandé de traiter les myomes sous-muqueux par résection hystéroscopique complète dans l'objectif d'une grossesse (grade B). En l'absence de données sur l'infertilité il n'y a pas de recommandation possible sur l'utilisation de l'énergie bipolaire, ou des gels antiadhérentiels. Les données étant insuffisantes et hétérogènes, il n'y a pas de recommandation pour le traitement chirurgical des myomes interstitiels sans effet de masse sur la cavité, et sous-séreux asymptomatiques dans l'objectif d'une grossesse chez une femme infertile. Il convient donc d'évaluer la balance bénéfice risque individuel et d'informer la patiente des risques de la grossesse avec myome et de ceux de la chirurgie avant de poser une indication thérapeutique.

2.3 Hors fertilité, place de la myomectomie en périménopause et après la ménopause

Après 40 ans, l'évolution naturelle des myomes étant imprévisible (NP3), **il est recommandé une surveillance annuelle par un examen gynécologique**. S'il n'y a pas d'argument dans la littérature pour réaliser une surveillance échographique systématique des myomes, l'échographie demeure l'examen de choix pour le diagnostic et le contrôle de l'évolution des myomes devant l'apparition de symptômes ou de modifications cliniques (NP2). Aucune donnée n'existe sur une totale abstention thérapeutique. **L'abstention thérapeutique est indiquée chez une patiente asymptomatique (grade C). Il convient donc de proposer de traiter uniquement les myomes symptomatiques en délivrant l'information éclairée aux patientes sur les différentes possibilités et en restant respectueux de l'avis et des souhaits de la patiente (grade A). L'apparition de nouveaux symptômes ou leur aggravation, la persistance des symptômes après traitement non chirurgical nécessitent une réévaluation et justifient une exploration par imagerie complémentaire (IRM ou échographie doppler) et biopsie d'endomètre (grade C).**

Chez les femmes en périménopause présentant un myome sous-muqueux symptomatique ou désirant conserver leur capacité de procréation le traitement de première intention est la résection hystéroscopique (grade B). Néanmoins, la patiente doit être informée du risque de résection partielle, de récidive et de l'éventualité d'une seconde intervention (grade A).

Pour les myomes interstitiels et sous-séreux de la femme en périménopause, la voie cœlioscopique est recommandée pour la réalisation des myomectomies des myomes uniques interstitiels et sous-séreux de diamètre inférieur à 8 cm (grade C). Au-delà les difficultés techniques et le bénéfice escompté doivent être évalués au cas par cas. La myomectomie par laparotomie est recommandée pour les myomes multiples (> 3) ou mesurant plus de 9 cm (critères retenus dans la littérature) (grade C).

Les patientes qui souhaitent la réalisation d'une myomectomie en périménopause doivent être informées du risque faible mais possible de réintervention (< 15%) (grade A).

Il conviendra donc d'informer les patientes qui font le choix de la myomectomie pour préserver une potentielle fertilité que leurs chances de grossesse spontanée sont faibles, que le taux d'avortement spontané est augmenté et les prévenir des risques d'une grossesse en périménopause (grade A). Le bénéfice d'une myomectomie sur la fertilité au-delà de 40 ans n'est pas démontré.

En l'absence de tout désir de grossesse, chez les femmes qui ont été informées des alternatives et des risques de l'intervention, l'hystérectomie est le traitement le plus efficace des myomes symptomatiques (NP1) et est associée à un fort taux de satisfaction (NP2). Lorsqu'elle est possible la voie vaginale ou cœlioscopique doit être préférée à la laparotomie en cas de réalisation d'une hystérectomie (grade A). Cette intervention comporte des risques opératoires dont la patiente devra être prévenue (grade A). La qualité de vie est globalement améliorée par l'hystérectomie (NP2), il en est de même pour la sexualité qui est plutôt améliorée (NP1) que ce soit après hystérectomie subtotale ou totale et par laparotomie ou cœlioscopie, la voie basse est peu évaluée et il y a plus de dyspareunie (NP4). Le problème de la continence urinaire est plus complexe : les urgenturies et polla-

kiuries sont améliorées lorsqu'elles sont mécaniques (compressives) ; en revanche les patientes hystérectomisées ont deux fois plus de risque de subir ultérieurement un traitement chirurgical de l'incontinence (NP3). Globalement il semble qu'il y ait peu de modifications urinaires liées à l'hystérectomie en l'absence de trouble préexistant qu'il faut rechercher lors de l'interrogatoire préopératoire (NP2). À voie d'abord identique il ne semble pas y avoir de différence en termes de complications entre l'hystérectomie et la myomectomie y compris pour la transfusion (NP3).

Après la ménopause

Il y a très peu d'étude sur la thérapeutique des fibromes chez les patientes ménopausées. **La rareté du cancer de l'endomètre associé ou du sarcome ne doit pas faire réaliser une hystérectomie systématique en présence de myomes sauf en cas de syndrome de Lynch. Néanmoins, après la ménopause la taille des fibromes diminue. En l'absence de traitement hormonal, l'apparition d'un myome à l'échographie, son augmentation de taille ou l'apparition de symptômes justifie la demande d'explorations complémentaires avec une IRM pelvienne et une biopsie d'endomètre (grade C).**

L'existence d'un de ces trois signes cliniques ou encore plus leur association justifie la réalisation d'un geste chirurgical plutôt que d'une alternative à l'hystérectomie ; la morcellation doit être évitée dans cette situation (grade C).

En dehors de cette spécificité, les recommandations thérapeutiques chirurgicales sont identiques à celles de la périménopause pour la prise en charge des myomes symptomatiques.

Le THM n'est pas contre-indiqué en cas de myome mais la patiente devra être informée du risque d'évolution sous traitement et de la nécessité de consulter en cas de symptômes (grade C).

Question 3 : Les alternatives à la chirurgie conventionnelle, hystérectomie totale ou myomectomie

3.1 Place de l'embolisation des artères utérines

En premier lieu il n'est pas possible de définir une recommandation sur le nombre ou la taille des myomes qu'il est possible d'emboliser d'une manière générale faute de données. En revanche, il n'est pas recommandé de traiter par embolisation un myome unique sous-muqueux intracavitaire (type 0 et 1) ou un myome unique sous-séreux pédiculé (grade C) en raison du risque de complication.

Concernant l'utilisation des particules, les particules non sphériques de PVA sont associées à un taux plus important d'occlusion des microcathéters que les microsphères de tris-acryl. Il n'existe aucune différence entre les différentes particules en termes d'intensité de douleurs post-embolisation ou de doses d'antalgiques. Il n'existe pas de différence entre les particules non sphériques de PVA et les microsphères de tris-acryl (> 500 m) en termes d'efficacité clinique, de réduction du volume utérin et de taux de complications. Les micro-sphères de PVA (Contour SE et Bead Block) ont une efficacité clinique moindre et un taux de dévascularisation des myomes en IRM moindre que les microsphères de tris-acryl (Embosphere) (NP2). **En conséquence, il est recommandé d'utiliser des particules de plus de 500 m (grade B) pour emboliser des myomes utérins.**

En termes d'efficacité, l'embolisation des artères utérines aux particules non sphériques de PVA ou aux microsphères de tris-acryl de plus de 500 m traite efficacement les ménorragies, les symptômes de compression et les douleurs pelviennes dans 90% des cas à court terme (NP1).

L'efficacité sur les ménorragies et les symptômes de compression est de 75% à 5-7 ans (NP1). La réduction du volume utérin à 6 mois varie entre 30 et 60% et la réduction de volume du myome dominant varie entre 50 et 80% à 6 mois (NP1). Le taux de complication en cours d'hospitalisation est évalué à 3%. Le taux d'hystérectomie pour complication est inférieur à 2% à 3 mois. Le taux d'aménorrhée définitive après embolisation est inférieur à 5% chez les femmes âgées de moins de 45 ans. Il n'y a aucun impact de l'embolisation sur la fonction hormonale chez les femmes de moins de 45 ans présentant un bilan hormonal normal. Le taux d'hystérectomie secondaire pour inefficacité ou récidive clinique est de 13 à 28% à 5 ans (NP1) selon les études.

Il est donc possible de conclure que l'embolisation des artères utérines étant un traitement efficace et à faible morbidité, elle est une option thérapeutique pour les myomes symptomatiques chez la femme sans désir de grossesse (grade A).

Il n'existe pas de différence d'efficacité sur les symptômes de compression et sur les douleurs pelviennes à 12 mois et 24 mois entre l'embolisation et l'hystérectomie par laparotomie ; il n'existe pas de différence de qualité de vie entre embolisation et hystérectomie par laparotomie à 12 mois, à 24 mois ou à 5 ans ; il n'existe pas de différence de taux de satisfaction entre l'embolisation et l'hystérectomie par laparotomie à 24 mois (NP1).

Le taux de complications per-opératoires mineures est plus élevé pendant l'embolisation que pendant l'hystérectomie par laparotomie, mais le taux de complications per-opératoires majeures est plus élevé pendant l'hystérectomie par laparotomie que pendant l'embolisation. Dans les 24 premières heures qui suivent le traitement, les douleurs évaluées par échelle visuelle analogique sont plus intenses après hystérectomie par laparotomie qu'après embolisation. Le taux de complications majeures à 6 semaines est plus élevé après hystérectomie par laparotomie qu'après embolisation. Le taux de complications majeures à 1 an n'est pas différent après embolisation et après hystérectomie par

laparotomie (NP1). Mais les réinterventions sont plus fréquentes après une embolisation qu'après une hystérectomie pour les essais randomisés : l'hystérectomie secondaire est nécessaire après embolisation dans 13 à 24% des cas à deux ans, et jusqu'à 28% des cas à 5 ans (NP1).

La durée d'hospitalisation, de convalescence et d'arrêt de travail est plus courte après embolisation qu'après l'hystérectomie par laparotomie et le coût de l'embolisation est inférieur à celui de l'hystérectomie par laparotomie à 12 mois, à 24 mois, y compris en prenant en compte le coût de l'imagerie et des réinterventions (NP1).

Les patientes doivent être informées que l'embolisation des artères utérines est une alternative à l'hystérectomie par voie laparotomique pour le traitement du ou des myomes symptomatiques en l'absence de désir de grossesse (grade A). En l'absence d'étude comparant l'embolisation des artères utérines à l'hystérectomie par voie vaginale ou cœlioscopique, il ne peut être donné de recommandation. Il est souhaitable d'informer la patiente de cette option dans tous les cas où une hystérectomie sera proposée par voie vaginale ou cœlioscopique.

À 6-26 mois du traitement, il n'existe pas de différence entre l'embolisation et la myomectomie en termes d'efficacité sur les symptômes hémorragiques ou de compression (NP2). Il n'existe pas non plus de différence de réduction du volume utérin après embolisation et après myomectomie. Il n'existe pas de différence de qualité de vie à 6 mois après embolisation et après myomectomie (NP3).

Les taux de complications périopératoires et à 30 jours ne sont pas différents (NP2), mais le taux de complications à 6 mois est plus élevé après myomectomie (cœlioscopie ou laparotomie) qu'après embolisation (NP3). Néanmoins le taux de réinterventions est plus élevé après embolisation qu'après myomectomie (NP2).

La durée d'hospitalisation et de convalescence (NP2) et la durée d'arrêt de travail (NP3) sont plus courtes après embolisation qu'après myomectomie (cœlioscopie ou laparotomie).

Enfin concernant la fertilité, l'élévation du taux de FSH est plus fréquente après embolisation qu'après myomectomie. Le taux de conception après myomectomie est plus élevé qu'après embolisation. Le nombre de grossesses à terme est plus élevé après myomectomie qu'après embolisation. Le taux de fausses couches est plus élevé après embolisation qu'après myomectomie (NP3).

Il n'existe pas de différence significative entre embolisation et myomectomie en ce qui concerne le taux d'accouchement prématuré, de césarienne, d'hémorragie du post-partum, de pré-éclampsie ou de retard de croissance in utero (NP2).

Il est nécessaire d'informer la patiente que l'embolisation des artères utérines est une alternative à la myomectomie (par cœlioscopie ou par laparotomie) pour le traitement du myome symptomatique non sous-muqueux (type 0 ou 1) chez la femme qui n'a plus de désir de grossesse (grade A).

L'embolisation des artères utérines n'est pas le traitement de première intention chez les patientes ayant un désir de grossesse (grade C). Les patientes doivent être informées des risques en cas de souhait de grossesse après embolisation (grade A).

L'embolisation des artères utérines avant myomectomie (préopératoire ou technique combinée) réduit significativement les saignements per-opératoires (NP3) et peut se discuter au cas par cas (grade C).

3.2 Place des autres techniques destructrices alternatives aux traitements chirurgicaux en dehors de l'embolisation pour myome

3.2.1 La myolyse ou destruction des myomes

Le laser Nd:YAG s'est avéré efficace, mais le coût du matériel, la fragilité des fibres et le risque adhérentiel postopératoire ont limité son développement (NP4).

Les myolyses avec aiguilles bipolaires ou micro-ondes sont des techniques confidentielles qui n'ont pas leur place à ce jour en dehors d'un contexte de recherche.

La myolyse par radiofréquence est une technique qui semble efficace et peu invasive mais des études sur de plus larges cohortes sont nécessaires (NP4). La myolyse par radiofréquence est une alternative invasive lorsqu'elle est réalisée par cœlioscopie et moins agressive lorsqu'elle est réalisable sous contrôle échographique par voie d'abord vaginale. Cependant, seules des séries de faisabilité existent avec un total de quelques centaines de patientes, sans aucun essai comparatif.

La cryomyolyse reste une procédure expérimentale ; les données actuellement disponibles dans la littérature sont insuffisantes pour établir l'efficacité et la sécurité de la technique. (NP4).

Le traitement par ultrasons focalisés monitoré par IRM ou par échographie représente une nouvelle opportunité avec des résultats actuels encourageants après une courbe d'apprentissage ; une sélection rigoureuse des patientes est indispensable avec traitement de myome unique ou double, entre 5 et 12 cm antérieur et en hyposignal T2 sur l'IRM ; environ 10% des myomes sont accessibles à la technique si l'on veut obtenir une dévascularisation supérieure à 45% corrélée à un taux de succès sur les symptômes à moyen terme de l'ordre de 60-70% (NP3). En revanche, les réductions de volume du myome semblent moins importantes (15-40%) que pour d'autres techniques (NP4). **Pour la myolyse, aucune technique actuelle ne peut permettre une recommandation, la technique la plus avancée, la mieux contrôlée et la moins agressive semble être l'utilisation des ultrasons. Il est nécessaire de poursuivre la recherche clinique sur ces techniques avec des essais comparatifs face à la chirurgie ou l'embolisation des artères utérines, afin d'obtenir les niveaux de preuve suffisants pour une recommandation. Les patientes bénéficiant de ces techniques doivent être incluses dans des protocoles de recherche.**

Il n'y a, à ce jour, aucune publication permettant d'autoriser ou d'interdire une myolyse en cas de désir de grossesse (grade C).

3.2.2 La ligature cœlioscopique des artères utérines

La ligature cœlioscopique des artères utérines est mieux tolérée mais moins efficace que l'embolisation (NP2), car elle présente des résultats similaires à 6 mois (réduction de volume de 30-50% et des symptômes de 50-80%) mais moins durables dans le temps pour des indications identiques avec cependant une limite d'accessibilité en termes de volume utérin (NP2).

Son association à la myomectomie a été peu évaluée en termes d'efficacité, en revanche elle diminue de manière significative les saignements (NP2).

La ligature cœlioscopique isolée des artères utérines est une alternative possible mais moins efficace à long terme que l'embolisation des artères utérines (grade B).

Il n'y a, à ce jour, aucune publication permettant d'autoriser ou d'interdire une ligature cœlioscopique des artères utérines en cas de désir de grossesse (grade C).

L'acupuncture n'a pas sa place à ce jour dans l'arsenal thérapeutique des myomes faute de preuve scientifique.

3.3 Place des alternatives à la myomectomie hystéroscopique pour le traitement des myomes

En présence de myomes sous-muqueux, les techniques de réduction endométriale sont efficaces (efficacité sur le score de Higham et sur le taux d'hémoglobine) seules ou en association à la résection hystéroscopique du myome chez les femmes sans souhait de préserver leur fertilité (NP2).

Les techniques de réduction endométriale de deuxième génération (thermocoagulation, hydrothermablation, destruction de l'endomètre par radiofréquence ou par microondes) présentent des durées d'intervention plus courtes et des taux de complications moins importants que celles de première génération (résection endométriale hystéroscopique, ablation de l'endomètre par laser Nd :YAG ou rollerball). Ces techniques sont particulièrement intéressantes pour les patientes à risque anesthésique ou opératoire élevé (NP1).

De plus, il semble que la destruction de l'endomètre de manière concomitante à la destruction du myome sous-muqueux soit plus efficace sur le contrôle des saignements que la myomectomie seule (NP4).

Les grossesses ultérieures observées sont peu fréquentes : de l'ordre de 0,7% après résection hystéroscopique, et jusqu'à environ 5% pour les techniques de seconde génération. Il est décrit principalement des interruptions volontaires de grossesse, des fausses couches et des GEU. De plus ces grossesses présentent des risques particuliers fœtaux et maternels. Les interruptions précoces se compliquent, plus fréquemment que dans la population générale, d'échec d'évacuation devant des sténoses ou des synéchies cervicales, pouvant aller jusqu'à l'hystérectomie (NP4).

Pour les grossesses évoluant au-delà de 20 SA, on retrouve des taux importants de césarienne, de prématurité, d'anomalies de l'insertion placentaire et de ruptures prématurées des membranes. Il est également retrouvé plus de morts périnatales et d'hystérectomies secondaires. De plus, deux cas de rupture utérine ont été décrits dont un suivi d'une mort maternelle sur hémorragie massive (NP4).

Enfin, l'évaluation coût-efficacité de ces prises en charge dans l'indication des myomes reste à évaluer.

