

Éditorial

À vos agendas !

Olivier Graesslin,
Philippe Deruelle,
Secrétaires généraux



La prochaine édition des journées du Collège aura lieu du mercredi 11 au vendredi 13 décembre 2013. Pour présenter ces futures journées, nous avons souhaité reprendre les mots « **continuité et nouvel élan** » choisis par notre Président Bernard Hédon dans son éditorial des Brèves du Collège de février 2013.

Continuité : pour cette 37^e édition, et dans le sillage de l'équipe précédente (avec Francis Puech, Emile Daraï et Dominique Luton) qui a beaucoup œuvré pour le succès de ces journées, nous avons choisi de poursuivre l'aventure au CNIT-La Défense où les conditions d'accueil sont optimales avec des amphithéâtres de grande qualité et une zone centrale qui permet d'échanger, de se rencontrer et de se retrouver.

Nos journées débiteront dès le mercredi par la traditionnelle et maintenant incontournable présentation des **recommandations pour la pratique clinique (RPC)**, fruit d'un an de travail pour chacun des groupes. Les deux thèmes principaux sont la prise en charge des kystes de l'ovaire pour la gynécologie, et le retard de croissance intra-utérin pour l'obstétrique. Les mini-RPC traiteront des complications de l'hystérocopie.

Pour les autres sessions, nous avons souhaité mettre l'accent sur des sujets à la fois très pratiques et d'actualité qui touchent toutes les facettes de notre spécialité, et en particulier :

- en **imagerie** : l'endométriose, les difficultés liées à l'obésité, l'échographie en salle de naissance et les myéloméningocèles ;
- en **gynécologie médicale** : la contraception, l'adénomyose, l'hyperprolactinémie et l'insuffisance ovarienne ;
- en **expertise** : la gestion du risque et l'amélioration de la qualité de l'expertise ;
- en **techniques chirurgicales et obstétricales** : l'hystérocopie, la chirurgie en cas d'obésité, la chirurgie prophylactique, le laser *in utero* ;
- en **gynécologie-obstétrique du monde** : la cancérologie dans les pays en voie de développement ;
- en **obstétrique** : les sujets d'actualités (PRADO, maisons de naissance...), les dernières données nutritionnelles de la femme enceinte, le retour du pessaire ou encore la réduction des pH néonataux < 7,0 ;
- en **pathologies mammaires et cancer du sein** : les recommandations 2013 de la conférence de consensus de Saint-Paul-de-Vence ;

- en **ménopause** : la neuroprotection, l'os, l'homme vieillissant ;
- en **pathologie du col** : les dernières nouveautés en colposcopie.

Le **congrès de la SFOG**, co-organisé avec le CNGOF, aura lieu également au cours de nos journées.

Nouvel élan : le succès des journées ne cesse de croître chaque année, et si l'on veut maintenir ce niveau, il nous faut réfléchir pour chaque édition à des améliorations et des innovations. Nous mettrons tout particulièrement l'accent sur l'accueil. Pour la première fois, une grande réunion conviviale aura lieu le mercredi soir après les conférences au sein de l'espace exposition. De ce fait, l'assemblée générale sera décalée au jeudi soir. Le retrait des badges des participants sera optimisé pour leur permettre de rejoindre plus rapidement les sessions. Une zone d'**ateliers pratiques** sera installée dans la partie « partenariats », qui permettra de tester des dispositifs ou encore d'échanger sur des « trucs et astuces » personnels.

Parce qu'elles sont vivantes et qu'elles doivent répondre aux problématiques des praticiens qui œuvrent au quotidien pour la santé des femmes et le bonheur de la naissance, nos journées évoluent avec leur temps. Toutes les facettes de notre discipline se doivent d'être abordées au cours de nos journées. C'est pourquoi cette année **deux nouvelles sessions seront proposées**. Une session traitera de la **pédagogie en gynécologie-obstétrique** et abordera l'intérêt des nouvelles technologies et de la simulation pour former nos jeunes mais aussi maintenir nos équipes efficaces et entraînées. Nous ouvrons également une session d'**orthogénie**.

