

**COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES
ET OBSTÉTRICIENS
FRANÇAIS
&
GROUPE DE RECHERCHE
EN OBSTÉTRIQUE
ET GYNÉCOLOGIE**

**COMMUNICATIONS
ORALES ET POSTERS
EN GYNÉCOLOGIE
ET EN OBSTÉTRIQUE**

2015

C N G O F

Communications libres en obstétrique

Judi 3 décembre 2015 - Salle 300

08h30-11h40 – Communications libres en obstétrique 4

09h50-10h10 – Conférence boursier CNGOF

Prédiction du risque de tumeur trophoblastique
gestationnelle post-molaire : rôle du gène NLRP7
dans la rétention de cellules trophoblastiques
P.A. Bolzé (Lyon)

Communications libres en gynécologie

Vendredi 4 décembre 2015 - Salle G + H

08h30-10h00 – Communications libres en gynécologie - Partie I 21

Pause

10h30-12h10 – Communications libres en gynécologie - Partie II 29

10h30-10h50 – Conférence boursier CNGOF

Dépistage du cancer du col et traitements chirurgicaux des
lésions chez les jeunes femmes âgées de moins de 25 ans à
partir des données de l'assurance maladie de 2007 à 2013
I. Heard (Paris)

Posters commentés

Agora centrale

Mercredi 2 décembre 12h45 à 13h15 (obstétrique) 37

Judi 3 décembre 12h45 à 13h15 (gynécologie) 42

Vendredi 4 décembre 12h45 à 13h15 (gynécologie et obstétrique) 47

Posters 52

Tous les posters sont affichés dans l'espace posters pendant les 3 jours,
du mercredi 2 décembre 8h au vendredi 5 décembre 17h.

08h30-08h40 Aquaporines et membranes fœtales chez la parturiente diabétique : anomalies de l'expression et régulation par l'insuline

D. Gallot¹, D. Bouvier¹, M. Rouzaire¹, G. Marceau¹, V. Sapin¹, B. Pereira¹, A. Vambergue², P. Deruelle², I. Fajardy², L. Blanchon¹

1. CHU Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France

2. CHU Lille, Lille, France

Correspondance : dgallot@chu-clermontferrand.fr

Introduction. Tout au long de la grossesse, les aquaporines (AQP) exprimées au sein des membranes fœtales sont essentielles pour assurer l'homéostasie du volume de liquide amniotique (LA), mais leur régulation par l'insuline n'a jamais été explorée chez les femmes diabétiques. Le but de notre étude était de préciser le rôle des AQPs 1, 3, 8 et 9 au sein des membranes fœtales chez des parturientes diabétiques et d'étudier la régulation de leur expression par l'insuline.

Méthodes. À partir de 129 membranes fœtales réparties en 4 groupes (36 contrôles, 35 diabètes de type 1 (DT1), 17 diabètes de type 2 (DT2) et 41 diabètes gestationnels (DG)), le profil d'expression qualitatif et quantitatif des aquaporines a été étudié. La régulation de l'expression et de la fonction des aquaporines 3 et 9 par l'insuline a été étudiée par des expériences de qRT-PCR et de tests ELISA sur des explants d'amnion cultivés en présence d'insuline. L'impact de l'insuline sur la fonction de ces mêmes aquaporines au sein de l'amnion a été étudié grâce à un test au glycérol tritié. Enfin, en utilisant un inhibiteur spécifique de la phosphatidylinositol-3phosphate (PI3K), la cascade de signalisation intracellulaire de l'insuline a été analysée.

Résultats. L'expression de l'aquaporine 3 (ARNm et protéines) est significativement plus faible dans les groupes DT2 et DG. Au sein d'explants de membranes fœtales de patientes non diabétiques, nous avons démontré au sein de l'amnion une répression significative de l'expression des ARN et des protéines des aquaporines 3 et 9 couplée à une baisse du transfert de glycérol tritié (non significatives au sein du chorion). Enfin, après avoir établi que la cascade de signalisation de l'insuline était fonctionnelle au sein de l'amnion, il a été démontré que l'ajout d'un inhibiteur de PI3K s'opposait à la répression des ARN de ces deux aquaporines.

Conclusions. Au sein des membranes fœtales, la répression de l'expression et de la fonction de l'aquaporine 3 observée *in vivo* est la conséquence de l'hyperinsulinisme connu chez les patientes atteintes de DT2 ou de DG. Ainsi, au sein des membranes fœtales, ce lien entre AQP et insuline apporte donc une nouvelle explication physiopathologique (comme déjà décrit chez le fœtus, la mère et au sein du placenta) aux anomalies décrites concernant l'homéostasie du liquide amniotique rencontrées durant la grossesse chez les patientes diabétiques.

08h40-08h50 Auto-évaluation versus évaluation par un expert des clichés d'échographie de biométrie fœtale (essai SAVE US)

S. Jaudi¹, S. Tezenas du Montcel², N. Fries³, L. Chevalier², A. Daher⁴, M. Dommergues⁵

1. Pitié Salpêtrière, APHP - Pierre Rouquès, Les Bluets, Paris, France
 2. Biostatistiques, Pitié Salpêtrière, APHP - UPMC, Paris, France
 3. CFEF, Montpellier, France
 4. Gynécologie-obstétrique, Pitié Salpêtrière, APHP, Paris, France
 5. Gynécologie-obstétrique, Pitié Salpêtrière, APHP - UPMC, Paris, France
- Correspondance : suhaaj@hotmail.com

Objectif. Comparer l'amélioration de la qualité des clichés échographiques de biométrie fœtale après auto-évaluation à celle après évaluation par un expert.

Matériels et méthodes. Essai prospectif randomisé contrôlé en aveugle. Identifiant Clinical Trials.gov: NCT02074592. Des échographistes volontaires ont téléchargé une première série de 30 clichés de biométrie (10 BIP/PC, 10 PA, 10 LF) issus de 10 examens échographiques consécutifs de dépistage. Ils ont été randomisés avec un ratio de 1:1. Bras 1 : les échographistes ont auto-évalué leurs clichés en ligne et ont reçu un rapport d'évaluation didactique automatique. L'évaluation des clichés par l'expert n'a pas été rendue. Bras 2 : un expert a évalué les clichés avec envoi automatique du rapport d'évaluation. Les rapports d'évaluation fournissaient le pourcentage de clichés satisfaisant tous les critères (% CST). Chaque fois qu'un critère n'était pas satisfait, une fenêtre montrait l'image correspondante avec des recommandations pour l'amélioration. Trois à 6 mois plus tard, les échographistes ont téléchargé une deuxième série de 30 clichés, évalués par un expert. Cet essai a eu l'accord du CPPRB Ile-de-France VI.