Il est donc possible d'utiliser les techniques de deuxième génération de destruction de l'endomètre pour traiter les ménométrorragies associées aux myomes sous-muqueux des patientes n'ayant plus de désir de grossesse (grade B).

En revanche, les grossesses pouvant survenir au décours de ces traitements conservateurs présentant des risques importants (NP4), **la patiente doit en être informée au préalable (grade A). Une contraception efficace est conseillée (grade C).** Il est également possible de réaliser une stérilisation hystéroscopique par Essure® dans le même temps opératoire qu'une thermodestruction par Thermachoice® ou qu'une résection bipolaire (seules études publiées à ce jour) (NP4).

Question 4 : Place de l'hystérectomie subtotale par rapport à l'hystérectomie totale pour myome

- La conservation cervicale lors d'une hystérectomie permet de raccourcir la durée opératoire de 17% environ par laparotomie (NP1). Par cœlioscopie, la conservation du col ne fait pas gagner de temps opératoire (NP2) probablement du fait de la morcellation utérine.
- La conservation du col diminue les pertes sanguines par laparotomie sans influencer le taux de transfusion peropératoire (NP1), mais par cœlioscopie les pertes sanguines sont comparables entre les deux techniques (NP2).
- La conservation du col lors de l'hystérectomie diminue la survenue d'épisodes fébriles postopératoires par laparotomie (NP1), alors que le taux de complications mineures ou majeures par cœlioscopie est identique entre les deux techniques (NP2).
- Elle n'influence pas la durée de la convalescence postopératoire par laparotomie (NP1) ; par cœlioscopie les résultats controversés des études (NP4) ne permettent pas de conclure.
- Enfin, concernant la morbidité urétérale, il n'existe pas d'essai randomisé prospectif de grand effectif comparant l'hystérectomie totale et subtotale. Néanmoins la cœlioscopie semble augmenter le risque urétéral tous types d'hystérectomie confondus totale ou subtotale, et il ne semble pas y avoir de différence entre totale et subtotale, l'ensemble étant très lié à la courbe d'apprentissage

(NP2). L'hystérectomie subtotale cœlioscopique semble en revanche diminuer le risque vésical comparé à l'incidence des plaies vésicales pour l'hystérectomie totale mais il n'y a pas d'essai randomisé (NP3).

Du fait de complications réduites (en laparotomie) ou identiques (en cœlioscopie), l'hystérectomie subtotale est une alternative à l'hystérectomie totale pour fibrome (grade B).

Le risque de cancer du moignon cervical est de 0,05% environ après trois frottis cervico-vaginaux normaux (NP2). **La patiente à laquelle il est proposé de conserver le col utérin doit être informée qu'il est nécessaire de poursuivre des frottis de dépistage (grade A).** En cas d'antécédents de dysplasie cervicale, il y a un risque relatif multiplié par trois de voir survenir un cancer du col de l'utérus (NP1). Cependant, il n'y a pas d'études de cohortes de femmes ayant un antécédent de dysplasie et suivies après hystérectomie totale et hystérectomie subtotale.

En présence d'antécédent ou de dysplasie cervicale actuelle, il y a indication à réaliser une hystérectomie totale plutôt qu'une hystérectomie subtotale (grade B).

Des saignements cycliques peu abondants et peu gênants peuvent être observés jusque 20% des cas après hystérectomie subtotale. La résection conique de l'endocol au cours de l'hystérectomie subtotale permettrait de réduire de 10% à 1,4% l'incidence des saignements cycliques (NP2). L'inexpérience de l'opérateur augmente le risque de reprise chirurgicale pour cette cause (NP4). En ce qui concerne les aspects fonctionnels à long terme, la conservation cervicale par laparotomie ou par cœlioscopie n'influence pas la qualité des rapports sexuels à distance de l'intervention (NP1), ni la qualité de vie (NP1) en dehors de l'amélioration de l'image corporelle, ni la survenue de troubles urinaires, digestifs ou de la statique pelvienne (NP1).

Il n'est pas justifié de réaliser une hystérectomie subtotale plutôt qu'une hystérectomie totale dans le but d'éviter des troubles fonctionnels ou sexuels pelviens (grade A).

Conclusion

Ces recommandations de prise en charge thérapeutique des myomes viennent compléter les recommandations de 2000 et 2008. Elles font état de la littérature actuelle en septembre 2011, parfois très limitée notamment pour le choix de seuil de taille ou de nombre de myomes. Elles se conçoivent pour des patientes dont les myomes sont diagnostiqués avec certitude et pour lesquels une cartographie précise a été établie utilisant les moyens d'imagerie nécessaires et suffisants (échographie pelvienne et endovaginale en deux ou trois dimensions avec Doppler, contraste ou hystérosonographie si nécessaire ; IRM en seconde intention avec coupes en T1, T2, injection de gadolinium). Elles s'accompagnent d'une prise en charge globale de la patiente, traitant les myomes, leurs symptômes et conséquences (anémie, retentissement physique et psychologique). Enfin, elles se conçoivent comme la base des bonnes pratiques actuelles à présenter et discuter avec la patiente respectant ses souhaits et choix dans la limite du raisonnable et de l'éthique médicale.

La bibliographie de ces recommandations est disponible en fin de chaque article complet correspondant à une question posée.

Niveaux de preuve et grades des recommandations selon la HAS cités par certains auteurs

Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature (études thérapeutiques).	Grade des recommandations
Niveau 1 (NP1) • Essais comparatifs randomisés de forte puissance • Méta-analyse d'essais comparatifs randomisés • Analyse de décision basée sur des études bien menées	Preuve scientifique établie A
Niveau 2 (NP2) • Essais comparatifs randomisés de faible puissance • Études comparatives non randomisées bien menées • Études de cohorte	Présomption scientifique B
Niveau 3 (NP3) • Étude cas-témoins **Niveau 4 (NP4)** • Études comparatives comportant des biais importants • Études rétrospectives • Séries de cas	Faible niveau de preuve C

Les cancers invasifs de l'endocol

P. BERNARD*
I. GABELLE-FLANDIN**, D. PASQUIER***

Deuxième partie

Leur similitude avec les adénocarcinomes de l'endomètre a été soulignée par de Brux J. [1] : ces tumeurs naissent du même canal de Muller et certaines d'entre elles sont induites par les vestiges Wolffiens qui passent dans la profondeur du corps et du col utérin. L'étude du registre du cancer, et en particulier le registre du cancer de l'Isère, confirme une augmentation relative des adénocarcinomes de l'endocol par rapport aux cancers malpighiens. Leur fréquence relative actuelle est de 14 à 24% s'explique par la diffusion de l'HPV 18 mais aussi par l'élimination de nombreuses lésions exocervicales précancéreuses dont le traitement réduit fort heureusement le nombre des cancers invasifs de l'exocol. L'âge moyen des patientes atteintes de cancers invasifs de l'endocol est de 55 ans.

1 - Aspects macroscopiques et biopsies

Macroscopiquement, les adénocarcinomes sont de type papillaire (42%), nodulaires (16%) ou ulcéreux (16%). La colposcopie est importante pour préciser l'état de la muqueuse exocervicale souvent modifiée par la tumeur profonde (figure 1). Évoluant dans le canal endocervical, ils sont difficiles à différencier des polypes endocervicaux et

La colposcopie est importante pour préciser l'état de la muqueuse exocervicale souvent modifiée par la tumeur profonde.

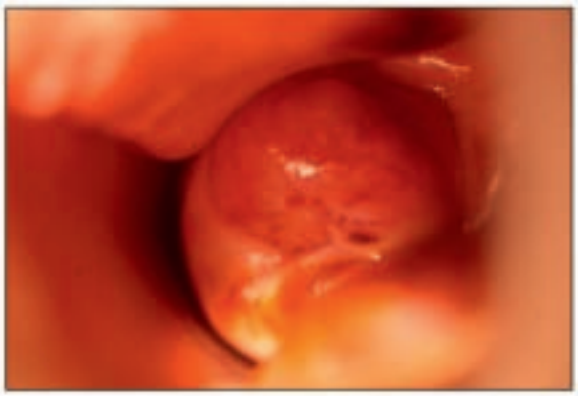


Figure 1 : Aspect colposcopique d'un cancer invasif de l'endocol

leur caractère très différencié peut faire hésiter les histologistes. La cytologie apporte une aide considérable, mais elle est parfois d'interprétation difficile en raison des phénomènes inflammatoires, en particulier des endocervicites ou des aspects AGCUS. Pour les biopsies de l'endocol, la recommandation est de ne jamais faire de simple *"bistournage"* d'un polype mais de **toujours faire son ablation avec une biopsie de la base d'implantation du polype** emportant ainsi sur plusieurs biopsies le point de départ du cancer infiltrant de l'endocol [2]. En effet, le polype lui-même n'est que la réaction inflammatoire au cancer sous-jacent. Un soin tout particulier doit être apporté par le clinicien dans le repérage et étiquetage des prélèvements lors d'un cure-

* 86 route de Meylan 38330 Biviers
** Service de Radiothérapie CHU de Grenoble 38 043 cedex 9
*** Service d'anatomie pathologique CHU de Grenoble 38 043 cedex 9

tage biopsique étagé. Cependant, le plus souvent, la base d'implantation du polype est parfaitement accessible à la biopsie qui sera alors effectuée sous colposcopie et sans anesthésie. Ce n'est qu'en cas d'anomalies histologiques que les investigations complémentaires seront effectuées sous analgésie ou anesthésie générale. Toutes les modalités thérapeutiques seront dépendantes de **la qualité des prélèvements** à visée histologiques.

Données histologiques

Les adénocarcinomes ont un aspect assez polymorphe :

- Les carcinomes naissant de la muqueuse sont surtout **papillaires et glandulaires ;**
- **Les adénocarcinomes papillaires** sont formés d'axes plus ou moins grêles ramifiés, sur lesquels s'implantent des cellules cylindriques, pluristratifées, régulières, à noyaux clairs et finement vacuolées ;
- **Les adénocarcinomes glandulaires** forment des cavités adossées les unes aux autres (figure 2). La sécrétion se situe au pôle apical ou basal des cellules. Lorsque la différenciation muqueuse est très importante, apparaît le carcinome colloïde muqueux. L'origine des carcinomes mucoïdes peut être métastatique (endomètre, ovaires), voire digestive. Les carcinomes nés des vestiges embryonnaires sont de type mullériens (carcinomes à cellules claires) ou d'origine gartnérienne, confirmée par la connexion entre les restes normaux et le cancer. Enfin, une différenciation variable peut être le fait des carcinomes moyennement différenciés (figure 3) voir indifférenciés anaplasiques, adéno-épidermoïdes, muco-épidermoïdes ou des cylindromes. Les lésions de l'endocol présentent donc de nombreuses variétés avec des aspects cellulaires très différents, retrouvées dans les aspects des frottis de dépistage.

2 – Les moyens et les indications thérapeutiques

A – Quelques considérations sur l'évolution de la chirurgie

Elle a beaucoup évolué avec **l'introduction de la cœliochirurgie.** Cette chirurgie endoscopique a concerné en premier lieu la lymphadénectomie. L'histologie du ganglion sentinelle, et donc la connaissance du pN dans le bilan préthérapeutique, a permis de mieux préciser le stade de la lésion cancéreuse et donc les indications. La place de la chirurgie endoscopique ganglionnaire date de 1986 [3] et ce fut pour traiter un adénocarcinome de l'endocol que D. Dargent donna la description suivante :

"La patiente était une femme de 46 ans qui avait subi 6 ans auparavant une hystérectomie subtotale pour fibrome. Le col restant était surveillé régulièrement. Huit mois après le dernier examen systématique, la patiente a présenté des métrorragies provoquées. On a mis en évidence une petite tuméfaction rouge sur la lèvre antérieure du museau de tanche. La biopsie a montré qu'il s'agissait d'un adénocarcinome d'origine endocervicale. Les touchers étaient négatifs. La cystoscopie ne montrait aucune anomalie. L'urographie intraveineuse était normale. Les conditions locorégionales, au total, incitaient à pratiquer la colpocervicectomie élargie par la voie vaginale. Les conditions générales y contraignaient par ailleurs : obésité, antécédent d'embolie pulmonaire, syndrome de Wolff-Parkinson Deux incisions inguinales ont été faites successivement. Il a été facile de décoller le sac péritonéal et de palper les ganglions sous-veineux. Ils paraissaient sains. Ne possédant pas de médiastinoscope nous avons introduit un cœlioscope dans l'espace rétropéritonéal. La peau autour de la chemise de l'instrument a été fermée et du gaz carbonique a été insufflé. L'espace rétro-péritonéal et les ganglions satellites des gros vaisseaux ont été inspectés et ponctionnés à l'aiguille fine. Et nous sommes passés directement à la colpo-cervisectomie élargie, qui a été réalisée sans problème par voie vaginale. L'examen de la pièce a confirmé l'existence d'un adénocarcinome infiltrant du col utérin mesurant 1,5 x 0,5 cm, et n'infiltrant ni le dôme vaginal ni les

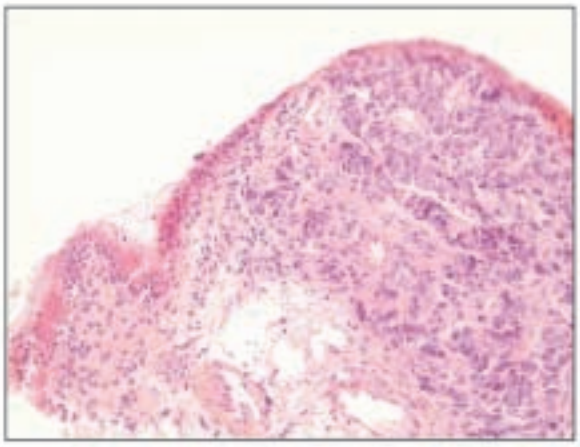


Figure 2 : Adénocarcinome de l'endocol
(Document de Dominique et Basile PASQUIER)

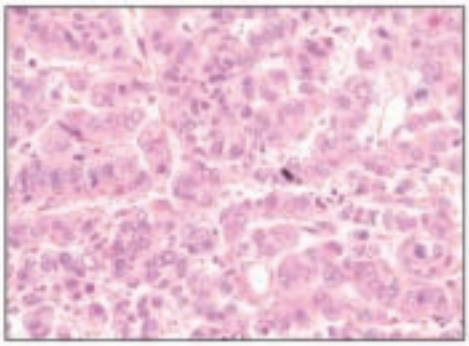


Figure 3 : Adénocarcinome moyennement différencié de l'endocol
HE) x 200 (Document de Dominique et Basile PASQUIER)

paramètres. Mais il n'y avait aucune cellule identifiable dans les étalements réalisés à partir du produit de la cytoponction. Un doute subsistait donc sur l'état réel des ganglions. Nous n'en avons pas tenu compte, en arguant de la négativité du palper rétro-péritonéal et du caractère limité de la tumeur primitive : aucune indication thérapeutique complémentaire n'a été posée. Notre première expérience entreprise sous la pression de la nécessité était un demi-succès ou un demi-échec..."

Grâce à la connaissance de l'état ganglionnaire, la trachélectomie a pu être indiquée et réservée aux femmes dont la fécondité doit être préservée.

L'opération de Wertheim par sa radicalité et la connaissance de l'extension de la maladie cancéreuse reste un moyen important. Sa réalisation technique est conditionnée par l'importance de l'exérèse des paramètres qui établit ainsi ses différents degrés (Tableau n°2).

Récemment, certains auteurs ont remis en discussion l'exérèse des paramètres dans les stades précoces du cancer du col [4] [5]. La première étude est italienne et collige 14 cas (5 micro-invasifs et 9 invasifs < 2 cm), tous N- (après lymphadénectomie pelvienne) et sans emboles, traités par trachélectomie simple et lymphadénectomie. Après un suivi médian de 38 mois, aucune récidive n'est apparue. Huit patientes ont eu une grossesse (dont 3 avec un accouchement à terme). La seconde étude publiée par une équipe britannique collige 62 patientes traitées pour un cancer de stade IB1 de petit volume (< 500 mm3) : 35 ont eu une conisation simple (en vue de préserver la fertilité ultérieure) et 27 une hystérectomie simple. 57 patientes ont eu une lymphadénectomie pelvienne (une patiente ayant une tumeur de stade IB1 infiltrant le chorion sur 3,5 mm² seulement mais associée à des emboles était N+), les 5 autres refusant la lymphadénectomie. 13 patientes ont eu une seule conisation et 49, 2 conisations pour assurer des marges de résection in sano. 14 patientes avaient des emboles. Après un suivi conséquent de 56 mois, 2 patientes traitées de manière conservatrice ont eu une hystérectomie (une par souhait personnel et l'autre car elle avait eu les grossesses désirées). Aucune patiente n'a présenté de récidive alors que 7 grossesses ont été observées [5].

Ces études sont originales, mais le nombre des cas rapportés est tout à fait insuffisant et il est nécessaire d'attendre les résultats de grandes études randomisées et comparatives. Le risque majeur est de faire des sections cervicales en zones pathologiques et donc expose à la gravité des récidives cancéreuses centro-pelviennes.

Comme le fait remarquer très justement Morice P [6] *"sur le plan carcinologique la marge de sécurité au niveau des tranches de section est de > 1 cm voir > 8 mm. Faisons attention à l'écueil potentiel de ne pas "valider" des conisations avec de toutes petites marges de résection in sano dans la prise en charge d'authentiques IB1 du col même < 2 cm !"*

La connaissance de l'état histologique des paramètres est une recommandation fondamentale dans le traitement des cancers invasifs de l'endo et de l'exocol.
Le choix du type de l'opération de Wertheim est décidé en fonction de la taille du cancer du col utérin et de l'estimation de la distance entre la zone pathologique et le paramètre juxta cervical d'une part à l'examen clinique et d'autre part avec l'imagerie.