Des **séminaires de DPC** (développement professionnel continu) seront aussi organisés en parallèle et seront en lien avec les thèmes des RPC. Au cours des sessions, seront également présentés le ou les grands travaux de recherche clinique publiés par des équipes françaises à un niveau international et qui ont contribué à l'avancée dans notre spécialité. Enfin, comme chaque année, nos journées seront l'occasion de discussions et de débats animés mais aussi de surprises que nous ne pouvons pas encore dévoiler, comme le nom de l'orateur de la conférence spéciale.

Les journées du CNGOF ont été de grands succès grâce à votre présence, à votre participation et à la qualité des débats que vous avez suscités. Nous espérons vous retrouver nombreux pour des discussions animées et constructives lors de la 37^e édition au CNIT-La Défense du 11 au 13 décembre 2013.

Philippe Deruelle et Olivier Graesslin

Brèves du Collège

34

Mai
2013

Thrombose et contraception œstro-progestative

Réponses des collègues nationaux de gynécologues-obstétriciens et de gynécologues médicaux (CNGOF Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, FNCGM Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale), appuyées sur un groupe de travail élargi au Groupe d'Etude de l'Hémostase et de la Thrombose (GEHT) et à la Société Française de Médecine Vasculaire (SFMV).

Les missionnés du GEHT et de la SFMV ont participé à l'élaboration des réponses aux questions relevant de leurs domaines de travail. En conséquence, ils ne se positionnent pas sur les questions 2 et 3.

La survenue d'une thrombose en rapport avec une contraception hormonale œstro-progestative est un accident peu fréquent mais potentiellement grave. Les évolutions de la contraception hormonale œstro-progestative se sont faites dans le sens d'une réduction des doses d'œstrogènes et du renforcement de la puissance gonado-inhibitrice du progestatif dans le but de réduire la fréquence des accidents thrombotiques et d'améliorer la tolérance, et donc l'observance. Cependant, les études épidémiologiques récentes (2011-2012), venant corroborer les résultats d'autres études, ont amené l'ANSM et la HAS à publier une fiche de Bon Usage des Médicaments recommandant la prescription de contraceptifs œstro-progestatifs de 1^{re} ou 2^e génération de préférence à ceux de 3^e génération (juin 2012). Par ailleurs, le ministère de la Santé a décidé de supprimer la prise en charge par l'Assurance maladie des pilules de 3^e génération, en fixant la date de cette suppression à septembre 2013, date qui a été par la suite avancée à mars 2013, à la suite d'une vague d'interrogations médiatiques qui a suivi le dépôt de plaintes de patientes contre l'industrie pharmaceutique et les autorités sanitaires.

1. Quelle est la fréquence de survenue des accidents thrombo-emboliques associés à la prise d'une contraception œstro-progestative ?

Les études, le plus souvent étrangères, font état d'une prévalence des états thrombotiques de l'ordre de 0,02 à 0,04 % utilisatrices/an. Néanmoins, le manque de données précises sur le nombre exact d'accidents et leurs caractéristiques cliniques rend indispensable la mise en place d'une étude épidémiologique nationale.

Il est important de souligner les points suivants :

- Le risque relatif de faire une thrombose veineuse est plus important chez la femme que chez l'homme. Il est multiplié par deux ou trois en cas de contraception œstro-progestative (quel que soit le mode d'administration : oral, percutané ou vaginal). Il y a un surcroît de risque avec la prise d'une contraception œstro-progestative de 3^e génération par rapport à celle de 2^e génération. Ce risque reste inférieur de moitié au risque relatif induit par la grossesse.
- Le risque de thrombose artérielle (AVC, infarctus du myocarde) est inférieur chez la femme en âge de procréer par rapport à l'homme. La contraception œstro-progestative augmente le risque, surtout quand s'ajoutent des éléments de susceptibilité individuelle (maladie familiale, âge, tabac, HTA, diabète, dyslipidémie). Il ne semble pas qu'il y ait un surcroît de risque de thrombose artérielle dû aux contraceptifs de troisième génération comparés à ceux de deuxième génération (Lidegaard, NEJM, 2012).