Résultats. Dans le groupe auto-évaluation ($n = 152$), le % CST a augmenté de 55,1 à 62,2 ($p < 0,0001$) entre la première et la deuxième série de clichés. Dans le groupe évaluation par l'expert ($n = 177$), il a augmenté de 54,2 à 59,1 ($p < 0,0001$). L'amélioration de la qualité des clichés était équivalente dans les deux groupes. La différence d'augmentation des % CST entre auto-évaluation et évaluation par l'expert a été de 2,1 (IC 95 % = -1,9 à 6,2), ce qui se situe entre les marges ($\pm 6,67$) d'équivalence avec un risque alpha bilatéral de 5 % et une puissance de 80 %.

Conclusions. L'amélioration de la qualité des clichés biométriques après auto-évaluation a été significative et équivalente à celle après évaluation par un expert. L'auto-évaluation, moins coûteuse, serait à préférer en formation continue.

08h50-09h00 Délai entre 2 transfusions *in utero* : doit-on se baser sur le calcul de la consommation de l'hémoglobine ou sur la vitesse moyenne du pic systolique de l'artère cérébrale moyenne ?

L. Ghesquière¹, C. Garabedian¹, H. Behal², P. Vaast¹, C. Coulon¹, B. Wibaut³, V. Debarge¹

1. Département d'obstétrique, hôpital Jeanne de Flandre, CHRU Lille, 59000 Lille, France

2. Département de biostatistiques, université Lille Nord de France, Lille, France

3. Institut d'hématologie et de transfusion, hôpital Jeanne de Flandre, CHRU Lille, Lille, France

Correspondance : louise.ghesquiere@etu.univ-lille2.fr

Introduction. La sensibilité et la spécificité de la mesure du pic systolique de la vitesse moyenne de l'artère cérébrale moyenne (VSM) sont excellentes pour la première transfusion *in utero* (TIU) mais la difficulté repose dans le timing des gestes suivants. Notre objectif était de déterminer le meilleur outil entre l'utilisation de la VSM et le calcul de l'hémoglobine consommée pour prédire la récurrence d'anémie fœtale après une TIU.

Matériel et méthodes. Étude rétrospective incluant 38 patientes ayant eu au moins 2 TIU dans un contexte d'allo-immunisation érythrocytaire. Les VSM avant la 1^{re}, 2^e et 3^e TIU étaient relevées et l'hémoglobine attendue était calculée selon différentes formules de consommation d'hémoglobine par jour proposées dans la littérature.

Résultats. Les sensibilités et valeurs prédictives positives de la VSM étaient respectivement de 100 % et 88 % à la 1^{re} TIU, 90 % et 77,1 % lors de la 2^e et 90 % et 40,9 % lors de la 3^e TIU. L'analyse en régression linéaire entre la consommation attendue pour chaque formule et la consommation réelle observée ne retrouve pas de corrélation significative pour la TIU 2 ($p = 0,14$) à l'inverse de la TIU 3 ($p = 0,83$). La comparaison des courbes ROC de la VSM et des différentes consommations ne retrouve pas de différence significative entre la 1^{re} et la 2^e TIU. Par contre entre la 2^e et 3^e TIU, on retrouve une différence significative avec une meilleure prédiction de l'anémie fœtale par le calcul de la consommation, et ce quelle que soit la formule.

Conclusion. Après la première TIU, la VSM et le calcul de la consommation ont la même efficacité pour prédire l'anémie. À l'inverse, après 2 TIU, l'utilisation d'une formule de calcul permet une meilleure prédiction que la VSM.

09h00-09h10 Simulation de l'échographie du premier trimestre : un nouveau moyen d'accréditation

A. Gueneuc¹, N. El hajal¹, V. Bernardi², Y. Ville¹, G. Chalouhi¹

1. Service d'obstétrique et de médecine fœtale, hôpital Necker-Enfants-malades, Paris, France

2. Département de la femme et de l'enfant, Università degli Studi di Padova, Padova, Italie

Correspondance : alexguene@hotmail.fr

Objectif. Tester le simulateur d'échographie obstétricale dans l'évaluation des étudiants pour l'échographie du premier trimestre.

Méthode. Des échographistes ont été recrutés parmi les participants à l'examen du DIU de médecine fœtale. Ces derniers étaient tous diplômés en échographie obstétricale et possédaient un logbook d'images d'échographies du premier trimestre. Il leur a été demandé de réaliser une échographie du premier trimestre sur un simulateur interpolatif. Les étudiants devaient obtenir des clichés de mesure de la longueur crano-caudale (LCC) et de la clarté nucale (CN). Un score était attribué aux images de chacun des participants. Nous avons utilisé le score de Hermann pour l'évaluation des images de la CN (0-9 points) et le score proposé par Salomon *et al.* pour la LCC (0-6 points). Les images de la LCC et de la CN provenant de leurs registres ont été évaluées de la même façon.

Résultats. Nous avons recruté 17 échographistes (âge moyen 33 ans, 12 médecins et 5 sages-femmes). Les valeurs de la CN variaient de 0,6 à 1,4 mm avec une majorité entre 0,8 et 1,1 mm. Les mesures de la LCC variaient entre 54 et 56 mm avec une majorité entre 57 et 58 mm. Vingt images de LCC et CN provenant des registres des 10 étudiants ont été analysées. Les scores obtenus par le simulateur et les registres étaient comparables ($p = 0,2$).

Conclusions. Le simulateur d'échographie obstétricale permet à l'examineur une évaluation selon les mêmes critères que ceux employés pour les images acquises sur les patientes. Nos résultats montrent une corrélation entre les scores obtenus par les candidats dans ces deux situations. La simulation en échographie obstétricale pourrait présenter un réel avantage dans l'évaluation et l'accréditation en échographie du premier trimestre.

09h10-09h20 Validité de construit de la simulation en échographie obstétricale (évaluation de sa capacité de distinction des différents niveaux de compétence)

A. Gueneuc¹, N. El hajal¹, V. Bernardi², I. Houssin¹, Y. Ville¹, G. Chalouhi¹

1. Service d'obstétrique et de médecine fœtale, hôpital Necker-Enfants-malades, Paris, France

2. Département de la femme et de l'enfant, Università degli Studi di Padova, Padova, Italie

Correspondance : alexguene@hotmail.fr

Objectif. Évaluer la capacité de la simulation en échographie obstétricale à distinguer plusieurs niveaux de performance.