La principale contre-indication absolue de l'opération de Wertheim est l'atteinte par l'extension tumorale de la paroi pelvienne latérale et/ou de la muqueuse vésicale ou rectale et en contre-indication relative le volume tumoral important. Le chirurgien gynécologue qui réalise cette intervention doit avoir une solide formation chirurgicale et, en plus

Type 1	Colpo-hystérectomie avec lymphadénectomies pelviennes : iliaques et obturatrices **Exérèses des paramètres sus urétéraux**
Type 2	Colpo-hystérectomie avec lymphadénectomies pelviennes : iliaques et obturatrices **Exérèses des paramètres sous urétéraux**
Type 3	Colpo-hystérectomie avec lymphadénectomies pelviennes : iliaques et obturatrices Exérèses des paramètres sous urétéraux **au-delà de l'uretère**
Type 4	Colpo-hystérectomie avec lymphadénectomies pelviennes : iliaques et obturatrices Exérèses complètes des **paramètres jusqu'aux parois pelviennes latérales**
Type 5	Colpo-hystérectomie avec lymphadénectomies pelviennes : iliaques et obturatrices avec des exérèses complètes des paramètres jusqu'aux parois pelviennes latérales et avec **un curage ganglionnaire pré-sacré**

Tableau n°2 Les différents types d'opération de Wertheim

de la spécialité il lui est recommandé d'avoir une compétence ordinale en cancérologie.

Actuellement la pelvectomie totale ayant une lourde mortalité et une morbidité sévère (fistules digestives et /ou urinaires), sera très exceptionnellement indiquée et réalisée car la chirurgie pelvienne chez la femme s'est limitée à la pelvectomie partielle soit antérieure (génito-urinaire) soit postérieure (génito-rectale) en raison de la forte mortalité postopératoire de 18 à 20% et la forte morbidité des pelvectomies totales. Dans les séries anciennes, les complications infectieuses des pelvectomies sont difficiles à évaluer en raison du faible nombre des pelvectomies. Brunschwig A. et son école [7] ont publié le plus grand nombre de pelvectomies totales : 470 cas réalisés en 14 ans au Memorial Hospital et au James Ewing Hospital de New-York.

Pour poser une indication de pelvectomie antérieure avec Bricker, il est **indispensable** d'avoir une **biopsie positive** de la muqueuse vésicale, un aspect *"bulleux ou suspect"* à la cystoscopie est tout à fait insuffisant. De même pour la pelvectomie postérieure, une **biopsie positive** du tiers inférieur de la paroi rectale est indispensable.

En ce qui concerne les lésions fistuleuses radiques, comme le dit parfaitement Alexander Brunschwig *"le jugement du chirurgien est ici d'une importance primordiale. S'il est convaincu qu'il n'y a pas de cancer, un traitement local est d'abord institué pour soulager les symptômes. Les simples dérivations, comme la colostomie avec ou sans dérivation urinaire, constituent des procédés conservateurs. Si les symptômes s'avèrent prononcés, et/ou s'il existe une forte suspicion de récidive tumorale, l'exentération pelvienne est indiquée".*

J'ai personnellement constaté la fermeture spontanée d'une fistule digestive colo-vaginale radique après une simple dérivation digestive colique pendant quatre mois. Les fistules peuvent être colo-vaginales ou colo-vésicales. Quoi qu'il en soit, leur traitement est toujours une décision complexe pour les chirurgiens oncologues et digestifs en concertation et qui peut conduire à pratiquer une pelvectomie partielle.

B – Les protocoles thérapeutiques

Les indications thérapeutiques pour les cancers invasifs de l'endocol dépendent du stade de la lésion selon la classification FIGO [8] [9] et du désir de grossesse.

Stade I :

Stade IA1 :

La conisation passant en zone saine pour l'endocol est suffisante pour le cancer micro-invasif. Elle sera reprise en cas de résection en zone pathologique. La présence d'emboles sur la pièce de conisation peut faire proposer l'attitude des stades IA2.

Stade IA2 :

Plusieurs options thérapeutiques selon les équipes et l'âge des patientes A-B-C-D :

A. Lymphadénectomie pelviscopique* première

a) Si pN0: il sera proposé 2 options selon les équipes :

- Colpo- hystérectomie élargie aux paracervix proximaux (option la plus usitée),
- Une curiethérapie utérovaginale puis hystérectomie extra-fasciale ou élargie proximale (T> 2cm ou <2cm avec emboles).

b) Si pN1:

- Radio-chimiothérapie concomitantes. Extension des champs d'irradiation en fonction des aires ganglionnaires atteintes (latéro-aortiques...),
- Curiethérapie utérovaginale,
- Chirurgie si résidu tumoral (clinique, IRM, Scintigraphie FDG...).

B. Curiethérapie utérovaginale première suivie de colpohystérectomie et lymphadénectomie pelvienne

a) Si pN0 : Pas de traitement complémentaire.

b) Si pN1 : Radio-chimiothérapie concomitante (champ d'irradiation adapté aux sites ganglionnaires envahis).

C. Irradiation externe et curiethérapie (sans autre traitement complémentaire)

D. Exceptionnelle trachélectomie pour les patientes qui souhaitent envisager une grossesse.

Option possible de conservation utérine et ovarienne si :

- conisation première, âge compatible avec une grossesse, taille tumorale < 2 cm, absence d'emboles, pN0 pelvien, marges endocervicales >= à 8 mm.

Stade IA2–IB1 N1 en imagerie

- L'atteinte ganglionnaire doit être prouvée histologiquement,
- Radio-chimiothérapie concomitante avec champs d'irradiation adaptés à l'envahissement ganglionnaire,
- Discussion de chirurgie complémentaire en cas de reliquat tumoral.

Stade IB: l'importante analyse statistique de H. M. Keys et al. [10] démontre l'intérêt d'utiliser l'association cisplatine-radiothérapie puis une hystérectomie extra-fasciale adjuvante pour éviter les récidives et améliorer les survies, l'autre alternative étant l'opération de Wertheim complétée en cas d'atteinte ganglionnaire par une radiothérapie adjuvante.

Stades IIA, IIB, III :

Le traitement de référence reste :

- La radio-chimiothérapie concomitante (champs de radiothérapie adaptés aux sites ganglionnaires initialement envahis),
- La curiethérapie utéro-vaginale.

Les options sont :

- La lymphadénectomie iliaque commune et aortique endoscopique première,
- La chirurgie de clôture en cas de reliquat tumoral avéré.

Pour les Stades IV :

- **Pour les stades IVA,** le recours à la pelvectomie antérieure ou postérieure est parfois souhaitable.
  - En cas de dilatation uro-pyélocalicielle avec insuffisance rénale les urines peuvent être dérivées ou des sondes doubles "J" mises en place.

- En cas d'envahissement rectal et de fistule recto-vaginale, une colostomie de décharge peut être réalisée avant la réalisation d'une pelvectomie postérieure. Si l'on renonce à la pelvectomie postérieure, la colostomie de décharge sera réalisée avant la radio-chimiothérapie palliative.

- **Les stades IVB** Dans les stades IVB, **la tumeur envahit la paroi pelvienne latérale et il existe de plus un envahissement direct, histologiquement prouvé de la vessie et/ou du rectum.** En cas de dilatation uro-pyélocalicielle avec insuffisance rénale les urines peuvent être dérivées ou des sondes doubles "J" mises en place avant le traitement et, en cas de fistule recto-vaginale une dérivation digestive colique. L'association radio-chimiothérapique palliative sera ensuite effectuée.

Au total :

Le contrôle après traitement, des cancers invasifs de l'endocol est globalement moins bon que celui des cancers épidermoïdes du col. Ainsi pendant la même période, l'Annual Report [11] donne un taux global de 70,5% de survie à 5 ans pour les cancers épidermoïdes (n=9 281) et de 68,7% pour les adénocarcinomes (n=1365) de l'endocol. Les études les plus récentes démontrent l'intérêt d'associer le cis-platine (CP) hebdomadaire de 40 mg/m2 à la radiothérapie (RT) sur 6 semaines pour une dose totale de 45 grays. L'étude de Stehman F.B. [12] démontre une amélioration significative à long terme de l'association CP+RT comparativement à la seule radiothérapie. A 78 mois, le pourcentage de patientes survivantes était de 78% pour l'association CP-RT et de 64%pour la radiothérapie seule. Il n'y a pas eu de différence entre les deux groupes quant à la morbidité.

En conclusion, la pathologie de l'endocol est de diagnostic beaucoup plus difficile que celle de l'exocol pour le clinicien et le pathologiste. Pour toutes les indications concernant les lésions suspectes de malignité et malignes, un avis du comité de concertation pluridisciplinaire est indispensable ainsi que la signature par la patiente d'un consentement éclairé du protocole thérapeutique proposé.

Nous remercions le service de radiothérapie du Professeur Jacques Balosso pour sa contribution dans les indications des traitements radio-chimiothérapiques des cancers de l'endocol.

Références bibliographiques

1 - De Brux J. *Histopathologie gynécologique* 1981 ; Ed. Masson, Paris.

2 - Bernard P. D.Seigneurin, J.Favre et al *Les lésions précancéreuses et cancéreuses de l'endocol* Gyn Obstet Prat, 1999 ; 120 :5-6

3 - Dargent D. et J.Salvat *Envahissement ganglionnaire pelvien – place de la pelviscopie rétropéritonéale* 1989, édit Medsi, Paris

4 - Palaia I et al. Gynecol Oncol. 2012 [Epub ahead of print] Pub Med PMID: 22487540.

5 - Biliatis I et al. Gynecol Oncol. 2012 [Epub ahead of print] PubMed PMID:22465521

6 - Morice P. *La paramètrectomie est-elle toujours nécessaire dans les cancers débutants du col utérin ?* J Fax du gynécologue, 2012, *contact@journalfaxdugynecologue.fr*

7 - Brunschwig A. *L'exentération Pelvienne* 1964, edit Masson Paris

8 - UICC-TNM Atlas, 2010, Edit Springer Paris

9 - Quinn M.A., JL Benedet, F. Odicino et al *Carcinoma of the cervix uteri Inter* J Gynecol Obstet 2006 ;95: suppl 1: S 43-S 103

10 - Keys HM et al. *Cisplatin, radiation and adjuvant hysterectomy compared with radiation and adjuvant hysterectomy for bulky stage IB cervical carcinoma.* N Engl J Med 1999 ; april 15 - Internet www.nejm.org.

11 - Quinn MA et al *Carcinoma of the Cervix Uteri Inter* J Gynec Obstet 2006 ; 95,supp1 : s45-s104

12 - Stehman F.B, S Ali, M Stat, H.M. Keys et al *Radiation therapy with or without weekly cisplatin for bulky stage IB cervical carcinoma* ; follow-up of a gynecologic oncology group trial Am J Obstet Gynecol, 2007; 197(5): 503.e1-503e6

Retrouvez les petites annonces sur
www.syngof.fr

"Staging" ganglionnaire dans les cancers du col

Est-il différent en cas d'adénocarcinome invasif du col utérin ? Intérêt de la PET- TDM et du curage lombo-aortique par coelioscopie

J. FAIDHERBE*

L'évaluation initiale du cancer du col et en particulier celui de l'adénocarcinome du col constitue un moment déterminant de la prise en charge de ce cancer.

Le texte du Professeur Bernard nous a montré tout l'intérêt d'individualiser l'adénocarcinome parmi les différentes formes de cancer du col. Actuellement, l'apport de la cœliochirurgie et de la TEP-TDM dans cette prise en charge a également modifié notre façon de traiter ces cancers ; Nous voudrions ici relater les tendances actuelles sur ces nouveaux modes d'investigation.

J. Faidherbe

Les adénocarcinomes du col utérin représentent jusqu'à 24% de l'ensemble des cancers invasifs du col utérin, en augmentation régulière. Outre un diagnostic plus difficile, leur traitement doit tenir compte de leur gravité particulière liée à leurs facteurs de risques plus péjoratifs sur les critères habituels *(taille de la tumeur, âge de la patiente, atteinte ganglionnaire, présence d'emboles vasculaires, atteinte stromale supérieure à 10 mm)*. Parmi les facteurs pronostiques, la place de l'évaluation ganglionnaire au niveau pelvien et lombo-aortique est primordiale. Nous essayons ci-dessous de discuter la place de la cœlioscopie d'évaluation dans l'envahissement ganglionnaire (*"staging"*), notamment au niveau lombo-aortique, mais également la place de la PET-TDM au 18 fluorodésoxyglucose.

Il existe une forme histologique particulière d'adénocarcinome, le carcinome adéno-squameux du col qui mérite d'être individualisé car de pronostic particulièrement péjoratif.

L'adénocarcinome du col utérin est de plus mauvais pronostic que le cancer épidermoïde du col

Les adénocarcinomes se distinguent des cancers épidermoïdes du col par une mortalité supérieure dans les stades évolués, alors que le pronostic semble sensiblement le même que celui des épidermoïdes dans les stades initiaux.
Les risques de récidive pelvienne et systémique sont presque doublés par rapports aux cancers épidermoïdes *(cela semblerait dû à une diffusion systémique et notamment hématogène expliquant le surcroît des métastases ganglionnaire lombo-aortique, des métastases viscérales et des carcinoses péritonéales)*.
Il existe une forme histologique particulière d'adénocarcinome, le carcinome adéno-squameux du col qui mérite d'être individualisé car de pronostic particulièrement péjoratif.
Enfin, l'existence de métastases ovariennes est un point remarquable des adénocarcinomes du col utérin avec une fréquence indépendante de l'atteinte ganglionnaire et de l'atteinte paramétriale ; ces éléments propres à l'adénocarcinome légitiment une évaluation initiale de la maladie, rigoureuse.
La prise en charge thérapeutique à un stade précoce ne semble pas différer des cancers épidermoïdes du col, mais la sévérité des facteurs de risques étant majorées dans l'adénocarcinome, l'évaluation ganglionnaire dans cette forme se révèle, nous le voyons, cruciale. L'exploration par l'imagerie et par la chirurgie des aires ganglionnaires reste naturellement la règle comme dans tous les cancers du col, mais ici, plus encore.

* Vice-président du SYNGOF. Pôle PM.
CH Arnaud de Villeneuve - MONTPELLIER

L'évaluation ganglionnaire dans le cancer du col

L'évaluation initiale du cancer du col et en particulier celui de l'adénocarcinome du col constitue donc un moment déterminant de la prise en charge de ce cancer.

Parmi les examens pré-thérapeutiques, la tomographie par émission de positons couplée au scanner (TEP-TDM ou TEP-Scan au 18 fluorodésoxyglucose) est un examen incontournable pour effectuer un bilan d'extension initial du cancer du col de l'utérus. C'est l'examen le plus performant pour rechercher un envahissement des chaînes ganglionnaires, mais surtout lombo-aortiques et cela pour mettre en évidence des métastases occultes. Le curage chirurgical coelioscopique lombo-aortique, dans une indication de *"staging"* ganglionnaire peut alors être utilisé comme complément du TEP-TDM ou comme alternative à cette évaluation ganglionnaire pré-thérapeutique.

Les données de la TEP-TDM sont alors susceptibles de guider la thérapeutique initiale et, notamment, d'optimiser les champs de radiothérapie en les étendant aux aires lombo-aortiques.

En raison de sa résolution spatiale limitée, l'imagerie TEP apparaît néanmoins inopérante pour mettre en évidence un tissu tumoral de moins de 5 mm. Cet examen n'est donc pas recommandé pour réaliser le bilan d'extension des formes *in situ* et des cancers à stades initiaux et métastases infracliniques (stades IA1 et IA2 de la classification FIGO).

Par ailleurs, l'IRM est plus performante que le TEP-TDM pour analyser l'extension locale de la tumeur primitive et pour mesurer son volume.

L'examen clinique

De façon plus pratique, l'évaluation clinique initiale du cancer du col de l'utérus constitue un moment clef de la prise en charge de ce cancer et permet de définir le stade de la maladie. L'examen gynécologique, temps premier de cette prise en charge, idéalement réalisé sous anesthésie générale, conserve un rôle primordial ; il permettra aussi le bilan vésical et rectal. Il permet notamment de rechercher un envahissement des paramètres et/ou une atteinte vaginale. La classification FIGO, utilisée par la majorité des équipes, est effectuée en fonction des données de l'examen clinique.

Place de l'IRM et de la TDM

Réalisée par un observateur entraîné, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) permet de compléter utilement, le bilan local. Le scanner abdomino-pelvien (TDM) est habituellement réalisé pour rechercher des localisations secondaires, notamment hépatiques, et surtout pour évaluer le statut ganglionnaire iliaque et lombo-aortique. En TDM, l'envahissement ganglionnaire est déterminé sur un critère de taille, ce qui en limite les performances diagnostiques. Plusieurs études ont montré que les performances de l'IRM ne sont pas supérieures à celles de la TDM pour la recherche d'une atteinte ganglionnaire. La connaissance de l'atteinte ganglionnaire constitue pourtant une information capitale. Le statut ganglionnaire est un facteur pronostique essentiel. Dans un groupe de 421 patientes présentant une tumeur de stade IB ou II FIGO, sans atteinte ganglionnaire, la survie à trois ans était de 94%. Elle passait à 64% en cas d'atteinte des ganglions pelviens et à 35% en cas d'envahissement des ganglions lombo-aortiques (Morice P, Castaigne D. et al. 1999).

En cas d'atteinte lombo-aortique, le champ de radiothérapie pelvien est étendu aux chaînes ganglionnaires rétro-péritonéales. En raison des insuffisances de l'imagerie morphologique par TDM ou IRM, des équipes ont évalué le statut ganglionnaire par curage coelioscopique lombo-aortique. Ces méthodes apparaissent invasives. De plus, le plus souvent, elles ne permettent pas d'évaluer les chaînes ganglionnaires de façon exhaustive, surtout en ce qui concerne les ganglions rétro-péritonéaux.