2. Y a-t-il un avantage à prescrire un œstro-progestatif de troisième génération plutôt que de deuxième ?

Il n'a pas été démontré d'avantage certain sur le plan de la tolérance clinique et métabolique à prescrire un œstro-progestatif de 3^e génération plutôt que de 2^e génération avec les dosages faibles d'éthinyl estradiol qui sont disponibles actuellement.

3. Quelle est la position des professionnels vis-à-vis de la prescription des contraceptifs œstro-progestatifs de troisième génération ?

- La recommandation de l'ANSM de prescrire en première intention une deuxième génération plutôt qu'une troisième génération est valide et doit être respectée.
- La décision de supprimer le remboursement des contraceptifs de troisième génération relève de la politique de santé. Nous nous interrogeons

cependant sur le non-remboursement de certaines alternatives à la contraception œstro-progestative. Il est important de mettre à la disposition des femmes le plus large éventail possible de choix contraceptifs afin que les besoins individuels puissent être assurés du mieux possible.

- Le retrait de l'autorisation de mise sur le marché des contraceptifs œstro-progestatifs de troisième génération empêcherait le recours à des galéniques non orales ou à l'utilisation des contraceptifs de troisième génération dans des circonstances d'intolérance, après avoir analysé la balance bénéfice/risque. En l'absence d'alternative, il faut garder à l'esprit que la survenue d'une grossesse non désirée est toujours porteuse d'un surcroît de risque par rapport à n'importe quel type de contraception.

4. Quels moyens préventifs faut-il recommander pour éviter de prescrire un contraceptif œstro-progestatif à une patiente dont le risque de faire un accident thrombotique serait plus élevé que la moyenne ? Un bilan préalable d'hémostase permettrait-il d'améliorer le dépistage des facteurs de risque ?

L'interrogatoire est depuis longtemps souligné comme essentiel. Il doit s'attacher à rechercher attentivement tous les accidents thrombo-emboliques veineux, mineurs ou pas, qui auraient pu se produire antérieurement, quelles que soient les circonstances (grossesse, immobilisation prolongée, alitement, etc...) chez la personne concernée mais aussi dans sa famille proche (parents, frères et sœurs).

En raison de l'importance de cet interrogatoire, le groupe de travail se propose de publier un interrogatoire normalisé de façon à aider les prescripteurs à rechercher les facteurs de risque individuels avant la prescription d'une contraception œstro-progestative.

Un accident thrombotique personnel antérieur est une contre-indication absolue et définitive à la prise d'une contraception œstro-progestative, quels que soient les résultats des tests biologiques.

Le bilan de thrombophilie (recherche d'un facteur biologique de risque de thrombose) ne doit pas être prescrit systématiquement. Les indications de ce bilan ont été précisées et argumentées sous forme de recommandations professionnelles en 2009, en particulier avant la prescription d'une contraception œstro-progestative.

En effet, de nombreux facteurs de prédisposition sont susceptibles de moduler l'effet thrombogène des contraceptions œstro-progestatives. La maladie thrombo-embolique veineuse est une maladie multifactorielle. La majorité des événements thrombo-emboliques survient chez des femmes n'ayant pas de thrombophilie.

Il n'y a pas d'étude en France qui permette de quantifier le nombre d'accidents thrombotiques qui seraient évités par la réalisation d'un bilan systématique de thrombophilie. En revanche, un grand nombre de patientes se verraient exclues de la contraception œstro-progestative pour un risque incertain, tandis que d'autres, sans anomalie biologique, feront quand même un accident.