Méthode. Nous avons recruté 4 groupes de personnes de niveaux d'expérience et de compétence en échographie obstétricale croissants : 20 externes en médecine générale (niveau initiation : groupe 1), 29 participants à l'examen pratique du DIU d'échographie fœtale (niveau novice : groupe 2), 26 participants soutenant le mémoire du DU de médecine fœtale (niveau perfectionnement : groupe 3) et 8 sages-femmes échographistes travaillant dans un centre de dépistage d'échographie fœtale (niveau expert : groupe 4). Tous les participants ont utilisé un simulateur génératif en échographie obstétricale pour réaliser les 3 coupes biométriques (BIP/PC, PA, LF) de l'examen du 2^e trimestre selon les recommandations du CTE (comité technique d'échographie). Les groupes 2, 3 et 4 ont complété l'examen avec 6 autres coupes anatomiques. Toutes les coupes ont ensuite été analysées et notées selon les critères de qualité établis. Nous avons ensuite comparé les scores obtenus entre les différents groupes.

Résultats. Le score moyen (\pm écart-type) obtenu pour les 3 coupes biométriques (note sur 16) était respectivement de 14,4 (\pm 1,23), 14,5 (\pm 1,57), 15 (\pm 1,17) et 15,7 (\pm 0,57) pour les groupes 1, 2, 3 et 4 avec une différence significative entre eux ($p < 0,001$). Pour les groupes 2, 3 et 4, les scores moyens pour les 9 coupes anatomiques du CTE (note sur 47) étaient respectivement de 39,34 (\pm 2,16), 40,12 (\pm 4,76) et 45,66 (\pm 1,29) avec une différence significative entre les trois groupes ($p < 0,001$). Le score augmentait de façon linéaire avec le niveau de compétence.

Conclusion. La réalisation sur le simulateur des coupes recommandées par le CTE permet de distinguer différents niveaux de compétences. Cette étude prouve la validité de construit de cet outil qui pourrait constituer une méthode valide d'évaluation des compétences en échographie obstétricale.

09h20-09h30 Programmation des césariennes à 38 semaines après corticothérapie de maturation pulmonaire

N. Sananes¹, A. Koch¹, P. Kuhn¹, G. Aissi¹, A. Bakri², G. Fritz¹, A. Gaudineau¹, I. Nisand¹, R. Favre¹, B. Langer¹

1. Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France

2. Centre hospitalier de Haguenau, Haguenau, France

Correspondance : nicolas.sananes@chru-strasbourg.fr

Césarienne à 38 semaines d'aménorrhée après corticothérapie contre césarienne à 39 semaines d'aménorrhée : essai randomisé contrôlé.

Objectifs. La programmation des césariennes est recommandée à partir de 39 semaines d'aménorrhée (SA) afin de limiter la morbidité respiratoire néonatale. Environ 14 % de patientes se mettent en travail entre 38 et 39 SA ce qui implique la réalisation d'une césarienne en urgence, responsable d'une augmentation de la morbidité materno-fœtale. L'objectif principal de notre étude était de comparer la morbidité respiratoire néonatale en cas de césarienne programmée à 38 SA après une cure de corticoïdes avec celle lors d'une césarienne à 39 SA.

Matériels et méthodes. Il s'agit d'un essai randomisé contrôlé qui s'est déroulé entre 2007 et 2013 dans des maternités de niveau 2 et 3. Les patientes avec une indication de césarienne programmée ont été incluses. Le critère principal d'analyse était l'hospitalisation pour détresse respiratoire définie par une fréquence respiratoire supérieure à 60, un score de Silvermann positif et la nécessité d'un support ventilatoire. L'étude a été autorisée par le CPP Est III et enregistrée sur clinicaltrials.gov (#NCT00446953).

Résultats. Un total de 101 patientes ont été incluses dans le groupe testé et 107 dans le groupe témoin. Deux (2,0 %) nouveau-nés du groupe testé ont été hospitalisés pour détresse respiratoire néonatale, contre 4 (3,7 %) dans le groupe témoin ($p = 0,69$). Il n'y avait pas de différence statistiquement significative en termes de SpO₂ inférieure à 90 % dans les 2 heures après l'accouchement, ni de nécessité d'intervention médicale en salle de naissance. Il y avait moins de césariennes en urgence dans le groupe testé que dans le groupe contrôle : 11 (10,9 %) contre 25 (23,4 %), $p = 0,02$.

Conclusion. Notre étude exploratoire suggère que l'injection de corticoïdes pourrait permettre de programmer les césariennes à 38 SA sans augmenter le risque de détresse respiratoire. D'autres études avec de plus larges effectifs sont nécessaires.

09h30-09h40 La prise en charge active de la cholestase intrahépatique gravidique est-elle préjudiciable pour la mère et l'enfant ?

C. Arthuis, H. Lorphelin, E. Simon, F. Perrotin

CHU Tours, Tours, France

Correspondance : chloearthuis@gmail.com

Objectif. Évaluer la morbidité maternelle et néonatale de la cholestase intrahépatique gravidique.

Méthodes. Étude cas-témoins incluant les grossesses monofœtales compliquées de cholestase gravidique (prurit et sels biliaires (SB) ≥ 10 mol/l) prises en charge entre 2006 et 2014 dans un CHU. Chaque cas a été apparié à 4 témoins sur l'âge maternel, la date d'accouchement, la parité et l'absence de cholestase. La morbidité maternelle était évaluée par la voie d'accouchement, les taux d'hémorragies du post-partum (HPP) et de transfusion. L'état néonatal était évalué par la mort fœtale *in utero* (MFIU), le pH à la naissance, le liquide amniotique méconial, l'Apgar à 5 minutes, la détresse respiratoire, l'intubation, l'admission en réanimation et le décès périnatal. Les deux populations ont été comparées par un modèle de régression linéaire mixte ou une régression logistique conditionnelle. Parmi les cholestases, trois groupes ont été réalisés selon le taux de SB.

Résultats. Aucune MFIU n'a été retrouvée parmi les 140 cholestases et les 560 contrôles analysés. Les cholestases étaient mineures : 83 (59,3 %) cas ($10 \leq SB \leq 39$ mol/l), modérées : 46 (32,8 %) cas ($40 \leq SB \leq 99$ mol/l) et majeures : 11 (7,9 %) cas ($SB \geq 100$ mol/l). Le terme médian d'accouchement des cholestases était de 38 SA (37–38) et de 40 SA (39–40) pour les témoins ($p < 0,001$). Le taux de césarienne pendant le travail était comparable ($p = 0,457$). Le taux d'HPP était deux fois plus important pour les cholestases ($p = 0,002$), sans anomalies de la coagulation associée. Les taux de détresse respiratoire ($p < 0,001$), d'intubation ($p = 0,009$) et d'admission en réanimation ($p = 0,018$) étaient également significativement plus élevés dans la population de cholestase. Il n'y avait pas de différence sur l'état acido-basique néonatal ($p = 0,199$).