La TEP-TDM au 18 FDG

De nombreux travaux ont montré les bonnes performances de la TEP couplée au 18 FDG pour l'évaluation ganglionnaire. Un travail de Sugawara et al. a permis de détecter 86% des métastases ganglionnaires contre 57% pour le scanner. En 2005, Havrilesky et al. ont publié une méta-analyse qui a permis de définir une sensibilité de 79% et 99% de spécificité pour l'exploration des chaînes ganglionnaires pelviennes et respectivement de 84% et 95% pour l'analyse des ganglions lombo-aortiques.

Boughanim M. et al. ont montré en 2005 les limites de la TEP 18 FDG en comparaison à l'évaluation chirurgicale. Dans ce travail, une lymphadénectomie lombo-aortique a été réalisée chez les 38 patientes qui ne présentaient pas d'hypermétabolisme pathologique en région lombo-aortique (stade IB2 et II). La chirurgie a permis de retrouver un envahissement ganglionnaire chez trois femmes. Pour cette équipe, évaluer la chaîne ganglionnaire lombo-aortique par la TEP 18 FDG seule, sans analyse histologique, risquerait de sous-traiter 8% des patientes. D'autre part, la TEP-SCAN est plus sensible que l'IRM pour la détection des métastases avec odd-ratio significatif. Ainsi dans les *"SOR"* (Standards, Options et Recommandations), il est proposé de réaliser la TEP 18 FDG pour améliorer le bilan d'extension ganglionnaire avec un bon niveau de preuve (B2).

La TEP-TDM au 18 FDG présente donc un rôle important pour l'évaluation du statut ganglionnaire. Pour autant, la place de ces examens dans le bilan d'extension initial n'apparaît pas clairement définie. Une question mérite d'être

posé : *Faut-il réaliser une TEP-TDM de façon systématique ?* les différentes études menées montrent que les performances de la TEP sont limitées par sa résolution spatiale. En pratique, il apparaît illusoire de rechercher des foyers inférieurs à 4-5 mm. Les micro-métastases et les métastases de petite taille ne peuvent pas être mis en évidence par cette imagerie fonctionnelle. La tumeur primitive n'est pas visualisée pour les stades infracliniques des stades initiaux de la classification FIGO (formes *in situ* et stades IA1 et IA2). Par ailleurs, le risque de métastases (et notamment de métastases suffisamment volumineuses pour pouvoir être détectées) est très faible pour ces petites tumeurs. L'intérêt de la TEP-TDM pour le groupe de patientes classées stades IB1 apparaît discutable. A partir du stade IB2, le risque d'envahissement ganglionnaire est plus élevé si bien que l'examen TEP est indiqué. Loft A. et al., en 2007 ont évalué l'intérêt de la TEP-TDM dans le bilan initial chez 120 femmes présentant une tumeur de stade supérieur ou égal au stade IB. Les auteurs concluent que la TEP 18 FDG est un examen utile pour ce groupe de patientes.

Place du curage lombo-aortique d'évaluation ganglionnaire dans le cancer du col utérin

Dans l'évaluation ganglionnaire initiale des cancers du col de l'utérus, la cœlioscopie a été également proposée de première intention, notamment dans les formes IB2 et plus avancées ; il s'agit d'une approche différente que celle utilisée par les radiologues avec le TEP-TDM. Son rôle, avec la lymphadénectomie para-aortique, permet de définir les limites du champ d'irradiation avant le traitement par radio-chimiothérapie utilisé habituellement dans le cancer du col localement avancé.

L'approche chirurgicale par cœlioscopie permet, comme avec le TEP-TDM, d'évaluer le pronostic de la lésion en appréciant mieux le statut ganglionnaire lombo-aortique.

Gouy S et al. ont rapporté à l'ASCO 2012, une série de 237 patientes avec TEP-TDM négative et ayant subi un curage ganglionnaire lombo-aortique coelioscopique. L'envahissement ganglionnaire microscopique est significativement pronostique (p=0,007) avec une survie sans évènement à 2 ans de 76% (N-) versus 61% (N+). Cet impact pronostique négatif de l'envahissement microscopique semble réservé aux envahissements supérieurs à 5 mm.

Ce travail permet de mieux comprendre la stratégie de nombreux centres d'oncologie chirurgicale gynécologique qui proposent dans les cancers du col localement avancés, une évaluation ganglionnaire initiale par PET-TDM : *en cas de PT-TDM négative, un curage ganglionnaire lombo-aortique par cœlioscopie est proposé à visée diagnostique avant l'instauration de la radio-chimiothérapie.* Cette stratégie permet, nous l'avons vu, d'ajuster les champs de radiothérapie en fonction de l'envahissement ganglionnaire lombo-aortique, tout en tenant compte des faux-négatifs de la TEP-TDM (8%).

Conclusion

La TEP-TDM et le curage ganglionnaire lombo-aortique par cœlioscopie, sont devenus des examens incontournables pour l'exploration des cancers du col de l'utérus. Leur intérêt dans l'adénocarcinome du col répond à des recommandations standards de prise en charge du cancer du col de l'utérus en général.

Lors du bilan initial, La TEP-TDM au 18 FDG est l'examen d'imagerie le plus performant pour la recherche d'un envahissement ganglionnaire pelvien et/ou lombo-aortique et pour la mise en évidence de métastases à distance. Les données issues de l'imagerie fonctionnelle permettent d'optimiser le traitement (irradiation de la chaîne ganglionnaire lombo-aortique, traitement ciblé sur une métastase, etc.). Néanmoins, la TEP-TDM est cependant limitée par sa résolution spatiale. Il apparaît donc illusoire de chercher à mettre en évidence une métastase de moins de 5 mm avec cette technique. Pour cette raison, l'examen est inutile en cas de maladie infra-clinique (en pratique, formes in situ et stades IA1 et IA2 de la classification FIGO). On ajoutera au crédit de la TEP-TDM, l'avantage d'avoir un intérêt en cas d'intensité élevée de la captation ou de persistance d'un hypermétabolisme en fin de traitement, au niveau du tissu tumoral, qui sont des facteurs de mauvais pronostic.

La cœlioscopie d'évaluation ganglionnaire pré-thérapeutique pourra, pour de nombreuses équipes être proposée en cas de PET-TDM négative au niveau lombo-aortique afin d'ajuster le traitement. La cœlioscopie permet également de réaliser un bilan péritonéal en cas de suspicion de carcinose ou d'atteinte ovarienne, ce qui peut être redouté en cas d'adénocarcinome du col utérin.

Bibliographie

1 - Groheux D, Hindie E, Baillet G, Hennequin C, Misset JL, Sarandi F, Toubert ME, Barre E, Moretti JL. *Advantages of PET-CT in the work-up of cervical cancer.* Bull Cancer. 2009 Feb;96 (2):199-211. Review.

2 - Sardain H., Lemarrec A., Foucher F., Lavoue V., Henno S., Leveque J. *L'adénocarcinome invasif du col utérin : une entité bien distincte du carcinome épidermoïde.* Gynécologie pratique. 2012 Mai ;1-4. N°245.

3 - Rose PG. *Are the differences in treatment outcome for adenocarcinoma of the cervix different enough to change the treatment paradigm?* Gynecol Oncol. 2012 May ;125(2):285-6.

Analyse
du risque médical

M-A ROZAN*

Relevé de décision d'une CRCI

Faute d'un gynécologue : préjudice moral pour les parents

Une femme de 32 ans, enceinte pour la seconde fois, est suivie par son gynécologue qui fait une première échographie de datation confirmant le début de grossesse. A 12SA+2J, une échographie montre une bonne évolution et une clarté nucale de 1,5 mm. A 24SA+1J, le médecin note : *"grossesse monofoetale normalement évolutive ; absence d'anomalie décelable sur les structures étudiées ; mensurations en rapport avec le terme"*. A 33SA, il conclut, après l'échographie, à un développement normal et à l'absence d'anomalie morphologique. Il propose une césarienne devant une présentation de siège. A la naissance, l'enfant présente une imperforation anale, des malformations des pieds et une hernie lombaire gauche. Il est transféré en chirurgie pédiatrique où on l'opère de l'imperforation. Un bilan du syndrome polymalformatif montre, outre la fistule vésico-rectale, un rein en fer à cheval, une agénésie lombo-sacrée avec des hémivertèbres dorso-lombaires responsables d'une scoliose, des synostoses costales, des pieds bots avec polydactylie, un bassin dysplasique et l'ascension d'une aile iliaque nécessitant plusieurs interventions.

Ce syndrome polymalformatif constitue le préjudice.

Pour les experts, sur l'échographie de 24SA+1J, le périmètre abdominal au 4ème percentile situe cette mesure dans les 4% les plus faibles de la population définissant un retard de croissance. Les items correspondants à la morphologie ne sont pas cochés pour les *"reins en place"*, alors que sont cochés *"rachis bien suivi sur toute sa longueur"*, *"abdomen : paroi régulière, fermée, estomac, vessie en place"*. La conclusion du médecin ne correspond pas à cette description. **A l'échographie à 33 SA, aucun cliché du rachis ni des reins n'a été pratiqué.** Le praticien n'a pas de diplôme d'échographiste, n'a pas effectué de stage qualifiant, n'a suivi aucune formation professionnelle continue ni d'évaluation des pratiques professionnelles. Il aurait dû solliciter un échographiste *"référent"*. Si la totalité des malformations ne pouvaient être diagnostiquées en anténatal, la mise en évidence de certaines malformations dépistables aurait permis à la mère de recourir à une IMG, ce que les parents souhaitaient. La perte de chance est estimée à 93% par analogie au taux de dépistage prénatal du spina bifida, syndrome malformatif proche.

La CRCI retient une faute avec une perte de chance de 93% de n'avoir pu recourir à une IMG à l'origine du préjudice moral des parents, et d'un préjudice d'impréparation.

La lettre d'information bimensuelle d'information sur le risque médical - N°172 Jeudi 7 juin 2012

La CRCI retient une faute avec une perte de chance de 93% de n'avoir pu recourir à une IMG à l'origine du préjudice moral des parents, et d'un préjudice d'impréparation.

* Revue de presse colligée par le Dr ROZAN, Président du Syngof

Le SYNGOF remercie les Editions SORMAN pour ces parutions.
www.editionssorman.com

Accouchement d'un enfant mort-né : faute de l'obstétricien

Au terme de 4 ans de stérilité et d'une insémination après stimulation ovarienne, une femme se présente à la consultation de l'obstétricien à 34 SA+4J. L'échographie montre un diamètre bipariétal au 38ème percentile, fémur au 20ème percentile, ainsi qu'un oligoamnios qui entraîne l'hospitalisation de la patiente. Une échographie à 35 SA, qui retrouve un diamètre bipariétal au 34ème percentile, permet d'estimer le poids fœtal à 2218 g au 11ème percentile et révèle un léger déficit amniotique sans oligoamnios ; le doppler ombilical est normal et la patiente sort avec un traitement d'INOFER® et SPECIAFOLDINE®, et un rendez-vous de contrôle 12 jours plus tard. A 37 SA, une échographie met en évidence un poids fœtal au 29ème percentile et le doppler ombilical montre **un reverse flow, traduisant une altération profonde de la circulation fœtale. L'obstétricien décide de laisser la patiente rentrer chez elle puis de l'hospitaliser le lendemain à jeun, pour une césarienne.** Le lendemain, le RCF révèle un rythme oscillant, non réactif. Le tracé reste inchangé pendant près de 2 h puis s'arrête, signant la mort fœtale. L'accouchement est déclenché et la parturiente met au monde un enfant mort-né. L'autopsie ne conclut qu'à un retard statural. L'analyse du placenta montre des signes d'ischémie villositaire prolongée expliquant le retard de croissance et l'anomalie du doppler ombilical.

Pour les experts, la grossesse s'est déroulée normalement jusqu'à la découverte de l'oligoamnios à l'origine de l'hospitalisation. L'échographie à 35 SA montre une diminution du diamètre bipariétal. Devant un arrêt de croissance, la patiente aurait dû être hospitalisée pour une surveillance fœtale rapprochée avec monitorings pluri-quotidiens, contrôles échographiques et dopplers avec, en cas d'aggravation, transfert en maternité de niveau 3 afin de faire naître l'enfant dans les meilleures conditions. **Les contrôles ont révélé une situation fœtale extrêmement grave avec un reverse flow à 37 SA.** L'obstétricien aurait dû envisager la naissance le jour même. L'existence d'un index diastolique nul au doppler et, a fortiori, d'une inversion de flux (reverse flow), traduit une situation à haut risque associée à une mortalité néonatale de 36% et à une hypotrophie fœtale dans 83% des cas. Le décès est en rapport avec une insuffisance circulatoire placentaire. Le seul traitement était la naissance de l'enfant avant que l'aggravation des troubles circulatoires n'entraîne son décès.

La CRCI retient une perte de chance fautive de 80% d'éviter le décès.

Responsable santé n°165 du 16 février 2012

Gynélog l'innovation

Je soussigné(e) :

Nom _____ Prénom _____

Date d'installation _____

Tél. _____ Email _____

Adresse professionnel _____

GYNÉLOG et MÉDY CS

ADHÉSION À L'ASSOCIATION GYNÉLOG et OBTENTION DES LOGICIELS

❒ **Adhésion établissement** annuelle à l'association *(permet l'obtention par téléchargement du logiciel Médy CS) – Les établissements partenaires de Nestlé peuvent être dispensés de cette cotisation.* **5 000 €**

❒ **Adhésion individuelle complète** annuelle à l'association *(permet l'obtention par téléchargement du logiciel Médy CS pour UN médecin et son secrétariat).* **220 €**

❒ **Adhésion simple** annuelle à l'association *(permet uniquement de recevoir les informations sur la vie de l'association mais ne donne pas droit au logiciel).* **10 €**

❒ **Gynélog 4.0 monoposte** *(comprend les frais de pressage du CD, les frais d'emballage et d'acheminement, plus contact téléphonique de 20 minutes avec l'informaticien pour l'installation du logiciel).* **50 €**
Attention : uniquement compatible avec Windows XP et versions antérieures (voir site http://syngof.fr – rubrique Informatique).

A faire parvenir au trésorier de l'Association
Dr Jean MARTY Clinique Claude Bernard, 1 rue Père Colombier – 81000 ALBI
Tél. 05 63 77 79 01 – Fax 05 63 77 79 07

Date, cachet et signature

Le Forceps obstétrical

une brève histoire

B. SEGUY*

Le forceps ou plus exactement les forceps se sont développés parallèlement et indépendamment en Angleterre, d'une part, en Europe continentale, d'autre part, mais sur des idées de départ radicalement différentes.

La mise au point du forceps se fit étape par étape, par essais et erreurs, selon deux voies initialement opposées mais finalement convergentes. La première apparut en Angleterre à la fin du XVIème siècle et fut l'œuvre du français Pierre Chamberlan, son invention restant un secret de famille pendant près d'un siècle. La seconde voie fut continentale et hollando-française à partir des inventions de Van Roonhuysen, Palfyn et Levret. La convergence au grand jour de ces deux voies au XVIIIème siècle donna naissance, par la suite, à près de 1 000 modèles différents à travers le monde.

On peut donc, pour simplifier, séparer l'histoire de cet instrument en trois périodes distinctes :

- *Une première période*, initialement franco-anglaise, au XVIème siècle, où l'instrument reste le secret de la dynastie des chirurgiens-accoucheurs d'origine française qui l'avaient inventé et réalisé, les Chamberlan. Il ne viendrait pas à l'idée des Anglais de prétendre que Vincent Van Gogh ou Pablo Picasso sont français sous prétexte qu'ils ont réalisé la majorité de leurs œuvres en France, leur terre d'accueil. Les Chamberlan, père et fils, sont français même s'ils ont exercé à Londres, terre d'accueil, une grande partie de leur carrière. Parallèlement, on voit dans le premier tiers du XVIIIème siècle apparaître sur le continent des instruments différents mais ayant la même fonction, ceux de Van Roonhuysen et de Palfyn.
- *Une deuxième période*, s'étendant de 1747 à 1877, qui est marquée par une amélioration technique fondamentale apportée, en 1747, par l'accoucheur français André Levret, la courbure pelvienne des branches, qui donna à l'instrument, alors répandu, des possibilités obstétricales qu'il ne possédait absolument pas initialement.
- *une troisième période*, plus longue puisqu'elle s'étend de 1877 à nos jours, et qui est marquée par l'accoucheur français Stéphane Tarnier qui, avec son *"tracteur"*, adjoindra à l'instrument ce qui lui manquait jusqu'alors : un moyen d'effectuer les tractions en se rapprochant de l'axe idéal de l'excavation pelvienne.

Une deuxième période, s'étendant de 1747 à 1877, qui est marquée par une amélioration technique fondamentale apportée, en 1747, par l'accoucheur français André Levret.

La Dynastie des Chamberlan et la période dite franco-anglaise

Guillaume Chamberlan (1540–1596) était un chirurgien-barbier accoucheur, d'origine normande, exerçant à Paris et de religion protestante (=*Huguenot*). En France, à cette époque, règne Charles IX, faible et manipulé par sa mère Catherine de Médicis, veuve d'Henri II. Sous l'influence de celle-ci, catholique intè-

* Expert honoraire près la Cour d'Appel
Membre de la Société Française d'Histoire de la Médecine

griste, le Roi ne fait rien pour apaiser les tensions, puis la guerre civile entre papistes et huguenots. Guillaume Chamberlan fut des premières vagues d'émigrés vers l'Angleterre, avec sa femme enceinte et ses trois enfants (deux garçons, Pierre et Simon, et une fille, Jeanne). Débarqué à Southampton début juillet 1569, il s'inscrit immédiatement au temple local français. Guillaume exerça son art à Southampton, où existait une importante colonie de huguenots, et fut secondé par son fils aîné, Pierre. Il décida ensuite, probablement vers 1576, de quitter Southampton pour s'installer à Londres, l'évolution politique en France ne lui permettant plus d'envisager un prochain retour au pays natal. Son fils Pierre-l'aîné (né à Paris) resta seul à Southampton pour y exercer l'*Art des accouchements*, jusqu'à la mort de Guillaume à Londres en 1596, où il vint alors rejoindre la famille dans la capitale. Entre-temps, bien sûr, leur nom de famille avait été anglicisé en Chamberlen et leurs prénoms en William et Peter, l'aîné et le cadet. Néanmoins, les Chamberlen au fil des premières générations n'ont jamais renié leur origine française, ni relâché leurs liens avec la communauté huguenote, bien au contraire. Les actes marquants de leur vie familiale restèrent longtemps rédigés en français et ils continuèrent à manier cette langue, même à la troisième génération.