5. Propositions pour une amélioration des pratiques

- Diffusion large de ces réponses aux membres de nos collègues professionnels et de nos sociétés savantes (sites internet, lettres d'information, courriers individuels, intervention aux journées annuelles...).
- Organisation d'actions de DPC sur « la prescription d'une contraception » destinées à tous les prescripteurs potentiels.
- Mise au point d'un interrogatoire normalisé qui permette de réduire le risque de passer à côté d'un antécédent thrombotique personnel ou familial.
- Information des médecins et des patientes sous pilule sur les précautions complémentaires qu'il convient de prendre dans certaines situations afin d'éviter le cumul des facteurs de risque (voyage aérien, immobilisation, plâtre, intervention chirurgicale...).
- Réévaluer la balance bénéfices/risques et le service médical rendu de certaines associations œstro-progestatives non autorisées en contraception et dont le risque de thrombose est le plus élevé.
- Enquête épidémiologique nationale et travail sur un score clinico-biologique permettant de prédire efficacement le risque individuel.

Références complètes sur www.cngof.asso.fr

Directive qualité : contenu minimum obligatoire d'un compte-rendu de césarienne

1. Préambule

Le travail a été réalisé à la demande des membres du conseil d'administration du CNGOF. L'objectif était d'avoir un contenu minimal non exhaustif à attendre dans un compte-rendu opératoire de césarienne (CROP).

Le groupe de travail a été constitué par le CNGOF après appel à volontaires parmi ses membres.

Cette directive qualité s'adresse aux professionnels réalisant des césariennes, quel que soit le type du support du compte-rendu utilisé (feuille blanche, dossier papier structuré ou dossier informatisé).

Cette démarche participe à l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers au sein de notre discipline et répond aux exigences nationales réglementaires. Elle favorise aussi l'alimentation du dossier médical personnel (DMP) de la mère et des dossiers communicants des réseaux de santé en périnatalité. La communication entre professionnels et entre professionnels et usagers devrait en bénéficier.

2. Données administratives obligatoires devant figurer dans le compte-rendu opératoire de la césarienne

Le compte-rendu doit comporter le nom et les coordonnées de l'établissement.

Le compte-rendu doit être concis et précis. Il doit comporter par ailleurs :

- les noms (dont nom de naissance) et prénom de la patiente ;
- la date de naissance de la mère ;
- la date d'intervention ;
- le nom du ou des opérateurs (avec leur grade ou statut) et des aides ;
- le nom du ou des anesthésistes (avec leur grade ou statut).

3. Contenu médical du compte-rendu

3.1 Indication

Les informations suivantes doivent être disponibles dans le CROP :

- la gestité et la parité de la patiente ;
- le nombre de cicatrices utérines éventuelles ;
- le terme au moment de la césarienne (en semaines d'aménorrhée et jours selon la convention du CNGOF, par exemple : 41⁺⁰ SA) ;
- le moment de la césarienne (programmée avant travail, programmée en travail, en urgence avant travail, en urgence pendant le travail). Le degré d'urgence doit être précisé. En cas de césarienne en urgence, préciser la dilatation du col ;
- préciser si un déclenchement était en cours et le moment de la rupture des membranes ;
- les raisons motivant la césarienne doivent être décrites, y compris s'il s'agit d'une

demande maternelle (la césarienne sur demande correspond à une césarienne souhaitée par la femme enceinte en l'absence d'indications médicales ou obstétricales).