Conclusion. L'induction du travail à 38 SA lors d'une cholestase s'accompagnait d'une augmentation du risque d'HPP pour la mère, et de détresse respiratoire et d'admission en réanimation pour les nouveau-nés.

09h40-09h50 Effets de la supplémentation orale en citrulline sur l'adaptation placentaire dans un modèle animal de retard de croissance intra-utérin

N. Tran¹, A. Bourdon¹, E. Misbert², V. Amarger¹, P. Parnet¹, N. Winer², D. Darmaun¹

1. UMR 1280 PHAN, Nantes, France

2. Service de gynécologie-obstétrique - CHU de Nantes, Nantes, France

Correspondance : nhat-thang.tran@univ-nantes.fr

Objectif. Le retard de croissance intra-utérin (RCIU), défini par un poids de naissance inférieur au 10^e percentile pour un âge gestationnel donné, prédispose à une morbi-mortalité accrue en période périnatale et à un risque plus élevé de syndrome métabolique et diabète de type 2 à l'âge adulte. Il n'existe à ce jour aucun traitement curatif. Nous avons montré récemment qu'une supplémentation maternelle en citrulline stimule la croissance foetale dans un modèle de RCIU induit chez la rate gestante. Cet effet pourrait impliquer des facteurs de croissance au niveau placentaire. L'objectif de ce travail était d'établir si la citrulline en prénatal pouvait améliorer la croissance foetale et l'efficacité fonctionnelle du placenta.

Matériel et méthodes. Dès le 1^{er} jour de gestation, 2 groupes de rates (n = 6/groupe) ont été nourries soit par un régime témoin (20 % de protéines, NP) soit par un régime restreint (4 % de protéines, LP), et un 3^e groupe a reçu un régime LP supplémenté en citrulline per os (2 g/kg/j, LP-CIT). Les rates ont été sacrifiées au 15^e (G15) ou au 21^e (G21) jour de gestation et les fœtus et placentas prélevés. L'analyse de l'expression des gènes du placenta a été réalisée par qPCR.

Résultats. La restriction maternelle en protéine a produit à G21 une réduction de poids foetal, et l'administration de CIT a augmenté le poids foetal de 6 % (p < 0,001). L'efficacité placentaire, calculée par le rapport de masse fœtus/placenta, était améliorée dans le groupe LP-CIT à partir du G15 et maintenue jusqu'à G21 (*versus* LP, p < 0,001). Le gène IGF2 était surexprimé dans le groupe LP-CIT dès G15 (p < 0,05), ainsi que les gènes VEGF et VEGFR-1, impliqués dans la voie de l'angiogenèse (*versus* NP, p < 0,001).

Conclusion. Ces résultats confirment que la supplémentation en citrulline pendant la gestation atténue le RCIU dans ce modèle murin. Nos résultats montrent que l'efficacité placentaire s'améliore lors de la supplémentation en citrulline à G15. Cet effet pourrait être médié par IGF-2, acteur essentiel de la croissance foetale et pourrait impliquer l'activation de gènes clés de l'angiogenèse.

10h10-10h20 Risque de morbidité maternelle sévère chez les femmes migrantes : une étude française en population

Z. Stewart, E. Azria, M. Bouvier-Colle, C. Deneux-Tharaux

Inserm U1153 - Épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique (équipe EPOPé) - Centre de recherche en épidémiologie et statistiques Sorbonne Paris Cité - DHU risques et grossesse, université Paris Descartes, Paris, France

Correspondance : zelda.stewart@hotmail.com

Objectifs. Étudier l'association entre pays de naissance et MMS en France, globalement et par cause.

Matériels et méthodes. Étude cas-témoins en population. La population source est issue de l'étude EPIMOMS menée dans 117 maternités de 6 régions françaises en 2012-2013, soit 182 300 accouchements. Les cas étaient 2 615 femmes avec un évènement de MMS selon la définition multicritère d'EPIMOMS. Les 3 651 témoins étaient un échantillon aléatoire de femmes sans MMS ayant accouché dans les mêmes maternités. Le pays de naissance a été considéré en 3 catégories : France, pays d'Afrique subsaharienne, et pays d'Afrique du Nord. Les associations entre pays de naissance et MMS ont été étudiées par régression logistique multivariée. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique de l'Inserm.

Résultats. Par rapport aux femmes nées en France, le risque global de MMS était plus élevé chez les femmes nées en Afrique subsaharienne (OR brut = 2,2 IC 95 % [1,7-2,7]). Ce sur-risque persistait après ajustement sur l'âge, l'IMC, les antécédents médicaux et obstétricaux, les complications de la grossesse et la régularité du suivi prénatal (ORa = 1,8 IC 95 % [1,4-2,4]). Ce sur-risque existait pour chacune des principales causes de MMS : complication hypertensive (OR brut = 2,8 IC 95 % [2,1-3,8]), infection (OR brut = 3,6 IC 95 % [1,5-8,4]), et hémorragie obstétricale (OR brut = 1,9 IC 95 % [1,7-2,2]). Il n'était pas modifié par l'ajustement sur les caractéristiques des femmes, et du travail, mais le déroulement de la grossesse (complications et suivi prénatal irrégulier) expliquait partiellement le sur-risque de complication hypertensive et de sepsis. En revanche le risque de MMS des femmes d'Afrique du Nord n'était pas différent de celui des femmes nées en France.

Conclusion. En France, les femmes nées en Afrique subsaharienne sont à risque accru de MMS, globalement et pour chacune des principales causes. Ces résultats étayaient l'importance d'optimiser la surveillance prénatale chez ces femmes. Des études futures sont nécessaires pour explorer d'autres hypothèses explicatives.

10h20-10h30 Risque de mortalité maternelle du per/post-partum selon les caractéristiques de la maternité d'accouchement : une étude nationale en France

M. Saucedo¹, M. Bouvier-Colle¹, C. Deneux-Tharaux¹, Comité national d'experts sur la mortalité maternelle²

1. Inserm 1153 -EPOPé Épidémiologie obstétricale, périnatale et pédiatrique, Paris, France

2. CNEMM, Paris, France

Correspondance : monica.saucedo@inserm.fr

Introduction. Les variations de ressources, d'organisation et des pratiques entre maternités pourraient conduire à une adéquation différentielle des soins. Notre objectif était d'étudier l'association entre la mortalité maternelle du per/post-partum (MMPP) et les caractéristiques de la maternité d'accouchement.