Pierre l'Aîné (? -1631) réussit à se faire admettre dans la *Confrérie des Chirurgiens-Barbiers*, (car existe en Angleterre les mêmes séparations, jalousie et concurrence qu'en France, entre Médecins du Royal Collège et chirurgiens-barbiers de Confrérie). Il exerce dans un quartier voisin de son frère cadet. La renommée des Chamberlen *"en ville"*, basée sur une maîtrise et une dextérité particulières, ne tarda pas à atteindre les oreilles royales et Peter l'aîné devint le chirurgien de la Reine Anne, épouse du Roi James, qu'il accoucha à plusieurs reprises.

Dr Peter CHAMBERLEN

Pierre le cadet (1575-1628) né en Angleterre en 1575, continuera la lignée, (car Pierre l'Aîné n'eut pas de descendance). Il devint lui aussi membre de la Confrérie des chirurgiens-barbiers accoucheurs de Londres et il épousa la petite fille d'un huguenot immigré, Sarah de Laune, dont il eut huit enfants. L'un, né à Londres en mai 1601 et baptisé à l'église française (acte rédigé en français) et prénommé lui aussi Peter, embrassa la carrière de son père, oncle et grand-père paternel, et devint célèbre sous le surnom de **Doctor Peter.** Échaudé par ses problèmes et ceux de son frère aîné avec les médecins du Royal Collège, Pierre le cadet orienta son fils Peter vers une carrière plus officielle et plus internationale. Il obtint ainsi son titre de *Docteur en médecine* à Padoue en 1619, à l'âge de 18 ans, puis, dans la foulée et de retour en Angleterre, ce même titre à Cambridge et Oxford pour ses vingt ans. Après deux tentatives infructueuses, il fut finalement admis membre du Royal College of Physicians, à 27 ans, en avril 1628, quelques mois après la mort de son père qui ne vit donc pas le couronnement de ses espoirs. Cette promotion lui permit d'être le premier Chamberlen avec le titre de Docteur, d'où son surnom de *"Doctor Peter"*.

A la Cour, Pierre l'Aîné, qui avait donc survécu à son cadet, était toujours le chirurgien officiel auprès de la nouvelle reine, Henriette de France, fille d'Henri IV de France, le Roi huguenot converti au catholicisme fort opportunément, et épouse du Roi Charles I. Cependant, âgé de plus de 70 ans, Pierre l'Aîné introduisit progressivement son jeune neveu, le Doctor Peter, à la Cour et c'est probablement le plus jeune qui assista la reine pour la naissance, en 1630, du futur Charles II.

Doctor Peter (1601-1683) A la mort de Pierre l'Aîné en 1631, sans descendance, son neveu prit officiellement la succession de sa royale charge. Paradoxalement, dans les années suivantes, il eut lui aussi des problèmes avec ses collègues du Royal College, car il avait mis sur pied chez lui un embryon d'école de sages-femmes, comme avait su l'établir, un siècle auparavant, Ambroise Paré à l'Hôtel-dieu de Paris. Aussi, lorsqu'en 1634, il leur proposa d'officialiser cette école, ceci ne fut pas du tout du goût des membres du Collège qui estimaient unanimement que cette pratique de l'accouchement, cette basse besogne manuelle, devait rester du domaine des chirurgiens-barbiers. Et ce d'autant plus qu'il lui était reproché d'utiliser dans sa pratique d'accouchement **un instrument métallique**, donc d'avoir une pratique manuelle... Si le fait d'utiliser un instrument le ravalait dans leurs esprits au rang des barbiers-chirurgiens, il est capital de noter que c'était, donc en 1634, la première fois qu'il était fait officiellement référence à cet instrument secret utilisé par la succession des Chamberlen. A partir de 1635, le Doctor Peter s'absenta plusieurs fois d'Angleterre et fut de moins en moins assidu aux réunions du Royal College, dont il fut finalement radié. Il quitta alors Londres et s'installa, hors de la juridiction du Royal College, dans une grande maison à Maldon, une petite ville du Comté d'Essex, où il put exercer son métier comme il l'entendait. Il

y mourut en 1683 après y avoir entrepris d'importants travaux d'agrandissement, terminés par sa veuve (ces détails ne sont pas sans importance, comme nous le verrons plus loin).

De son premier mariage avec Jane Middleton, fille d'un Lord anglais, le Doctor Peter avait eu neuf enfants, dont les trois premiers, des garçons, devinrent tous médecins. Néanmoins, seul l'aîné Hugh joua un rôle dans l'histoire familiale. Il convient de signaler aussi que son quatrième enfant, Elizabeth, épousa le Colonel irlandais W. Walker dont elle eut quatre enfants, le troisième, un garçon, devint obstétricien sous le nom de Chamberlen-Walker et apporta, comme nous le verrons, une ultime amélioration à l'instrument familial.

Hugh Chamberlen (1630 -1720) fut actif comme médecin à Londres pendant la grande peste de 1665 à laquelle il survécut. Il semble avoir été introduit à la Cour par son Père sans qu'aucune activité de celui-ci en tant que telle ne fût prouvée. Puis on le retrouve à Paris, en 1670, où Louis XIV règne alors sur le pays le plus brillant et le plus peuplé d'Europe. Hugh essaye de vendre son instrument secret pour une somme très élevée (10 000 couronnes). *François Mauriceau*, accoucheur de l'Hôtel-dieu de Paris, voyant là une possibilité d'acquérir pour sa maternité et les accoucheurs français, cet instrument secret auréolé d'un prestige immense, convia Hugh Chamberlen à venir faire une démonstration de ses possibilités à l'Hôtel-dieu à la première occasion. Cette fameuse séance de démonstration par l'anglais francophone au français eut lieu en 1670 dans la salle de travail de la maternité de l'Hôtel-dieu de Paris[1]. Mauriceau en donne une tardive (1703) mais exacte et longue description que l'on peut résumer ainsi. Il s'agissait d'une primipare rachitique de 28 ans présentant un rétrécissement important du bassin. Mauriceau avait posé un pronostic funeste devant cette dystocie osseuse majeure rendant l'accouchement par voie basse impossible dans l'état de l'Art, même le morcellement de l'enfant devant être difficile, très long et hautement traumatisant pour la mère. La seule possibilité éventuelle aurait été une césarienne qui, dans le contexte de l'époque, signait la mort maternelle. C'est devant ce tableau dramatique, où la seule issue prévisible paraissait être inéluctablement la mort de la mère et de l'enfant, que Mauriceau se décida à faire appel à l'instrument miraculeux de l'anglais. Hugh Chamberlen, arrivé plein d'optimisme et d'arrogance, fut contraint, trois heures plus tard, d'admettre son échec. La parturiente décédait le lendemain par rupture utérine. Hugh Chamberlen ne vendit donc pas son instrument miraculeux à Paris, mais il en rapportera tout au moins un exemplaire du traité de Mauriceau *"Des maladies des femmes grosses"* publié deux ans auparavant, en 1668, et qui était un immense succès. Il en effectua la traduction anglaise[2] *"Diseases of women with child"* (1672), qui fut, comme la française, un best-seller, améliora grandement la pratique de l'art obstétrical en Angleterre, comme il l'avait fait en France, et rejaillit sur la notoriété du traducteur. Hugh n'était probablement pas un bon accoucheur mais certainement un bon *"commercial"*. Fort du succès de sa traduction de Mauriceau, Hugh Chamberlen est élu à la Royale Société en 1681 et devient accoucheur de la famille royale.

THE
DISEASES
OF
WOMEN with CHILD,
And in CHILD-BEDS.
The best MEANS of helping them
IN
Natural and Unnatural LABOURS.
With the Remedies for the Severe Indigestions of
MOWBOOK BIRDS.
In Exact DESCRIPTION of the Parts of
GENERATION in WOMEN.
FRANCIS MAURICEAU
HUGH CHAMBERLEN, M.D.
LONDON:

Traduction de Mauriceau par Hugues Chamberlen (1672)

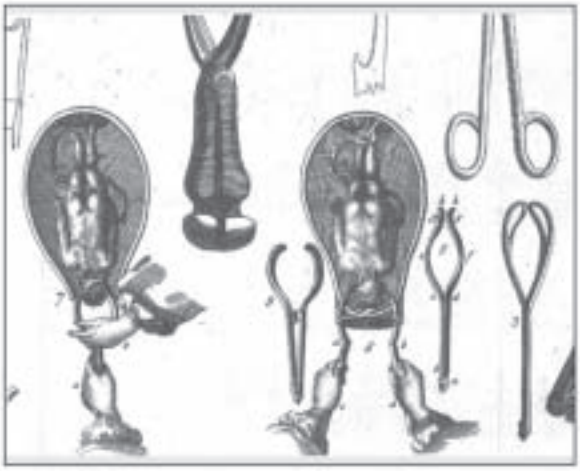
Néanmoins, *"mouillé"* dans une sombre et frauduleuse histoire de promotion bancaire et immobilière, Hugh fut obligé de quitter précipitamment l'Angleterre en 1699, accompagné de ce couplet de l'époque : *"C'est un docteur, un promoteur, un accoucheur et un tricheur"*... Il revint néanmoins finir ses jours (1720) en Angleterre dans la maison léguée par son père, le Dr Peter, à Maldon.

Ensuite, nous entrons dans la légende, et, souvent, *l'invérifiable*, faute de preuves historiques.

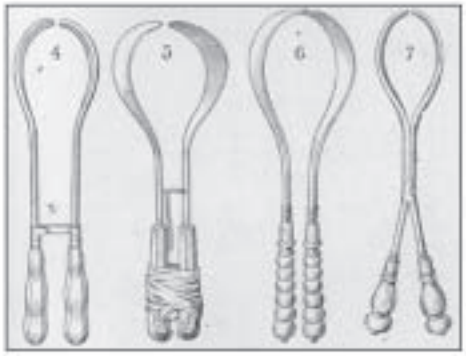
Van Roonhuysen et son instrument secret

La légende (basée sur la thèse d'Avelin[3]) Hugh Chamberlen, après sa fuite d'Angleterre, vécut alors à Amsterdam où il aurait vendu son secret à un accoucheur de la ville, Roger Van Roonhuysen (1650-1709). Ce praticien partagea son secret, moyennant finance, avec les cinq membres du conseil chargé d'accorder les licences d'installation aux accoucheurs impétrants, le secret étant également vendu aux licenciés capables d'en payer le prix. Assez rapidement, une vingtaine de praticiens avaient ainsi acquis le fameux *"secret des Chamberlen"*, où ce qu'ils pensaient être le fameux secret... Car,

1. elle est rapportée par Mauriceau lui-même dans "Observations sur la grossesse et l'accouchement", observation XXVII
2. Ce qui prouve que les Chamberlen maniait toujours leur langue originelle à la 3ème génération !
3. Auteur d'une objectivité historique plus que douteuse, bien que servant de référence à de trop nombreuses publications ultérieures



Instruments de Van Roonhuysen et Rathlaw in Levret (1751)



Mains de Palfyn revues par L. Heister (1750)

on raconte qu'Hugh n'aurait fourni à Van Roonhuysen qu'une seule cuillère et non pas l'instrument complet !! Enfin, pour certains, Hugh n'aurait pas fourni une seule branche, mais, tout simplement, un outil tout à fait différent du forceps, un levier.

Les hypothèses plus raisonnables (basées sur les thèses de Arie Geijl exposées par M. Thiery). Il n'y aurait jamais eu de vente du secret car Hugh n'aurait jamais résidé à cette époque à Amsterdam, et l'instrument secret de Van Roonhuysen serait une invention propre à ce dernier qui aurait donné lieu, effectivement, à un fructueux commerce. Quoi qu'il en soit, les successeurs et élèves de Van Roonhuysen constituaient un *"lobby"* puissant, *"les Van Roonhuysiens"*, au sein du Collège d'Amsterdam, qui faisaient payer fort cher licence et secret. L'instrument était toujours utilisé sous une couverture et avec le moins d'assistants possibles.

En réalité, le problème est grandement compliqué par le fait qu'on attribue à Van Roonhuysen deux instruments tout à fait différents, tant dans leur forme que dans leur principe d'application : un levier et une pince (forceps). Il fallut attendre 1747 pour la publication, à Amsterdam, par un *"dissident"*, Jan Rathlaw, (ancien élève à Paris de Grégoire), d'un livre intitulé *"Révélation du secret obstétrical de Van Roonhuysen"* qui montre quelques dessins de l'instrument (gravés d'après un croquis pris en cachette de son propriétaire par un de ses élèves) que Rathlaw présente comme *"l'instrument fournit par Hugh Chamberlen à Van Roonhuysen"*, affirmation plus que douteuse. Andre Levret dans son ouvrage *"Suites des Observations"* (1751), consacre plusieurs pages (p. 202 et suivantes) à ce fameux secret de Van Roonhuysen et aux révélations et commentaires de Rathlaw. Il reproduit les différentes figures copiées de Rathlaw et il cite d'abondants passages de la description de cet auteur.

Levret émet les plus grands doutes quant à l'affirmation de Rathlaw suivant laquelle l'instrument de Van Roonhuysen serait directement issu du *"secret"* des Chamberlen vendu à Amsterdam. Rathlaw doute lui-même que tout le monde accorde crédit à ses affirmations, ce qui permet à Levret de répondre : *"Je suis même persuadé que par la suite il pourra s'en trouver qui douteront aussi, sur l'inspection des pièces ; J'en laisse juge les connaisseurs désintéressés"*. Voici qui est fait : nous partageons totalement son doute car le forceps de Van Roonhuysen n'a aucun point commun avec l'instrument des Chamberlen, comme nous le verrons. Il faut donc mettre un terme définitif à cette histoire romanesque colportée, voire inventée, par Rathlaw, probablement pour se *"brancher"* en direct sur la renommée des Chamberlen et de Van Roonhuysen.

Quant au levier de Van Roonhuysen, il a fait l'objet, entre autres, d'un ajout spécial dans le tome 4 du *"Traité des Accouchements"* publié par le grand accoucheur anglais, Smellie, à partir de 1752 (nous aurons l'occasion de revenir sur l'auteur et l'ouvrage). C'est une lame de métal, légèrement incurvée à ses deux extrémités (genre démonte-pneu) et recouverte de cuir. Il ne ressemble pas davantage aux leviers utilisés par les Chamberlen (voir plus loin). Il n'est pas impossible, par contre, que ce soit en utilisant deux de ces leviers conjointement que Van Roonhuysen ait compris l'intérêt de cette manœuvre et d'unir ces deux pièces par une de leur extrémité, tout en accentuant un peu la courbure céphalique. Nous avons là alors le premier *"forceps"* de Van Roonhuysen. Nous verrons ci-dessous que c'est la même idée (unir deux instruments utilisés habituellement seuls) qui aboutira à la conception de l'instrument de Palfyn.

Palfyn et les "mains de fer"

Un autre instrument est quasi-systématiquement lié à l'histoire du forceps des Chamberlen, c'est celui des *"mains de fer"* du médecin flamand

Jean Palfyn. Nous disposons de deux dates repères pour cet instrument, lui aussi entièrement nouveau. D'une part, une lettre de Palfyn lui-même, datée de 1717, par laquelle il souhaite présenter son instrument, inventé en 1713, au Collège Royal de Gand, et, d'autre part, sa visite à Paris, en 1721, pour présenter son invention à l'Académie Royale des Sciences, visite attestée par deux accoucheurs prestigieux : Mauquest de la Motte et Levret.

Contrairement à ce que certains ont pu écrire, les *mains de fer* de Palfyn n'ont rien à voir avec le forceps des Chamberlen puisqu'elles sont étroites, non fenêtrées et surtout totalement indépendantes l'une de l'autre (pouvant d'ailleurs être utilisées unilatéralement, comme un levier) et que leur efficacité obstétricale paraît extrêmement problématique. A la rigueur, sur une tête parvenue à la partie basse de l'excavation par un effet de *"vis a tergo"* et pour écarter les parties molles, un peu à la manière de nos actuelles spatules (*voir fig. 1 de Levret déjà citée*). Leur efficacité avait d'ailleurs été mise fortement en doute par Mauquest de la Motte en 1720. L'inefficacité de ces cuillères libres est confirmée par les tentatives de les solidariser, soit par une lanière, soit par une vis (modèle de Mesnard), soit par un clip métallique comme une virole mobile. Cette tentative est l'œuvre de Laurent Heister, professeur à l'Université de Helmstadt, qui la décrit dans le tome IV de son ouvrage *"Institutiones chirurgicae"* (1750), tout en concluant que l'efficacité de l'instrument n'en est guère améliorée.

Ces instruments eurent peu de succès en Europe dans leur forme originale, mais Levret (nous y reviendrons) leur attribue la paternité des forceps continentaux qui, selon lui, auraient été développés en l'ignorance du modèle secret des Chamberlen, mais aboutiraient finalement, par tâtonnement, essais et erreurs, à des principes voisins.