3.2 Description de la césarienne

- Type et moment de l'antibioprophylaxie.
- Type d'anesthésie.
- Type du sondage vésical (à demeure ou non).
- Type d'abord pariétal : Joël Cohen, Pfannenstiel, Mouchel (transversale avec section des muscles grands droits), médiane sous-ombilicale, vaginale.
- Préciser les éventuelles difficultés ou particularités de l'abord utérin et si un décollement vésical a été réalisé.
- Type d'hystérotomie : segmentaire transversale, segmentaire longitudinale exclusive, segmento-corporéale, corporéale. Expliciter les difficultés éventuelles.
- Liquide amniotique :
 - aspect : clair, teinté fluide, méconial fluide, méconial épais, sanglant ;
 - quantité : normale, oligoamnios, hydramnios.
- Extraction :
 - présentation : céphalique, siège, transverse ;
 - difficultés éventuelles et manœuvres manuelles ou instrumentales ;
 - sexe enfant : masculin, féminin, indéterminé ;
 - Apgar à 1 min, à 5 min et à 10 min ;
 - poids (en g) ou non pesé car mutation ou transfert immédiat ;
 - pH artériel ombilical, à défaut pH veineux.
- Délivrance : dirigée (oui, non), manuelle (oui, non). Révision utérine. Si dirigée : produit, dose et voie d'administration.
- Hystérorraphie :
 - décrire le type de suture sur l'hystérotomie et sur les déchirures éventuelles (surjet, points en X, simples séparés ; ou un deux plans) ;
 - le type de fils utilisés (marque et calibre).
- Vérification des annexes et de l'utérus : normalité ou anormalité (à décrire).
- Toilette péritonéale.
- Fermeture du péritoine vésico-utérin :
 - non-fermeture du péritoine vésico-utérin ;
 - fermeture du péritoine vésico-utérin (si oui, type de fil et type de suture).
- Fermeture du péritoine pariétal : non, oui (si oui, type du fil et type des points).
- Qualité de l'hémostase en fin d'intervention.
- Compte des compresses.
- Fermeture aponévrotique :
 - type de suture et type des fils.
- Drainage sous aponévrotique :
 - absence de drainage sous aponévrotique ;

- drainage sous-aponévrotique par des drains aspiratifs ou non.

- Fermeture cutanée :
 - agrafes ou suture (surjet ou points séparés de Blair Donatti, surjet intradermique) et types de fils (marque et calibre).
- Aspect des urines en fin d'intervention.
- Volume total des pertes sanguines estimées en fin de césarienne. Transfusion (oui, non. Si oui, types et quantité des produits).
- Qualité du globe utérin.
- Aspect macroscopique du placenta et du cordon (notamment anomalie de longueur).
- Examen anatomopathologique ou bactériologique demandé.

3.3 Horodatage

- Heure de la décision en cas de césarienne en urgence.
- Heure de l'incision cutanée.
- Heure de la naissance.
- Heure de fin d'intervention ou durée d'intervention (en min).

3.4 Proposition éventuelle pour prochaine grossesse

Noter éventuellement une conduite à tenir préconisée pour la grossesse suivante.

4. Validation du compte-rendu opératoire

Tout compte-rendu opératoire diffusé ou archivé doit être validé via une signature de l'opérateur (signature manuscrite ou électronique).

Les comptes-rendus électroniques doivent être bloqués pour ne pas permettre une modification de ceux-ci, ou les modifications électroniques doivent être tracées.

Une copie validée doit être remise à la patiente.

5. Archivage du compte-rendu opératoire

Il fait partie intégrante du dossier médical, dont la conservation est fixée par la loi. L'archivage du compte-rendu de césarienne selon la loi française est de 28 ans et selon les directives européennes de 30 ans.

Références complètes sur www.cngof.asso.fr

Directive qualité :

- Rédigée par :
Pr F. Vendittelli, Pr C. Racinet,
Dr C. Crenn-Hébert, Dr J.-F. Le Digabel
- Vérifiée par :
Pr E. Closset, Dr G. Dauplain,
Dr O. Multon, Pr F. Pierre, Pr O. Sibony
- Validée par :
Les membres du conseil d'administration
du CNGOF (11 janvier 2013)

Le CNPGO bientôt sur rails !

L'évènement est important : la profession, divisée depuis la création d'une gynécologie médicale séparée de la gynécologie-obstétrique, se réunit au sein d'un conseil national professionnel (CNP) commun. Il sera l'interlocuteur de la Haute Autorité de santé, de la Fédération des spécialités médicales et des autorités sanitaires en général. Il aura un rôle important à jouer dans la mise en place et la régulation du DPC dans notre discipline.