Matériel et méthodes. Étude cas-témoins en population. Les cas étaient les MMPP identifiées par l'enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles en 2007-2009. Pour limiter le biais de recrutement, seulement les décès dont la complication ayant conduit au décès n'était pas présente avant l'accouchement ont été inclus (n = 67). Les témoins provenaient de l'enquête nationale périnatale de 2010 (n = 14 681). Le risque de MMPP, associé aux caractéristiques des maternités, statut, type, taille, présence d'un obstétricien (GO) et d'un anesthésiste-réanimateur (AR) 24 h/24, a été estimé par régression logistique multivariée (ORs bruts et ajustés). La proportion de soins non optimaux (jugement du comité national d'experts) des MMPP a été comparée selon les caractéristiques de la maternité d'accouchement.

Résultats. Après ajustement sur les caractéristiques individuelles des femmes, le risque de MMPP était associé au statut privé (ORa 3,5 IC 95 % 1,4-8,5), au type 1 (ORa 2,3 IC 95 % 1,0-5,1), à l'absence de GO 24 h/24 (ORa 1,9 IC 95 % 1,1-3,3) et à l'absence d'AR 24 h/24 (ORa 1,7 IC 95 % 1,0-2,9). Quand plusieurs caractéristiques des maternités étaient prises en compte, seul le statut restait un facteur de risque indépendant de MMPP (ORa pour statut privé 3,0 IC 95 % 1,0-9,2). Lors de l'analyse par cause de décès, le sur-risque portait exclusivement sur les hémorragies du post-partum (HPP). Seul le statut privé était associé au risque de MMPP par HPP (ORa 2,7 IC 95 % 1,0-7,0). La proportion de soins non optimaux des MMPP différait selon le statut de la maternité : 29 % pour les maternités publiques universitaires, 83 % pour les publiques non universitaires, et 74 % pour les privées (p = 0,02).

Conclusion. En France, le risque de MMPP, en particulier par hémorragie, ainsi que la fréquence des prises en charge non adaptées parmi les décès varient en fonction du statut des maternités. Des études qualitatives de l'organisation et des pratiques de soins sont nécessaires pour comprendre les mécanismes explicatifs de ces variations.

10h30-10h40 Pronostic obstétrical et stagnation en phase active du travail : étude rétrospective d'un an dans une maternité de niveau III

D. Gallot, J. Ephrem, B. Pereira, M. Accoceberry, D. Lémery, C. Houlle, L. Bouillet, F. Vendittelli, A. Rossi, S. Cognet

CHU Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France

Correspondance : dgallot@chu-clermontferrand.fr

Introduction. La première cause de césarienne non programmée est la stagnation de la dilatation cervicale. Nous pensons que la stagnation de 2 heures ou plus ne devrait pas compromettre systématiquement un accouchement par voie basse. Notre objectif principal est de définir s'il existe des facteurs pronostiques d'accouchement par voie basse en cas de stagnation de la dilatation.

Patientes et méthodes. Il s'agit d'une étude monocentrique, rétrospective, observationnelle sur l'année 2014 dans la maternité de niveau III du CHU de Clermont-Ferrand. Nous avons inclus les dossiers de 658 patientes à terme (37 à 42 SA) avec un singleton en présentation céphalique ayant stagné au moins une fois pendant la phase active du travail.

Résultats. Quatre-vingt un virgule seize pour cent de nos patientes ont accouché par voie basse. Les utérus cicatriciels ($p < 0,001$), les IMC préconceptionnels élevés ($p < 0,001$), l'ethnie ($p = 0,01$), les déclenchements sur col défavorables ($p < 0,001$) et le nombre de stagnations ($p = 0,001$) favorisent la naissance par césarienne dans cette population. La réalisation d'une courbe ROC à partir de nos données a permis de définir des délais optimaux d'attente en fonction de la dilatation en cas de stagnation. Ces délais sont de l'ordre de 3 heures quel que soit le niveau de stagnation. Nous relevons un taux d'hémorragie de la délivrance de 9,3 % et 0,6 % de dystocie des épaules.

Conclusion. Les travaux du docteur Friedman continuent d'influencer les pratiques cliniques. La progression du travail telle qu'il la définit n'est probablement plus adaptée aux populations actuelles. Nous pensons qu'il est raisonnable de patienter 3 heures en cas de stagnation après 5 cm de dilatation. Cela permet d'augmenter le taux d'accouchement par voie basse et de diminuer parallèlement celui de césariennes sans augmenter de manière importante le taux de complication dans notre population.

10h40-10h50 Maturation cervicale des utérus cicatriciels avec col défavorable : étude comparative randomisée multicentrique du ballonnet supra-cervical *versus* ocytocine (CICATAC)

M. Sarreau¹, S. Ragot², P. Poulain³, B. Fontaine¹, O. Morel⁴, P. Villemonteix⁵, P. Marès⁶, A. Godard⁷, F. Pierre²

1. CH Angoulême, Angoulême, France

2. CHU Poitiers, Poitiers, France

3. CHU Rennes, Rennes, France

4. CHU Nancy, Nancy, France

5. CH Nord de Sèvres, Bressuire, France

6. CHU Nîmes, Nîmes, France

7. CH Chatellerauld, Chatellerauld, France

Correspondance : meliesarreau@hotmail.com

Objectifs. Le but de cette étude était de montrer l'efficacité et l'innocuité de la maturation par ballonnet supra-cervical après une césarienne.

Matériel et méthodes. Il s'agissait d'un essai ouvert randomisé contrôlé multicentrique dans 7 hôpitaux français. Les patientes de plus de 37 SA porteuses d'un utérus unicatriciel, d'une grossesse monofœtale ayant une indication médicale de déclenchement et un score de Bishop ≤ 4 étaient incluses. Dans un groupe une sonde à ballonnet gonflée à 50 cc était mise en place pendant 12 h et dans l'autre une direction du travail à l'ocytocine était réalisée. Les caractéristiques démographiques, modalités d'accouchement et complications materno-fœtales étaient colligées. Cette étude était enregistrée sur clinicaltrial.gov n°NCT01711060.