Les vrais instruments secrets des premiers Chamberlen

La quasi-totalité des historiens s'accordent pour créditer **Pierre l'Aîné** (premier fils de Guillaume), né en France (comme son père), de l'invention de l'instrument secret. Smellie, le grand obstétricien anglais, écrit d'ailleurs dans l'introduction de son livre *"Treatise on the theory and practice of midwifery"* (1752) : *"Aucun forceps n'avait les avantages de celui dont se servaient les Chamberlen, dont ils attribuaient la découverte à leur oncle"*, c'est-à-dire Pierre l'Aîné. Cette invention, et l'avantage qu'elle procurait par rapport aux autres praticiens, en efficacité et donc en renommée, peut seule expliquer, en effet, la stupéfiante ascension sociale de ces deux obstétriciens, issus d'une famille d'émigrés de fraîche date, dont l'aîné devint l'accoucheur de la Reine (même si Radcliffe prétend, sans aucune preuve, que l'invention est contemporaine de la période royale, pour faire croire à une invention *"anglaise"*!!). C'est bien aux mêmes conclusions que nous, qu'arrivait déjà Hergott de Nancy lorsqu'il écrivait en 1888 dans les *"Annales de Gynécologie"* : *"Jamais les deux frères n'auraient gagné la situation qu'ils ont réellement occupée s'ils ne s'étaient distingués par une habileté toute particulière. Que d'obstacles ne trouvaient-ils pas sur leur chemin ! Comme étrangers on se méfiait d'eux, et on les haïssait; comme fugitifs ils étaient pauvres et repoussés. L'habileté, le zèle et l'activité pouvaient seuls vaincre les obstacles amassés sur leur voie, aussi voyons-nous les deux frères se faire de nombreux amis et s'élever à des situations honorifiques et de fortune considérable"*.

Par un hasard extraordinaire, des instruments obstétricaux furent découverts en 1813 dans une cachette secrète aménagée dans les combles de la maison occupée, les dernières années de leurs vies, par le Doctor Peter, d'abord, puis par son fils Hugh Chamberlen, ensuite, à Maldon (Essex). Les historiens considèrent ces instruments (très vraisemblablement cachés par la veuve du Dr Peter à l'occasion de travaux dans les combles) comme les premiers modèles mis au point par les Chamberlen, sans avoir toutefois la moindre preuve quant à la date réelle de construction de tel ou tel modèle, ni à l'influence d'autres types d'instruments obstétricaux. La cachette recélait quatre paires de forceps à branches croisées articulées et à grandes cuillères fenêtrées avec courbure céphalique. Un modèle *"rustique"*, asymétrique dans les dimensions des cuillères et dont les deux branches sont croisées au moyen d'une vis à tête ovale, est celui qui ressemble le plus au forceps de Levret et au type de forceps dit *"français"*, notamment avec ses extrémités tournées vers l'extérieur formant crochets mousses. C'est celui qui parait, également, le plus récent de *"concept"* et bien différent des autres (le plus à droite, sur la figure). Sa datation pose problème car ce n'est pas son aspect *"rustique"* qui doit ou peut permettre de considérer, comme

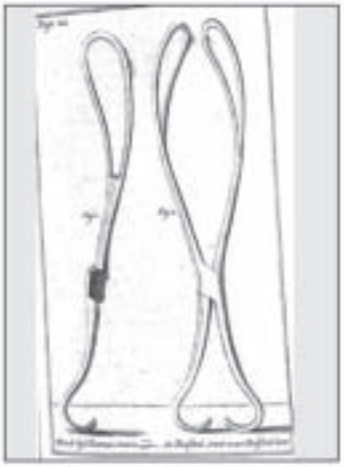
Forceps Chamberlen (cachette de Maldon)

Forceps de Giffard

l'ont fait jusqu'à présent les historiens, qu'il est forcément le plus ancien, le modèle primitif. Il peut être, tout aussi bien, un modèle fabriqué par un artisan local d'après un simple croquis du concepteur. Il est certain qu'il s'agit là des instruments de plusieurs générations de Chamberlen puisqu'il était bien évident qu'au décès de l'un, on ne jetait pas son instrument secret à la poubelle.

Les leviers qui étaient joints n'ont pas le moindre point commun avec celui de Van Roonhuysen ce qui élimine donc la thèse d'Aveling quant à la vente du secret par Hugh. Aucun des instruments des Chamberlen n'a le moindre rapport avec ceux des *Roonhuysennistes*. On trouve donc, ici, la juxtaposition de forceps et de leviers ce qui montre bien que le forceps primitif *"droit"* était loin de permettre de résoudre tous les problèmes de descente de la tête fœtale dans l'excavation (le contraire eut été surprenant...) et que le levier gardait son utilité.

C'est vers 1720-30 que le forceps (inventé probablement dans les années 1570-90) perdit son caractère secret, mais, là aussi, on ne sait pas trop comment l'instrument se répandit rapidement chez les obstétriciens. Ce qui est sûr, par contre, c'est que dès les années 1730 de nombreux obstétriciens en Angleterre, en Écosse et en France utilisaient des forceps à branches croisées et ne différant que par quelques détails. Mais les illustrations en furent, au début, fort rares.



Forceps de Chapman (1735)

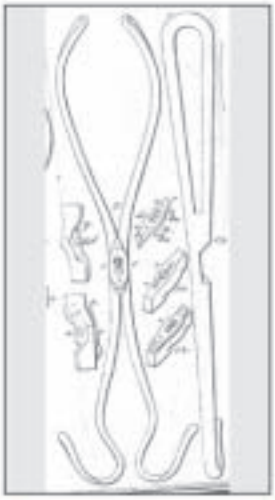
La première référence écrite (en dehors des rares mentions du clan Chamberlen) concernant l'utilisation d'un *"extracteur"* est celle de William Giffard dans son ouvrage *"Cases in midwifery"* où il mentionne l'utilisation, dès 1726, de son forceps. Néanmoins, il faudra attendre après son décès (1731), une nouvelle édition posthume par Edward Hody en 1734, pour voir figurer le premier dessin d'un forceps croisé, (6) celui de l'instrument attribué à Giffard, clairement inspiré du design Chamberlen. La deuxième illustration d'un forceps apparaît dans l'ouvrage *"A Treatise on the Improvement of Midwifery"* publié en 1735 par un praticien de Halstead (Essex), Edmund Chapman. Celui-ci habitait à une vingtaine de kilomètres de la résidence des Chamberlen à Maldon, et beaucoup d'historiens estiment qu'il a pu profiter de l'enseignement d'un des derniers représentants de la dynastie, sans doute le Docteur Chamberlen-Walker, mort en 1731, petit-fils du Dr Peter (la maison de Maldon ayant été vendue en 1715). Pour nous, son instrument ressemble beaucoup plus à la version dite *"rustique"* du forceps Chamberlen qu'aux autres modèles de la *"cochette"*. De plus, son instrument initial était doté d'une jonction à vis, comme le modèle de Chamberlen et, ce,

Forceps de Chamberlen-Walker avec "english lock"

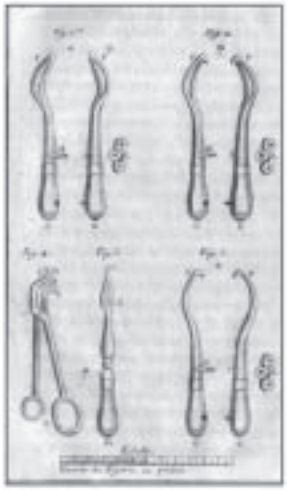
contrairement aux trois autres modèles. C'est parce qu'il a égaré un jour cette vis, raconte-t-il, qu'il a décidé de s'en passer et de faire fabriquer un instrument avec simplement l'entablement de jonction mais sans système de vis du tout. Ce système n'est pas très éloigné de celui mis au point par le Dr Chamberlen-Walker. Aussi nous pensons qu'il s'est plutôt agi d'un échange d'idées et d'expériences entre les deux praticiens voisins, échange à bénéfice réciproque. C'est probablement après la mort du Dr Chamberlen-Walker, dernier représentant de la dynastie (Hugh Chamberlen junior étant mort en 1728), que le secret fut ou put être divulgué, ce qui explique le *"tir groupé"* autour des années 1733-35 des révélations de modèles d'instruments étroitement dérivés du design Chamberlen initial. Ce qui explique également la révélation vers 1735 du forceps de Chamberlen-Walker qui apporta avant de mourir une dernière amélioration à l'instrument familial en le dotant, enfin, d'une articulation efficace des cuillères, articulation qui allait devenir, à peine modifiée, *"the English lock"* reprise avec succès par Smellie.

Mais l'instrument était, à cette date, déjà largement connu tant en Angleterre que sur le continent, sans

Forceps de Dussée



Forceps de Grégoire Père et Fils



Tenettes en cuiller de Jacques Mesnard

qu'il soit aisé de savoir si c'est à partir du *"design"* des Chamberlen repris par Chapman, ou de celui de Palfyn (comme le suppose Levret), ou, vraisemblablement, sous cette double influence. Bref jusqu'à la fin, l'instrument des Chamberlen baigne dans le secret et le mystère..

Cependant, il est intéressant de reproduire ici quelques interrogations émises par A. Mattei dans la *"Gazette Obstétricale de Paris"* de septembre 1873. Il fait remarquer à propos des instruments trouvés dans la cachette de Maldon *"les instruments trouvés indiquent des essais divers. Avec les forceps, il y avait des leviers, des crochets, des filets, c'est-à-dire des instruments inventés par d'autres que les Chamberlen, et si le corps médical ne pouvait pas jouir du secret de ces accoucheurs, eux, au contraire, profitaient des progrès qu'on faisait dans l'armentarium obstétrical. Le corps médical, qui a soupiré pendant plus d'un siècle après la divulgation de ce secret, avait fini par s'en passer et par trouver des instruments équivalents ou supérieurs, que le temps devait perfectionner. Le silence a pu, sans doute, rendre le monopole plus lucratif, mais il l'a rendu moins honorable"*.

En France, ce sont les Grégoire, père et fils, et leur élève Dussée qui, dans le premier tiers du XVIIIème siècle, dessinent leur propre forceps à branches croisées, sans toutefois publier leur expérience, ni la description de leurs instruments. Elles ne le seront que quelques décennies plus tard par des élèves étrangers : Butter d'Édimbourg en 1733 pour le forceps de Dussée, inspiré, pour la forme de la cuillère, des *"mains de Palfyn"*, Böehmer en 1746, pour le forceps de Grégoire, plus *"classique"*, qu'il introduisit en Allemagne.

On voit donc que des obstétriciens anglais attestent par leurs écrits que des accoucheurs français utilisaient des forceps de leur conception bien avant la révélation en Angleterre du *"secret"* des Chamberlen. Mais le fait que les Gregoire et Dussée n'aient rien publié de leur vivant sur leur pratique, a laissé leurs instruments ignorés de la plupart de leurs confrères.

Signalons enfin que Jacques Mesnard dans son *"Guide des Accoucheurs"* (2ème édition de 1753) présente à la fin de sa préface, des illustrations des instruments dont il se sert (planche I), où l'on voit ce qu'il nomme une *"tenette en cuiller"*, (décrit par lui en 1744) instrument à branches parallèles évoquant les manches des mains de Palfyn, doté de deux cuillères fenêtrées à ses extrémités. Les deux manches peuvent être solidarisés, une fois positionnés de part et d'autre de la tête de l'enfant, au moyen d'un tenon à vis *"pour servir à serrer les branches de la tenette l'une contre l'autre, autant et aussi peu qu'il est nécessaire"*. C'est donc vraisemblablement de Mesnard que Heister s'est inspiré pour son *"tenon en virole"*, déjà signalé.

Au total, le forceps ou plus exactement les forceps se sont développés parallèlement et indépendamment en Angleterre, d'une part, en Europe continentale, d'autre part, mais sur des idées de départ radicalement différentes.

Pierre Chamberlen l'Aîné, huguenot français, a eu, à la fin du XVIème siècle, l'idée géniale de désolidariser les deux branches croisées d'une pince (forceps) pour pouvoir les introduire et les mettre en place séparément (*"tenette à pierre"*), tout en en agrandissant les cuillères fenêtrées pour assurer une meilleure prise sur la tête fœtale, en évitant le dérapage.

Palfyn, et, très probablement, Van Roonhuysen, ont eu, au contraire, près de deux siècles plus tard, l'idée d'utiliser deux leviers semblables, à extrémité distale spatulée, positionnés de part et d'autre de la tête fœtale, et donc forcement introduits séparément. Ce n'est que secondairement, pour assurer une meilleure tenue des deux *"mains"*, que s'est imposée l'idée de les solidariser, d'abord par vis, ruban ou

virole (Mesnard, Heister), ce qui est la base de la longue lignée ultérieure des forceps à branches parallèles, puis enfin en les croisant.

Cette vision, qui ne peut que s'imposer à l'esprit en lisant les descriptions dans les livres de l'époque et en examinant les gravures des instruments, tout en en ayant la pratique (ce qui n'est pas le cas des historiens) est assez différente des récits imposés par les auteurs anglais des XIXème et XXème siècle, qui visent tous à attribuer à l'Angleterre la paternité de l'invention. Notre analyse est, par contre, confirmée par Levret, contemporain et acteur de l'expansion du forceps obstétrical en Europe au XVIIIème siècle, puis par Budin au siècle suivant.

A suivre...

Bibliographie

1. Adrian M. *"Les Chamberlen"*. Thèse Paris, 1923.
2. Aveling J.H. *"The Chamberlen and the midwifery forceps"*. Churchill Pub., London, 1882.
3. Baudelocque J.L. *"L'Art des accouchements"*. Mequignon Ed. Paris, 1781.
4. Chapman E. "A Treatise on the improvement of midwifery", J. Brindley, London, 1735.
5. Devraigne L. *"L'Obstétrique à travers les ages"*. Doin Ed. Paris, 1939.
6. Giffard W. *"Cases in Midwifery"*, 2ème Ed (Hodt Ed.), Motte, London, 1734.
7. Guth A. *"Étude historique du forceps"*. Thèse, Paris, 1968.
8. Heister L. *"Institutions de Chirurgie"*, Niel, Avignon, 1770.
9. Herrgott J.F. *"Les Chamberlen, Jean Palfyn"*, Annales de Gynécologie, Janv 1888:1-30.
10. Levret A. *"Suites des observations sur les causes d'accouchements laborieux"*, Paris, 1751.
11. Mattei A. *"Les Chamberlen et l'invention du forceps"*.Gazette obstétricale de Paris, 1873:398-400.
12. Mesnard J. *"Le Guide des Accoucheurs"* (2ème Ed.), Durand, Paris, 1753.
13. Radcliff W. *"the Secret Instrument"* Morma Pub. San Francisco 1989 (reprint).
14. Thiery M. *"Obstetrics forceps and vectis"*. Acta Belgic. Histor. Medicinae, 1992, 5:54-20.
15. Witowski G.J. *"Accoucheurs et sages-femmes célèbres"*, Steinhel, Paris, fin XIXème (sans date).

Editions Yves Michel - Collection santé
Edition octobre 2012 - 136 pages

La santé des femmes en danger

Expositions aux perturbateurs endocriniens et menaces sur le système reproducteur féminin

11€

Dans le monde, des millions de jeunes filles et de femmes sont aujourd'hui confrontées à des troubles du système reproducteur, tels que la puberté précoce ou l'infertilité. Par ailleurs, l'incidence du cancer du sein est à la hausse, tout comme les troubles de la santé reproductive masculine.

A côté des facteurs de risques génétiques ou liés au mode de vie, les perturbateurs endocriniens font partie des pistes sérieuses explorées par les scientifiques pour expliquer une partie de l'augmentation de ces pathologies chroniques. En France, les risques liés à ces substances chimiques exogènes qui interfèrent avec le système hormonal ont été mis en lumière par l'actualité récente du bisphénol A ou des décisions de police sanitaire prises ces dernières années d'interdire des composés perturbateurs endocriniens dans des produits cosmétiques, en particulier destinés aux enfants.

Le mois d'octobre est traditionnellement un mois de sensibilisation au cancer du sein, axé aussi bien autour de la prévention que de la prise en charge de la maladie. A cette occasion, WECF France (Women in Europe for a Common Future) publie *Menace sur la santé des femmes*, adapté de *Girl Disrupted*, un ouvrage qui présente les travaux menés en 2008 par un groupe de dix-huit scientifiques, spécialisés dans l'étude des perturbateurs endocriniens et du système reproducteur féminin. Réunis à l'initiative du Commonweal, un institut californien de recherche à but non lucratif sur la santé et l'environnement, les auteurs ont analysé les données scientifiques existantes sur le rôle de certains perturbateurs endocriniens connus dans un grand nombre de pathologies du système reproducteur féminin.

Association WECF www.wecf.fr - Women in Europe for a Common Future

WECF a été fondée en 1994 dans la dynamique du Sommet de la Terre de Rio (1992) afin de faire entendre la voix des femmes dans le développement durable et la politique environnementale. WECF s'appuie sur le potentiel des femmes pour équilibrer économie, écologie et santé.

Propos de lecture

Hors Collection - Robert Jauze Editeur
496 pages

Ma grossesse, notre bébé

Pr Nicole CIRARU-VIGNERON, Hélène KOSMADAKIS

25 €

Ouvrage de près de 500 pages destiné à nos patientes et leur famille, *"Ma grossesse, notre bébé"* reprend le livre précédent de Nicole Ciraru-Vigneron et Hélène Kosmadakis, *"la bible de votre grossesse"*.
Les auteurs ont actualisé les données médicales concernant la grossesse et introduit avec bonheur des réflexions pour aider les pères dans cette aventure. Le plan didactique permet de vite aller aux informations recherchées. L'écriture est facile et le ton agréable et rassurant pour les lectrices.
Les plus : De très nombreuses indications pratiques pour gérer au quotidien la grossesse, l'accouchement et les suites de couches. Un récit du vécu personnel de la patiente qui touchera la lectrice. Une vue précise du déroulement d'une grossesse normale comme pathologique. Le rôle et la place du père.
Les moins : Pas d'information sur le choix public ou privé de la maternité et les organisations différentes qui en découlent et qui sont à l'origine de nombreux questionnements des parturientes et leur famille. A l'heure de la carte vitale et de la télétransmission, on a oublié de supprimer les étiquettes autocollantes à coller sur les feuilles de soins.
Au total : Un livre qui reste une référence par la qualité de son écriture et l'abondance des données et qui mérite d'être conseillé aux jeunes mères. On apprécierait qu'une prochaine édition soit moins hospitalo-universitaire et peut être co-écrite par un accoucheur issu du privé pour apporter les informations manquantes.