Le Conseil national professionnel de gynécologie et obstétrique (CNPGO) répond à la définition d'un CNP qui se doit de réunir sans exclusive toutes les sociétés et personnes morales qui structurent notre discipline. Il sera composé d'une assemblée générale de 20 membres répartis en trois collèges (collège fédératif scientifique, collège syndical, collège général). Les membres désignés par le CNGOF (six gynécologues-obstétriciens et deux gynécologues médicaux) représenteront les sociétés suivantes qui se sont fédérées autour du CNGOF :

- AUDIPOG ;
- Fédération des CPDPN ;
- Fédération française des réseaux de santé en périnatalité ;
- GEMVI (Groupe d'étude sur la ménopause et le vieillissement hormonal) ;
- GROG (Groupe de recherche en obstétrique et gynécologie) ;
- GSF (Gynécologie sans frontières) ;
- SCGP (Société de chirurgie gynécologique et pelvienne) ;
- SFCPCV (Société française de colposcopie et pathologie cervico-vaginale) ;
- SFGP (Société française de gynéco-pathologie) ;
- SFMP (Société française de médecine périnatale).

Il est encore temps pour d'autres sociétés de rejoindre le mouvement afin de participer elles aussi à la création de cette maison commune.

Parrainages

Vous organisez une réunion scientifique, un congrès, un symposium, et vous désirez le faire approuver par le CNGOF en apposant le logo « CNGOF » sur la brochure d'annonce ?

Voici la procédure à suivre :

- Vous adressez votre programme au Professeur Michel Dreyfus (dreyfus-m@chu-caen.fr) et au Professeur Gérard Lévy (gerard.saintdonat@free.fr).
- Ils vérifient que le programme remplit les critères qui déclenchent l'approbation du CNGOF :
 1. Organisation par un membre du Collège.
 2. Participation au programme d'au moins un membre du Collège.
 3. Manifestation régionale ou nationale.
 4. Qualité et cohérence du programme.
- Ils vous répondent sans délai.

En cas de difficulté particulière (rarement), le Conseil scientifique peut être amené à donner son avis.

Directeur de publication :
Pr B. Hédon (Montpellier)
Rédacteur en chef :
Pr Ph. Descamps (Angers)
Conseiller spécial :
Pr J. Lansac (Tours)
Comité de rédaction :
Pr Ph. Deruelle (Lille)
Pr O. Graesslin (Reims)
Conception / réalisation :
Accent Aigu
Webmaster :
B. Michelon
(www.cngof.asso.fr)

Brèves

Prado

Un programme « d'accompagnement à domicile » des jeunes accouchées ne peut qu'être profitable à nos patientes s'il est mis en place avec la concertation indispensable. Faites-nous connaître les difficultés locales que vous rencontrez, notamment si la coordination avec vos équipes n'est pas satisfaisante.

Bernard Hédon

Information trisomie 21

Le document d'information concernant le dépistage de la trisomie 21 a été traduit en sept langues : anglais, arabe, chinois, roumain, russe, turc, vietnamien.

Mis sous le même format que le document français, on peut les imprimer sur une seule feuille recto verso.

Ils sont à votre disposition en PDF sur le site du Collège : www.cngof.asso.fr



Les 37^{es} journées nationales du CNGOF se dérouleront du mercredi 11 au vendredi 13 décembre 2013 au CNIT, Paris-La Défense. Retrouvez le programme détaillé sur le site du CNGOF : www.cngof.asso.fr

37^{ES} JOURNÉES NATIONALES
11 AU 13 DÉCEMBRE 2013
CNIT - PARIS-LA DÉFENSE
COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS

DPC

Le CNGOF est heureux de vous rappeler son programme de DPC. Inscrivez-vous dès maintenant à l'un ou plusieurs des thèmes proposés en vous rendant sur notre site dédié aux DPC : www.miniseminaires.com Vous pourrez y consulter la liste des thèmes, villes et lieux de chaque séminaire, vérifier les places disponibles et, bien sûr, télécharger le programme et le bulletin d'inscription.

Formation en e-learning

Le CNGOF offre à ses adhérents la possibilité de suivre une formation interactive en e-learning à la surveillance du fœtus par l'étude du rythme cardiaque fœtal (RCF). Formation payante au tarif réduit de 95 € pour les membres du CNGOF, pour une licence valable un an. Détails sur le site du CNGOF : www.cngof.asso.fr