Résultats. Deux cent quatre patientes ont été incluses : 101 dans le bras ballonnet et 103 dans le bras ocytocine. Le taux d'accouchement par voie basse dans le groupe ballonnet était de 50 % *versus* 37 %. Une stratification sur le score de Bishop, en raison d'une interaction significative ($p = 0,04$), a mis en évidence un taux d'accouchement par voie basse significativement plus élevé chez les femmes du groupe ballonnet dans le sous-groupe présentant un score de Bishop < 4 : 62 % ($n = 41$) *versus* 41 % ($n = 41$) ($p < 0,008$; OR = 2,36 ; IC 95 % [1,25-4,46]). La morbidité materno-fœtale ne différait pas entre les deux groupes : 2 ruptures utérines sous-péritonéales dans le groupe ballonnet et une dans le groupe ocytocine, sans différence significative sur les taux d'endométrite, d'hémorragies, d'acidose ou d'infection néonatale.

Conclusion. La maturation cervicale par ballonnet sur utérus cicatriciel est une méthode efficace chez les femmes présentant un score de Bishop < 4 , sans sur-risque de morbidité materno-fœtale.

10h50-11h00 Bénéfice du clampage tardif du cordon en cas d'allo-immunisation

C. Garabedian¹, T. Rakza², E. Drumez³, M. Poleszczuk², L. Ghesquière², B. Wibaut², M. Depoortère², P. Vaast², L. Storme², V. Houfflin-Debarge²

1. Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU Lille, Lille, France

2. CHRU, Lille, France

3. Département de biostatistiques, CHRU, Lille, France

Correspondance : charles.garabedian@gmail.com

Introduction. De multiples études ont montré les bénéfices du clampage tardif du cordon (CTC) à court et long terme chez le prématuré mais aussi chez le nouveau-né à terme. L'allo-immunisation était une contre-indication dans ces études du fait du potentiel risque accru d'ictère et d'hémolyse. L'objectif de notre travail était d'étudier les potentiels bénéfiques et risques du CTC en cas d'allo-immunisation.

Matériel et méthodes. Il s'agit d'une étude comparative avant/après incluant tous les nouveau-nés suivis après anémie foetale nécessitant une transfusion *in utero* (TIU). Le CTC était défini par un clampage 30 secondes après la naissance.

Résultats. Nous avons inclus une série continue de 72 nouveau-nés : 36 sans CTC (groupe 1) et 36 avec CTC (groupe 2). Les données anténatales (nombre moyen de TIU, âge gestationnel et hémoglobine initiale à la 1^{re} TIU, terme de naissance) étaient comparables entre les 2 groupes. L'hémoglobine à la naissance était plus faible dans le groupe 1 (10,2 *versus* 13,4 g/dl, $p = 0,0003$). Sept (25 %) nouveau-nés dans le groupe 1 *versus* 24 (70,6 %) dans le groupe 2 n'avaient pas d'anémie à la naissance ($p = 0,004$). Une exsanguino transfusion postnatale était plus souvent réalisée dans le groupe 1 que dans le groupe 2 (47,2 % *versus* 19,4 %, $p = 0,0124$). Le délai entre la naissance et la première transfusion était plus court dans le groupe 1 (0 [0-13] *versus* 1 [0-21], $p = 0,0274$). Le taux maximal de bilirubine, le taux de recours à une photothérapie intensive et la durée totale de photothérapie étaient comparables entre les 2 groupes.

Conclusion. Cette étude montre un bénéfice significatif du clampage tardif du cordon en cas d'allo-immunisation en augmentant le taux d'hémoglobine néonatale, en diminuant le recours à l'exsanguino transfusion postnatale et en allongeant le délai entre la naissance et la première transfusion sans augmenter le risque d'hyperbilirubinémie sévère.

11h00-11h10 Corrélation entre l'analyse visuelle du rythme cardiaque fœtal pendant le travail et un nouvel indice de bien-être fœtal : le *fetal stress index*

C. Garabedian¹, L. Butruille², E. Servan-Schreiber², L. Storme², P. Deruelle², J. de Jonckheere², V. Houfflin-Debarge²

1. Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU Lille, Lille, France

2. EA 4489, Environnement périnatal et croissance, université de Lille Nord de France, Lille, France

Correspondance : charles.garabedian@gmail.com

Introduction. Les méthodes actuelles de surveillance fœtale pendant le travail (rythme cardiaque fœtal, prélèvement au scalp, STAN) manquent de sensibilité ou sont invasives. Nous avons développé un nouvel indice (le *Fetal Stress Index*, FSI) mesuré par l'analyse automatisée de la variabilité du rythme cardiaque (VRC), méthode non invasive reflétant l'activité du système parasymphatique mis en jeu lors de situations pathologiques telles que l'hypoxie. L'objectif de ce travail était d'évaluer les variations du FSI en fonction de l'analyse visuelle du rythme cardiaque fœtal.

Matériel et méthodes. Il s'agit d'une étude pilote à partir de 30 RCF classés en fonction de la classification du *National Institute of Child Health and Human Development* (NICHD). Cette classification est en 3 catégories : I (normal), II (risque intermédiaire), III (risque élevé d'acidose). Quarante minutes de RCF pendant le travail ont été sélectionnées : 20 min de RCF normal (période avant) puis 20 min de RCF classé selon la NICHD (période après). Nous avons évalué les variations du FSI minimum et moyen et comparé les périodes avant/après pour chaque catégorie.

Résultats. Le FSI min. était comparable entre les catégories durant la période « avant » (FSI min. = 40) et était significativement plus bas dans la période « après » pour les NICHD II (FSI min. = 32) et pour les NICHD III (FSI min. = 28) ($p < 0,05$). De même le FSI moy. était plus bas dans les NICHD III que dans les I (42 *versus* 52, $p < 0,05$). L'analyse en continu montrait une baisse du FSI moy. 1 minute avant la survenue d'anomalies du rythme (ARCF) pour les NICHD III.

Conclusion. Les variations du FSI sont corrélées à l'analyse visuelle du RCF et sont prédictives d'ARCF. Ces premiers résultats nous encouragent à développer cet indice et à le corrélérer aux autres examens de seconde ligne.

11h10-11h20 Validation expérimentale d'un nouvel outil d'analyse de la variabilité du rythme cardiaque fœtal : le *fetal stress index*

E. Servan-Schreiber¹, C. Garabedian², C. Champion¹, D. Sharma³, L. Butruille⁴, J. de Jonckheere⁵, L. Storme⁶, P. Deruelle⁶, E. Aubry⁷, V. Debarge⁷

1. EA4489, Lille, France
 2. EA4489, hôpital Jeanne de Flandre, université Lille 2, Lille, France
 3. EA4489, université lille 2, Lille, France
 4. Mdoloris Medical System, Lille, France
 5. EA4489, Mdoloris Medical System, Lille, France
 6. EA4489, université lille 2, hôpital Jeanne de Flandre, Lille, France
 7. EA4489, hôpital Jeanne de Flandre, Lille, France
- Correspondance : elieschreiber@gmail.com

Introduction. L'analyse visuelle de la variabilité du rythme cardiaque fœtal (VRC) dépiste mal le risque d'hypoxie et d'acidose fœtales. La VRC est le reflet indirect de l'état du système nerveux autonome. Nous avons développé un nouvel indice (*Fetal Stress Index*, FSI) basé sur l'analyse du système parasympathique. L'objectif de notre étude est d'étudier les variations du FSI en fonction de l'inhibition du système nerveux parasympathique ou sympathique, ou de l'activation du baroréflexe dans un modèle de fœtus de brebis.