Bertrand de ROCHAMBEAU

Editions Elsevier Masson
Edition juillet 2012 - 228 pages

Chirurgie plastique du sein
Oncoplastie, reconstruction et esthétique

sous la direction de Jean-Pierre Chavoin

145 €

L'ouvrage dirigé par Jean-Pierre Chavoin paraît dans la *Collection Techniques Chirurgicales* d'Elsevier Masson destinée à la chirurgie plastique et esthétique. Il est destiné aux chirurgiens plasticiens et se veut le reflet de la pratique des nombreux auteurs. Pour un chirurgien gynécologue qui pratique la chirurgie mammaire et reconstructrice, il est complémentaire quoique moins complet que celui d'Alfred Fitoussi dans la collection *Techniques chirurgicales gynécologie*. Comme ce dernier il a un prolongement multimédia sous forme d'une application mobile sur l'Apple store et Google Play, mais à l'inverse de celui-ci, il n'est pas compris dans le prix de l'ouvrage.

Bertrand de ROCHAMBEAU

Commissions de qualification

	Titulaires	Suppléants
Commission Nationale de Première Instance	**Dr Jacques FAIDHERBE** CHU Arnaud de Villeneuve 191 av. du Doyen Giraud 34090 MONTPELLIER Email : j-faidherbe@chu-montpellier.fr **Dr Jacques RIVOALLAN** 6 rue Saint Marc 29000 QUIMPER Email : jacques.rivoallan@wanadoo.fr	**Dr Karen BONNET** CH de Fontainebleau 55 bd Maréchal Joffre 77305 FONTAINEBLEAU Cedex Email : kbonnet@ch-fontainebleau.fr **Dr Marc Alain ROZAN** 32 Bis Boulevard du Château 92200 NEUILLY SUR SEINE Email : mar@marcalain-rozan.com

	Titulaires	Suppléants
Commission Nationale d'Appel	**Dr Raymond BELAICHE** 117 rue de la Colline 34190 GRABELS Email : raymond.belaiche@wanadoo.fr **Pr Jacques HOROVITZ** Hôpital Pellegrin Service gynécologie-obstétrique 33076 BORDEAUX Cedex Email : jacques.horovitz@chu-bordeaux.fr	**Dr Nelly HOMASSON** 5 rue Chanez 75016 PARIS Email : nelly.homasson@sls.aphp.fr **Dr Pascale LE PORS** CH de Saint Malo 1 rue de la Marne 35400 SAINT MALO Email : p.lepors@ch-stmalo.fr

Conseil d'Administration du Syngof

Président
Docteur MARTY
Clinique Claude Bernard - ALBI

Présidents d'honneur
Docteur COUSIN
Professeur GIRAUD
Docteur ROZAN

Vice-Présidents
Pôle Gynécologie obstétricale libérale
Docteur DE ROCHAMBEAU
Hôpital privé Marne Chantereine
BROU SUR CHANTEREINE
Docteur LAPLACE
Maternité Bordeaux Nord
BORDEAUX
Pôle Praticiens Hospitaliers
Docteur FAIDHERBE
CHU Arnaud de Villeneuve
MONTPELLIER
Docteur LE PORS-LEMOINE
Centre Hospitalier - ST MALO
Pôle Gynécologie Médicale
Docteur GUERIN
13 bd des rochers - VITRÉ
Docteur HOMASSON
5 rue Chanez - PARIS

Secrétaire Générale
Docteur PAGANELLI
46 rue de la Victoire - TOURS
Secrétaire Général Adjoint
Docteur RIVOALLAN
6 rue Saint Marc - QUIMPER
Secrétaire Général honoraire
Docteur MISLER

Trésorier
Docteur BOYER DE LATOUR
1 bd Schweitzer - SAINT QUENTIN
Trésorier adjoint
Docteur BOHL
1-3 av. Carnot - ST MAX
Membres de droit
Professeur COLETTE
Professeur GIRAUD
Professeur MONROZIES

Membres du Bureau
Docteur BOHL
Tél. 03 83 18 22 22
Docteur BOYER DE LATOUR
Tél. 03 23 64 53 59
Docteur DE ROCHAMBEAU
Tél. 01 64 72 74 31
Docteur FAIDHERBE
Tél. 06 85 73 38 00
Docteur GUERIN
Tél. 06 35 22 19 33
Docteur HOMASSON
Tél. 01 40 71 93 64
Docteur LAPLACE
Tél. 05 56 43 72 24
Docteur LE PORS-LEMOINE
Tél. 02 99 21 21 98
Docteur MARTY
Tél. 05 63 77 79 00
Docteur PAGANELLI
Tél. 02 47 37 54 49
Docteur RIVOALLAN
Tél. 02 98 95 84 84

Membres
Docteur AMOR
42 bd Jean Jaurès - ST RAPHAEL
Docteur AZZOUZ
CH de Falaise - FALAISE
Docteur BASTIAN
Place du Grand Jardin - VENCE
Docteur BELAICHE
117 rue de la Colline - GRABELS
Docteur BIAUSQUE
11 Hôpital de Seclin - SECLIN
Docteur BONNEAU
2 bd du Roy
LES PAVILLONS SOUS BOIS
Docteur BONNET
Hôpital de Fontainebleau
FONTAINEBLEAU
Docteur CACAULT
71 bd Cdt Charcot - NEUILLY
Docteur CARRON
1 bd Bonrepos - TOULOUSE
Docteur CHEKKOURY
46 av. Léopold Heder
CAYENNE
Docteur CONSILLE
2 bd du Roy
LES PAVILLONS SOUS BOIS
Docteur CORTEY
28 av. Rockefeller- LYON
Docteur CRISTINELLI
Clinique Arc-en-ciel - EPINAL
Docteur DARMON
18 rue des Remises
ST MAUR DES FOSSES
Docteur DE BIEVRE
6 rue St Fiacre - MEAUX
Docteur DENJEAN
7 av. Pierre Verdier - BEZIERS
Docteur DREYFUS
25 rue Garibaldi - LYON
Docteur FAVRIN
Nouvelle Clinique de l'Union
SAINT-JEAN
Docteur GAMBINI
25 av. Scuderi - NICE
Docteur GERAUDIE
26 bd Dubouchage - NICE
Docteur GRAVIER
12 bd Paul Painlevé - BRIVE
Docteur GRYNBERG
42 rue Chabernaud
L'ISLE D'ESPAGNAC
Docteur GUIGUES
2 bis av. du CANADA - CAEN
Professeur HOROVITZ
Hôpital Pellegrin Maternité
BORDEAUX
Docteur JUBIOT
Clinique St Jean - TOULON
Docteur LEBOEUF
7 av. H. Barbusse
LE BLANC MESNIL
Docteur LEGRAND
12 rue de France - NICE
Docteur LE MEAUX
Maternité Bordeaux Nord
BORDEAUX
Docteur LONLAS
6 rue de la manufacture
ORLEANS
Docteur MAALIKI
3 B rue A. Rodin - BESANCON

Docteur MAJIDI- AHI
Polyclinique de Courlancy
REIMS
Docteur MIRONNEAU
16 crs du Général de Gaulle
DIJON
Docteur MUHLSTEIN
3 rue des arquebusiers
STRASBOURG
Docteur PEIGNÉ
Polyclinique du Beaujolais - ARNAS

Docteur ROUGÉ
59 rue de la Chataigneraie
BEAUMONT
Docteur SEGUY
189 av de la Rochelle - NIORT
Docteur TEFFAUD
Polyclinique de l'Atlantique
ST HERBLAIN
Docteur TOMASINI
11 bd F. Salini
AJACCIO

Docteur TOURAME
230 av. du Prado
MARSEILLE
Docteur VERHAEGHE
43 rue des Meuniers
LESQUIN

Représentation syndicale

Représentants à l'UPIGO
Dr Jacques FAIDHERBE, Pr Guy SCHLAEDER
Représentant au SML
Dr Marc-Alain ROZAN
Représentant à la FMF
Dr Catherine GUERIN
Représentant à l'U.M.E.SPE
Dr Yves VERHAEGHE représente l'obstétrique
Représentants à l'E.B.C.O.G.
Pr Jacques HOROVITZ
Représentant à Avenir Hospitalier
Dr Pascale LE PORS
Représentant à la Commission Nationale de la Naissance et de la Petite Enfance
Le Président du SYNGOF

Représentant au Conseil National de la Chirurgie
Le Président du SYNGOF
Représentant au syndicat Le BLOC
Le Président du SYNGOF
Représentant pour le CLAHP
Le Président du SYNGOF
Dr de ROCHAMBEAU
Représentant de l'Association des Internes en Gynécologie Médicale (AIGM)
Florence SCHEFFLER
Représentant de l'Association des Gynécologues Obstétriciens en Formation (AGOF)
Le Président de l'AGOF est membre coopté du CA du SYNGOF

In Memoriam

Alain Desroches ne viendra plus promener sa grande silhouette au conseil d'administration du Syngof, il est décédé brutalement chez lui cet été à moins de 60 ans.
Ancien interne puis chef de clinique du CHU de Reims, il avait été nommé praticien hospitalier en 1987 à la maternité Porte Madeleine au CHR d'Orléans où il a fait l'ensemble de sa carrière. Il en avait été le chef de service et exerçait une activité de gynécologie et d'obstétrique ainsi que de diagnostic prénatal. C'est il y a une vingtaine d'années par cette activité d'échographie prénatale que je l'avais rencontré, la première fois, dans des réunions d'échographistes. Il affirmait une volonté organisatrice dans ce domaine alors en plein essor. Je l'ai retrouvé un peu plus tard, toujours volontaire dans l'activité syndicale où il représentait le SYNGOF à la Fédération des Centres Hospitaliers Généraux.
Il a fait partie de l'équipe qui a permis à *Avenir Hospitalier* de gagner les élections professionnelles de l'hospitalisation publique avec le SYNGOF.
Le conseil d'administration du SYNGOF présente à l'ensemble de sa famille ses condoléances les plus sincères.

B. de ROCHAMBEAU

Délégués régionaux du Syngof

Alsace

Dr Claude MUHLSTEIN
3 rue des arquebusiers
67000 STRASBOURG
Tél. 03 88 36 30 47
email : claude.muhlstein@libertysurf.fr

Aquitaine

Pr Jacques HOROVITZ
Hôpital Pellegrin
33076 BORDEAUX CEDEX
Tél. 05 56 79 55 52
Fax 05 56 79 61 74
email : jacques.horovitz@chu-bordeaux.fr

Dr Jean Pierre LAPLACE
Maternité Bordeaux Nord
33300 BORDEAUX
Tél. 05 56 43 72 24
email : drjplaplace@bordeauxnord.com

Dr Jean Patrick LE MEAUX
Maternité Bordeaux Nord
33300 BORDEAUX
Tél. 05 57 19 52 10
email : jplemeaux@yahoo.fr

Auvergne

Dr Michel ROUGE
59 rue de la chataigneraie
63110 BEAUMONT
Tél. 04 73 40 80 81
email : rougc.m@crownmedicalsystems.com

Bourgogne

Dr Philippe MIRONNEAU
16 cours du Général de Gaulle
21000 DIJON
Tél. 03 80 67 50 33
email : pmironneau3333@orange.fr

Bretagne

Dr Catherine GUÉRIN
13 bd des rochers
35500 VITRÉ
Tél. 06 35 22 19 33
email : cathguerin@gmail.com

Dr Pascale LE PORS-LEMOINE
CH de St Malo
35400 ST MALO
Tél. 02 99 21 21 98
email : p.lepors@ch-stmalo.fr

Dr Jacques RIVOALLAN
6 rue Saint Marc
29000 QUIMPER
Tél. 02 98 95 84 84
email : jacques.rivoallan@wanadoo.fr

Centre

Dr Gérard LONLAS
6 rue du Brésil
45000 ORLEANS
Tél. 02 38 62 70 77
email : gerard.lonlas@wanadoo.fr

Dr Elisabeth PAGANELLI
46 rue de la Victoire
37000 TOURS
Tél. 02 47 38 57 00
email : elizabeth.paganelli@wanadoo.fr

Champagne-Ardenne

Dr Abdol MAJIDI-AHI
Polyclinique de Courlancy
51100 REIMS
Tél. 03 26 77 27 32
email : majidi.courlancy@wanadoo.fr

Corse

Dr Roger TOMASINI
11 bd F. Salini
20000 AJACCIO
Tél. 04 95 21 59 02
email : tomasini.roger@wanadoo.fr

Franche-Comté

Dr Kazem MAALIKI
3 rue A. Rodin
25000 BESANCON
Tél. 03 81 41 14 00

Ile-de-France

Dr Karen BONNET
55 bd Maréchal Joffre
77305 FONTAINEBLEAU Cdx
Tél. 01 48 75 23 32
email : kbonnet@ch-fontainebleau.fr

Dr Mireille BONNEAU
2 bd du Roy
93320 LES PAVILLONS/BOIS
Tél. 01 41 55 19 21
email : mirbonneau@club-internet.fr

Dr Jean Alain CACAULT
71 bd Commandant Charcot
92200 NEUILLY
Tél. 01 47 22 62 38
email : ja.cacault@wanadoo.fr

Dr Bruno CONSILLE
2 bd du Roy
93320 LES PAVILLONS/BOIS
Tél. 01 41 55 19 20
email : bruno.consille@alicrodsl.fr

Dr Franklin DARMON
18 rue des Remises
94100 ST MAUR DES FOSSÉS
Tél. 01 48 83 95 78
email : franklindarmon@free.fr

Dr Pascal DE BIÈVRE
6 rue St Fiacre
77100 MEAUX
Tél. 01 64 35 13 18
email : p-debievre@ch-meaux.fr

Dr Dominique LEBOEUF
Clinique du Blanc Mesnil
93156 LE BLANC MESNIL
Tél. 01 43 78 08 92
email : d.leboeuf@free.fr

Dr Bertrand de ROCHAMBEAU
Hôpital Privé de Marne
Chantereine
77177 BROU SUR CHANTEREINE
Tél. 01 64 72 74 31
email : bdr@club-internet.fr

Dr Nelly HOMASSON
5 rue Chanez - 75016 PARIS
Tél. 01 40 71 93 64
email : nellyhomasson@sls.ap-hop-paris.fr

Languedoc-Roussillon

Dr Régis DENJEAN
7 av Pierre Verdier
34500 BEZIERS
Tél. 04 67 30 69 01
email : regisdenjean@free.fr

Dr Jacques FAIDHERBE
CHU Arnaud de Villeneuve
34090 MONTPELLIER
Tél. 04 67 75 78 39
email : j-faidherbe@chu-montpellier.fr

Limousin

Dr Antoine GRAVIER
12 bd Paul Painlevé
19100 BRIVE
Tél. 05 55 18 55 24
email : agravier@mac.com

Lorraine

Dr Marc BOHL
1-3 av. Carnot
54130 SAINT MAX
Tél. 03 83 18 22 22
email : marc.bohl@free.fr

Dr Stéphane CRISTINELLI
Clinique Arc-en-ciel
88000 EPINAL
Tél. 03 29 68 63 64
email : stephane.cristinelli@gmail.com

Midi-Pyrénées

Dr Claude CARRON
1 Bd bonrepos
31000 TOULOUSE
Tél. 05 61 63 46 45
email : claudecarron@wanadoo.fr

Dr Serge FAVRIN
Nouvelle Clinique de l'Union
Bd de Ratalens
31240 SAINT JEAN
Tél. 05 61 37 87 43
email : serge.favrin@wanadoo.fr

Dr Jean MARTY
Clinique C. Bernard
81000 ALBI
Tél. 05 63 77 79 00
email : amcom@wanadoo.fr

Nord-Pas de Calais

Dr Serge BIAUSQUE
Maternité de Seclin
59113 SECLIN
Tél. 03 20 97 50 31
email : serge.biausque@wanadoo.fr

Dr Yves VERHAEGHE
43 rue des meuniers
59810 LESQUIN
Tél. 03 20 57 99 90
email : yverhaeghe@nordnet.fr

Normandie

Dr Rachid AZZOUZ
Centre Hospitalier
14700 FALAISE
Tél. 02 40 55 88 10
email : rachidazz@wanadoo.fr

Dr Béatrice GUIGUES
2 bis av. du Canada
14000 CAEN
Tél. 02 31 85 77 84
email : bguigues@wanadoo.fr

Pays de Loire

Dr Olivier TEFFAUD
Polyclinique de l'Atlantique
44819 ST HERBLAIN CEDEX
Tél. 02 40 95 83 15
email : drteffaud@polyclinique-atlantique.fr

Picardie

Dr François BOYER DE LATOUR
1 bd Schweitzer
02100 SAINT QUENTIN
Tél. 03 23 67 04 06
email : bdelatour@gmail.com

Poitou-Charentes

Dr Henri GRYNBERG
42 rue Chabernaud
16340 L'ISLE D'ESPAGNAC
Tél. 05 45 69 66 36
email : henri.grynberg@wanadoo.fr

Dr Bernard SEGUY
189 av. de la Rochelle
79000 NIORT
Tél. 05 49 09 22 22
email : bernardseguy@wanadoo.fr

PACA

Dr Henry AMOR
42 bd Jean Jaurès
83700 ST RAPHAEL
Tél. 04 94 19 81 81
email : h.amor@free.fr

Dr Jean-Marc BASTIAN
Place du Grand Jardin
06140 VENCE
Tél. 04 93 58 02 48
email : jean-marc.bastian@wanadoo.fr

Dr Lucio GAMBINI
25 av. Scuderi
06100 NICE
Tél. 04 93 56 33 00
email : gambini.lucio@gmail.com

Dr Philippe GÉRAUDIE
26 Bd Dubouchage
06000 NICE
Tél. 04 93 13 00 44
email : geraphil@aol.com

Dr Jacques JUBIOT
Clinique St Jean
83000 TOULON
Tél. 04 94 16 60 00
email : doc.jjubiot@wanadoo.fr

Dr Daniel LEGRAND
12 rue de France
06000 NICE
Tél. 04 93 82 06 08
email : danielclegrand13@wanadoo.fr

Dr Pierre TOURAME
230 av. du Prado
13008 MARSEILLE
Tél. 04 91 22 68 18
email : ptourame@wanadoo.fr

Rhône-Alpes

Dr Catherine CORTEY
28 av Rockefeller
69008 LYON
Tél. 04 78 93 15 58
email : catherine.cortey@mc.com

Dr Jean Michel DREYFUS
25 rue Garibaldi
69006 LYON
Tél. 04 72 43 09 09
email : dreyfusjm@yahoo.fr

Dr Emmanuel PEIGNÉ
Polyclinique du Beaujolais
69400 ARNAS
Tél. 04 74 65 66 06
email : emmanuel.peigne@orange.fr

Outre-Mer

Dr Saïd CHEKKOURY
46 av Léopold Heder
97300 CAYENNE
Tél. 05 94 28 60 07
email : chekkoury@wanadoo.fr

Petites annonces

Toutes les annonces doivent être adressées à :
Syngof
BP 60034
34001 MONTPELLIER Cedex 1
ou passez directement votre annonce sur le site :
http://www.syngof.fr

Ventes

SETE
Cause départ en retraite avril 2013. Cède cabinet gynécologie obstétrique au sein d'une polyclinique. (500 accouchements par an, 3 associés).
Tél. 06 15 34 08 81

RHONE-ALPES
Cause retraite au 01.10.12, gynéco-obstétricien cède patientèle gratuitement. Cabinet libéral 1/2 temps, possibilité de PH temps partiel immédiat, clinique ouverte au sein d'une maternité niveau I, 1500 accts/an. Gynéco méd + gynéco chir avec cancéro + obs. CHG de ville proche CHU. Murs du cabinet à louer ou à vendre : 100m2, convient pour deux médecins.
Tél. 06 76 60 28 97

NIMES
Retraite fin 2012. Propose succession cabinet gynéco-obstétrique-échographie. Clinique Kennedy à 100 m. Clientèle + matériel=1/2 annuité CA. Avec ou sans les locaux.
Tél. 04 66 62 06 13

LILLE
Suite décès gynécologue obstétricien, nous recherchons un gynécologue pour tenue de poste, possibilité d'échographies et éventuellement cession. Emplacement cabinet médical situé en face de la Clinique du Bois à Lille.
Tél. 06 40 36 65 44

BORDEAUX
Gynécologue médical, obs. et échographie secteur 2 au sein d'une SCM (2 associés) cherche successeur pour départ à la retraite mi 2012. Bon CA avec potentiel de développement, clientèle fidélisée, loyer modéré, secrétariat.
Tél. 06 83 73 42 45

MARSEILLE
Gynécologue obstétricien, secteur 2, cède cabinet à fort potentiel (SCM, groupe multispécialistes). Proximité hôpital privé Beauregard (13012). Deuxième semestre 2012 ; possibilité d'association/remplacement.
Tél. 06 13 61 54 58

NANTES
Cause départ, recherche un obstétricien avec compétence chirurgicale et/ou PMA pour me remplacer. Clinique Brétéché, 1500 accts, plateau technique performant (bloc opératoire 10 salles). Envoyez CV et coordonnées.
Tél. 02 51 86 86 04

PARIS
Cède clientèle gynécologie obstétrique échographie dans un espace très confortable.
Tél. 06 31 48 02 45

Associations

NANTES
Gynécologue obstétricien, cherche association dans une clinique obstétricale, disponible de suite.
Tél. 06 15 51 26 88

SETE
Cause départ retraite Avril 2013 cherche 3ème associé pour chirurgie gynéco. et obstétrique (500Acc./an). Cabinet au sein de la polyclinique.
Tél. 06 15 34 08 81

TARBES
Groupe de cinq gynéco-obstétriciens cherche un associé, établissement de 300 lits, 950 accouchements pôle chirurgical fort, radiothérapie et chimiothérapie sur place, secteur 2.
Tél. 06 15 56 73 45

AIX EN PROVENCE
Recherche successeur pour une clientèle de gynécologie chirurgicale et d'obstétrique en vue d'association avec jeune confrère déjà en place.
Tél. 06 72 11 96 12

LORMONT
Cherche associé pour chirurgie gynécologique++ et obstétrique.
Polyclinique Bordeaux rive droite, blocs neufs, maternité neuve, zone franche.
Tél. 06 60 16 14 58

Remplacements

Spécialiste du remplacement
Gynécologue obstétricien **longue expérience Métropole et Outre-Mer** cherche remplacements.
Tél. 04 77 57 14 90
ou 06 81 30 65 72

PARIS
Remplacement régulier de longue durée, Paris, Hauts de Seine.
CES de Gynécologie-Obs.. Inscrite CO. CPS. N° RPPS. Médecin salarié en activité, plus de vingt ans d'expérience. Cherche remplacement régulier de longue durée, secteur 2.
Tél. 06 37 95 46 61

LOIRE ATLANTIQUE
Gynécologue obstétricien cherche remplacements en secteur public et privé, France métropolitaine et Dom Tom.
Tél. 06 99 47 74 81

ILE DE FRANCE
URGENT : gynécologue-obs. secteur 2, ACCA AIHP, cherche remplaçant pour consultations en cabinet et activité obstétricale en secteur libéral. Possibilité cession.
Tél. 06 61 92 99 26

COLMAR
Chirurgien gynécologue obstétricien + écho. Retraité, cherche remplacements si possible réguliers en secteur public ou privé.
Tél. 06 16 67 13 32

POINTE-A-PITRE
Gynécologue obstétricien ouvert et disponible pour toute proposition de remplacement en France ou Outre-mer.
Tél. 06 96 24 76 95

Recherche emploi de gynécologue médicale au sein d'un établissement de santé, à temps plein ou partiel. Je suis medecin salarié en activité avec plus de 10 ans d'expérience professionnelle. CES de gynéco obs.
CV sur demande.
Tél. 06 37 95 46 61

MARSEILLE
Gynécologue médicale disponible pour remplacements en cabinet à partir de novembre 2012. CCA en CHU.DESC de médecine de la reproduction. DIU d'échographie.
Tél. 06 09 86 78 29

Le coin des cinéphiles du siècle dernier

L'INTÉGRALE JOAN FONTAINE

Tous les jours d'octobre dès minuit
Le meilleur de l'intégrale tous les samedis à partir de 22h20
16 films dont un en HD inédit.

Joan Fontaine, diva survivante, rare gloire féminine de l'âge d'or d'Hollywood à être encore en vie, Joan Fontaine fête cette année ses 95 ans. L'occasion pour TCM de lui rendre hommage en exhumant ses premiers films tournés pour la RKO, et en sélectionnant des joyaux de sa filmographie.

Même si personne ne conteste à Joan Fontaine son statut de légende d'Hollywood, on a souvent tendance à la réduire à certains clichés. Par exemple à la présenter d'emblée comme la sœur d'Olivia de Havilland, devenue encore plus célèbre grâce à *Autant en emporte le vent*. Avec pour Joan Fontaine une conséquence d'autant plus fâcheuse que depuis leur enfance, les deux sœurs se sont toujours copieusement détestées ! Née en 1917 à Tokyo, puis élevée aux Etats-Unis après le divorce de ses parents, elle a toujours pensé que son aînée était la préférée de leur mère, d'où une forte animosité. Au début des années 30, elle a l'occasion de le vérifier quand, décidant d'emboîter le pas à sa sœur en devenant actrice, elle se voit interdire de porter le nom d'Havilland à la scène. Elle tiendra sa revanche quelques années plus tard quand, nominée aux Oscars la même année qu'Olivia, elle emporte la statuette pour son rôle dans *Soupçons* ! D'où un deuxième cliché qui consiste à associer surtout Joan Fontaine à Alfred Hitchcok avec qui elle tourna aussi Rebecca. Une grave erreur quand on sait que son abondante filmographie recèle également les noms d'autres grands cinéastes comme George Stevens, Richard Thorpe, Max Ophüls, Fritz Lang, Nicholas Ray ou Robert Wise dont elle fut respectivement l'interprète dans *Gunga Din*, *Ivanhoe*, *Lettre d'une inconnue*, *L'Invraisemblable vérité*, *La Femme aux maléfices* ou *Femmes coupables*, autant de films marquants pour ne pas dire *culte*. Avec pour certains des rôles qu'elle s'y est vue confier, une occasion salutaire de briser l'image de jeune femme douce, rêveuse, voire ingénue, héritée des emplois où elle fut confinée au début de sa carrière. De fait, son vrai caractère a toujours été beaucoup plus trempé (elle s'est mariée quatre fois), sans oublier qu'en plus de son talent d'actrice, elle a également été une excellente aviatrice, cavalière, golfeuse, cuisinière et décoratrice !

Aujourd'hui, Joan Fontaine est l'une des dernières légendes féminines d'Hollywood encore vivante, avec Lauren Bacall, Maureen O'Hara et... Olivia de Havilland ! Bref, même pour tirer leur révérence, les deux sœurs sont encore en compétition, d'où cette plaisanterie de Joan Fontaine : *"Bien que cadette, je me suis mariée avant Olivia et je l'ai précédée aussi pour l'Oscar. Maintenant, pour l'embêter, il ne me reste plus qu'à mourir la première !"*

Le meilleur de l'intégrale les samedis d'octobre à partir de 22h20

Samedi 6 octobre
22h40 : L'Invraisemblable vérité (1956)
Beyond a reasonable doubt, de Fritz Lang, avec Dana Andrews et Joan Fontaine.
Samedi 13 octobre
22h40 : Lettre d'une inconnue (1948) HD inédit
Letter from an unknown woman, de Max Ophuls, avec Joan Fontaine et Louis Jourdan
Samedi 20 octobre
22h20 : Ivanhoé (1952)
Ivanhoe, de Richard Thorpe, avec Elizabeth Taylor et Joan Fontaine
Samedi 27 octobre
22h55 : Femmes coupables (1957)
Until they sail, de Robert Wise, avec Paul Newman et Joan Fontaine.

Les autres films de l'intégrale sur *http://tcmcinema.fr*

Je remercie TCM pour toutes ces informations. Pour plus de détails sur la programmation actuelle et future voici leur adresse *http://tcmcinema.fr*

Si certains films méritent d'être enregistrés vous pouvez accéder à TCM à la demande.

Marc-Alain ROZAN

Agenda

- octobre -

17 au 19 octobre 2012

42ème Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale

Le Corum
MONTPELLIER

Renseignements administratifs :
C.E.R.C.
95130 FRANCONVILLE,
Tél. 01 34 15 56 75
Email : a.deshoms@wanadoo.fr
Renseignements scientifiques :
Pr Claude d'ERCOLE
Service de Gynéco. Obs. Hôpital Nord
13915 Marseille Cedex 20
Tél : 04 91 96 46 72
E-mail : claude.dercole@ap-hm.fr

19 octobre 2012

Chirurgie Ambulatoire en Gynécologie

Hôpital Tenon
4 rue de la Chine
75020 PARIS

Renseignements : JBH Santé
53, rue de Turbigo - 75003 Paris
Tél : 01 44 54 33 54
Fax : 01 44 54 33 59
www.jbhsante.fr

19 et 20 octobre 2012

Formation Gynerisq

LYON

Prévention des risques opératoires en chirurgie cœlioscopique, endoscopique et vaginale

Renseignements : AMIFORM - Julia
Tél. 04 93 71 77 68
Email : contact@amiform.com
Inscription en ligne sur : www.ami-form.com

- novembre -

8 au10 novembre 2012

Huitièmes Journées Daniel Dargent de Chirurgie & Neuvième Congrès de la Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

Centre de Congrès de LYON
Cité Internationale

Président Pr Jacques LANSAC

Renseignements et inscriptions :
Dominique Simao de Souza
Tél. 04 78 86 65 96/04 78 86 65 58
Fax 04 78 86 15 76
E-mail : dominique.simao-de-souza@chu-lyon.fr
http://www.journees-daniel-dargent.com/

10 novembre 2012

XXIIème Séminaire Niçois d'Endocrinologie Gynécologie et Reproduction

Hôpital de l'Archet II
Amphithéâtre Niveau 3 - CHU DE NICE

La Contraception hormonale 2012
L'Odyssée de l'espèce

Renseignements : C. TRANQUILLE
Tél. 04 92 03 55 19
Email : tranquille.c@chu-nice.fr

23 et 24 novembre 2012

3ème Congrès du Groupe d'Etude sur la Ménopause et le Vieillissement Hormonal

Espace Tête d'Or
LYON- VILLEURBANNE

Renseignements et inscriptions :
JP Com - GEMVI - 14000 CAEN
Tél 02 31 27 19 18
Email : jpcom@jpcom.fr
www.gemvi.org

- décembre -

6 décembre 2012

Fertility & Antioxidants Therapy 2012

PARIS

Renseignements et inscriptions :
Anne-Sophie Mailfert
15 rue de la Paix -75002 Paris
Tél. 33 1 55 04 77 55
www.fertility-site.com

14 et 15 décembre 2012

Formation Gynerisq

PARIS

Prévention des risques opératoires en chirurgie cœlioscopique, endoscopique et vaginale

Renseignements : AMIFORM - Julia
Tél. 04 93 71 77 68
Email : contact@amiform.com
Inscription en ligne sur : www.ami-form.com

- janvier -

24 au 29 janvier 2013

XXVIIIème JTA en Gynécologie Obstétrique, PMA, Périnatologie et Pédiatrie

La Havane - CUBA

Renseignements :
Secrét. scientifique Dr M. AZOULAY
Tél : 01 43 45 63 50
Infos pratiques : "Carib Congrès"
Contacts : K. LE NEGARET, L. SALVATI
Tél. 01 55 70 23 00
Email : lesjta@caribcongres.com

5 au 7 décembre 2012

36èmes Journées du CNGOF

CNIT de Paris la Défense

Programme complet sur www.cngof.org

Prise en charge possible par le FAF-PM.
Organisme de formation n°11753207175. Crédits FMC

Renseignements et inscriptions : CNGOF
Collège national des gynécologues et obstétriciens français
91 boulevard de Sébastopol - 75002 Paris
01 43 43 01 00 - Fax 01 43 43 02 22
E-mail : cngof@club-internet.fr
site : www.cngof.org

SYNGOF

Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France

"TOUT SAVOIR SUR VOTRE GROSSESSE"

www.syngof.fr → Espace grand public

A la demande du Syndicat national des gynécologues obstétriciens de France (Syngof), la Haute Autorité de santé (HAS) a fait paraître des recommandations : *"Comment mieux informer les femmes enceintes"*[1]. Le Syngof a souhaité rendre accessibles aux femmes enceintes ces recommandations scientifiques destinées initialement aux professionnels de santé. Il les a enrichies du fruit de l'expérience quotidienne des gynécologues obstétriciens et des dernières données médicales. *Site mis à jour en 2010.*

Tout pour vivre votre grossesse en confiance

Sur le site *"Tout savoir sur votre grossesse"* vous trouverez informations pratiques, conseils face aux petits maux de la grossesse, mises en garde devant les résultats des examens, etc.

Au sommaire de

"TOUT SAVOIR SUR VOTRE GROSSESSE"

- **Pour informer les femmes enceintes**
- **Vos interlocuteurs**
- **Vos rendez-vous médicaux**
- **La consultation, pour quoi faire ? :**
  Tout ce que la femme enceinte doit signaler au praticien ; le contenu détaillé des consultations, médicales et échographiques et leur objectif
- **Signes d'alerte : attention, urgence !**
- **Travail, nutrition, médicaments, couple, loisirs**
- **Nouveautés :**
  - L'entretien au 1er trimestre pour vous initier à la parentalité
  - La consultation en vue d'une grossesse
- **Mémento de la grossesse mois après mois**
- **Glossaire :**
  Tous les termes techniques mentionnés sur le site *"Tout savoir sur votre grossesse"* sont expliqués en termes clairs

1 *"Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé", HAS, Avril 2005 & "Préparation à la naissance et à la parentalité" HAS, Février 2006. Sur le site : www.has-sante.fr*

Ensemble, imaginons demain

Samsung Medison, partenaire officiel du SYNGOF

New

MySONO **U6**
Evolutif 3D
Sonde abdominale
Sonde endovaginale
Imprimante Laser Couleur
Moniteur de rappel 24"

23 000 euros TTC*

New

SonoAce **R7**
Evolutif 3D
Sonde abdominale
Sonde endovaginale
Imprimante Laser Couleur
Moniteur de rappel 32"

23 000 euros TTC*

Accuvix **V20 Prestige**
Pack logiciels 3D/4D
Volume NT™**
Sonde abdominale 3D
Sonde endovaginale
Imprimante Laser Couleur
Moniteur de rappel 32"

50 000 euros TTC*

SAMSUNG ELECTRONICS FRANCE
Division Médicale
270, Avenue du Président Wilson
93458 La Plaine Saint Denis Cedex
Tel: +33 (0)1 49 21 70 00
Fax: +33 (0)1 49 21 74 56
www.samsungmedison.fr
medicale@samsung.com

* Prix net hors reprise de l'ancien matériel
** Volume NT™ : Détection automatique de la coupe sagittale stricte et calcul automatique de la clarté nucale
Exclusivité Samsung