Matériel et méthodes. Neuf brebis ont été opérées et instrumentées proches du terme (123 ± 2 jours de gestation, terme = 145 jours). Quatre molécules ont été testées : 1) l'atropine 2,5 mg, parasympatholytique ; 2) le propranolol 5 mg, sympatholytique ; 3) l'éphédrine 24 mg, vasoconstricteur périphérique ; 4) le nitroprussiate de sodium 1 mg vasodilatateur périphérique.

Résultats. L'injection d'atropine entraîne une ascension significative de la fréquence cardiaque (FC) sans modification de la pression artérielle moyenne (PAM) et une diminution significative du FSI ($p = 0,002$) entre T0 et T65. Le nadir était atteint à T10 (valeur médiane à 44, soit une diminution de 59 % de sa valeur de base). L'injection de propranolol diminue la FC sans effet sur la PAM. L'éphédrine entraîne une diminution initiale de la FC puis une tachycardie associée à une hausse de la PAM. Le nitroprussiate de sodium diminue la PAM sans modifier la FC. Les valeurs du FSI restent quant à elles comparables entre les 2 périodes pour les 3 dernières molécules.

Conclusion. Notre indice FSI est spécifique du système nerveux parasympathique et n'est modifié ni par l'inhibition du système sympathique, ni par les mécanismes mis en jeu dans le baroréflexe. Cette étape de validation de l'indice nous permet d'envisager son expérimentation dans des situations pathologiques.

11h20-11h30 Décubitus latéral asymétrique pour faire tourner les variétés postérieures : essai randomisé multicentrique EVADELA

C. Le Ray¹, F. Lepleux², A. de La Calle¹, J. Guerin³, N. Sellam⁴, M. Dreyfus⁵, A. Chantry⁶

1. Maternité Port-Royal, hôpital Cochin APHP, Paris, France

2. CHU Côte de Nacre, Caen, France

3. CH Avranches Granville, Avranches, France

4. Maternité Les Bluets, Paris, France

5. CHU Côte de Nacre, Caen, France

6. Inserm U1153, Paris, France

Correspondance : camille.le-ray@aphp.fr

Objectif. Les postures maternelles durant le travail en cas de variétés postérieures ont pour but de fléchir la tête et ainsi permettre sa rotation. L'objectif de notre étude est d'évaluer si le décubitus latéral asymétrique (DLA), appelé communément « position à l'anglaise », favorise la rotation des variétés postérieures.

Méthodologie. Essai randomisé contrôlé multicentrique incluant 322 femmes, à terme, membranes rompues, entre 2 et 9 cm, ayant un fœtus en variété postérieure confirmée à l'échographie. Les femmes allouées au groupe intervention étaient positionnées en DLA opposé au côté du dos foetal pendant 1 heure et encouragées à prendre cette position aussi souvent que possible jusqu'à dilatation complète. Le critère de jugement principal était la variété 1 heure après le début de l'intervention. Les critères de jugement secondaires étaient la variété à dilatation complète, le mode d'accouchement, la vitesse de dilatation cervicale, la douleur et la satisfaction maternelle. Les analyses ont été réalisées en intention de traiter.

Résultats. Cent soixante femmes ont été incluses dans le groupe intervention et 162 dans le groupe contrôle. À H1, 65,6 % des femmes du groupe DLA avaient un fœtus en variété postérieure *versus* 67,9 % dans le groupe contrôle ($p = 0,887$). Le taux de fœtus en variété postérieure à dilatation complète était de 38,7 % pour les femmes du groupe DLA et de 43,2 % pour le groupe contrôle ($p = 0,279$). Le taux de césarienne était de 18,1 % pour le groupe DLA et 14,2 % pour le groupe contrôle ($p = 0,608$). Nous n'avons également pas retrouvé de différence entre les 2 groupes pour la vitesse de dilatation cervicale durant le travail ($p = 0,149$), la douleur ($p = 0,705$) et la satisfaction maternelle ($p = 0,328$).

Conclusion. L'essai EVADELA ne montre pas de bénéfice du décubitus latéral asymétrique pour faire tourner les variétés postérieures. L'évaluation des postures maternelles et de la mobilisation durant le travail doit être poursuivie.

11h30-11h40 Recherche IMAGINAIRE : ampliation du périnée maternel observée *in vivo* en IRM 2D et 3D au cours de la 2^e phase du travail et de l'accouchement

O. Ami¹, J. Maran², M. Moyal³, D. Musset⁴, R. Frydman⁵, D. Lemery⁶, C. Dubray⁶, G. Mage⁶, M. Canis⁷, L. Boyer⁸

1. Ramsay Générale de santé, clinique de la Muette, Paris, France

2. URDI EA4465, université Paris Descartes, Paris, France

3. Clinique de l'Essonne, département de gynécologie-obstétrique, Évry, France

4. Université Paris Sud, Paris, France

5. Hôpital Foch, Suresnes, France

6. Université d'Auvergne, Clermont-Ferrand, France

7. Advanced Laparoscopy and Computer Vision (ALCoV) Group, ISIT, université d'Auvergne et CNRS, France, Clermont-Ferrand, France

8. Université de Clermont-Ferrand 1, Image Science for Interventional Techniques, UMR 6284

UdA – CNRS, CaVITI, Clermont-Ferrand, France

Correspondance : olivier.ami@watog.org

But de l'étude. Démontrer et décrire l'ampliation du périnée maternel en IRM pendant le processus de la naissance en comparant les reconstructions tridimensionnelles de la tête fœtale avant l'entrée en travail et au cours de la deuxième phase du travail, lorsque la tête fœtale est engagée en dessous du détroit supérieur.

Matériels et méthodes. Après obtention d'une autorisation de comité de protection des personnes, 27 femmes enceintes ont été explorées avec des séquences d'IRM 3D avant l'entrée en travail, et 7 d'entre elles ont eu une nouvelle série d'IRM 3D pendant la deuxième phase du travail, dans une IRM à champ ouvert 1 Tesla Panorama (Philips, Royaume-Uni). Une plateforme de reconstruction 3D vectorielle (BABYPROGRESS, France) a été utilisée pour transformer les volumes d'images 2D en reconstructions 3D en éléments finis. Les maillages polygonaux de chaque partie du corps fœtal ont été utilisés pour l'étude biomécanique du modelage du crâne fœtal.

Résultats. L'ampliation périnéale liée à la descente fœtale a pu être visualisée chez toutes les patientes. Les faisceaux ilio-coccygiens des muscles élévateurs de l'anus ont démontré une inversion de courbure en deuxième phase du travail chez toutes les patientes. Cette inversion de courbure se transmettait jusqu'au plan superficiel du périnée. Les structures périnéales étaient contraintes en direction du sphincter anal chez toutes les patientes par transmission des forces générées lors de la descente fœtale par l'intermédiaire des zones grasses périnéales.

Conclusion. Les interactions mécaniques responsables de la mise en tension des muscles du périnée ont été mises en évidence par l'imagerie en deuxième phase du travail, et le rôle central du sphincter anal comme amortisseur de ces forces est mis en évidence. L'IRM est un procédé d'imagerie idéal pour explorer le périnée maternel au cours de la deuxième phase de travail et du processus d'accouchement.

08h30-08h40 Étude PRELYMCA, PREvention du LYMphocèle post-mastectomie par CAPitonnage, étude prospective randomisée, analyse intermédiaire

A. Mancaux¹, P. Theret², P. Naepels², P. Abboud³, J. Mychaluk⁴, P. Merviel², R. Fauvet⁵

1. CHU Amiens, Salouel, France

2. CHU Amiens, Amiens, France

3. CH Soissons, Soissons, France

4. CH Compiègne, Compiègne, France

5. CHU Caen, Caen, France

Correspondance : mancaux.albine@chu-amiens.fr

Introduction. Le sérome reste la complication la plus fréquente de la mastectomie. Ces séromes donnent lieu à des désagréments allant de la simple gêne à des complications pouvant nécessiter une reprise chirurgicale. Quelques études se sont penchées sur l'intérêt du capitonnage de la loge de mastectomie en prévention des séromes postopératoires. Notre étude se propose d'étudier, par le biais d'une étude prospective randomisée multicentrique, l'impact de cette technique sur le drainage postopératoire.

Matériel et méthode. Notre protocole a été soumis et accepté par le comité de concertation des personnes région Nord-Ouest. Toutes les patientes traitées par mastectomie unilatérale pour un cancer du sein *in situ* ou infiltrant au CHU d'Amiens et au centre hospitalier de Soissons pouvaient être incluses. Elles étaient randomisées en préopératoire dans le groupe capitonnage ou contrôle. Toutes les patientes bénéficiaient d'un drainage aspiratif de la loge de mastectomie, indépendamment de celui laissé dans la loge de curage axillaire dans le cas échéant. Celui-ci était retiré au 2^e jour post-intervention pour le groupe capitonnage et lorsque le débit était inférieur à 30 ml/jour dans le groupe contrôle.

Résultats. Quarante-quatre patientes ont été incluses de septembre 2013 à avril 2015 : 22 dans le groupe capitonnage et 22 dans le groupe contrôle. Le débit de drainage en hospitalisation était significativement moindre dans le groupe des patientes capitonnées : 238,75 ml *versus* 716 ml ($p = 0,0005$). Le volume évacué sur toute la période de suivi (3 mois) était diminué (911 ml *versus* 309 ml) dans le groupe capitonné ($p = 0,0008$). La durée d'hospitalisation était supérieure dans le groupe contrôle, 3,67 jours *versus* 5,30 jours ($p = 0,009$). Il n'a pas été mis en évidence de différence significative sur la durée opératoire, le taux de complication ou l'intervalle de temps entre la chirurgie et le début des traitements adjuvants.

Conclusion. Ces premiers résultats semblent très intéressants, mais l'effectif reste faible. Il ne s'agit pour le moment que d'une analyse intermédiaire dont les résultats doivent être complétés. Cependant, au vu de ces données, il semble tout à fait envisageable de ne pas laisser de redon si le capitonnage est réalisé, ouvrant ainsi la voie à la réalisation de mastectomie en ambulatoire.

08h40-08h50 Évaluation médico-économique de la fermeture des plans sous-cutanés par agrafes résorbables en chirurgie gynécologique

N. Winer

CHU Nantes, Nantes, France

Correspondance : norbert.winer@chu-nantes.fr

But de l'étude. Les temps de suture des plans superficiels (médiane, Pfannenstiel, abdominoplastie, mastectomie) sont une part non négligeable du temps opératoire. Le but de cette étude était d'évaluer un nouveau dispositif médical pour la fermeture rapide des plans sous-cutanés, en termes de tolérance, de qualité cicatricielle esthétique, de bénéfice médico-économique et de diminution des risques d'accident d'exposition au sang (AES).

Matériel et méthodes. Étude nationale multicentrique prospective en simple aveugle portant sur 660 patients pris en charge pour une chirurgie nécessitant une voie d'abord de plus de 10 cm (services d'ORL, gynécologie et esthétique, STIC 2011). Les patients étaient randomisés et la fermeture des plans superficiels était assurée soit par la technique standard (fil vicryl en sous-peau et/ou surjet ID de monocryl, n = 330) soit par le nouveau dispositif avec suture semi-automatisée sans aiguille (les agrafes étant composées d'ac lactique/glycolique, n = 330). L'objectif principal était la non-infériorité sur la cicatrice à 3 mois par les échelles validées (PSAS, OSAS). Les objectifs secondaires comportaient le gain médico-économique, le gain esthétique évalué à 18 mois et la quantification des AES.

Résultats. Six cent soixante-quatre inclusions dont les caractéristiques générales n'ont pas de différence dans les 2 groupes, de même que la longueur de la cicatrice, la durée moyenne de chirurgie, les complications des interventions ou sur la cicatrice. Par contre le temps de suture était significativement inférieur de plus de moitié pour le groupe agrafes. Les scores d'évaluation de la cicatrice n'étaient pas différents mais il a été décrit 6 AES dans le groupe fil contre zéro dans le groupe agrafes.

Conclusion. L'utilisation d'agrafeuses semi-automatisées permet :

- un résultat cicatriciel identique ;
- un gain de temps d'occupation de salle opératoire ;
- la disparition des AES.

08h50-09h00 Le score FIGO est-il adapté à la prise en charge de tous les choriocarcinomes gestationnels ?

N. Rol Bartra¹, J. Massardier², F. Abbas³, B. You⁴, L. Devisme⁵, S. Patrier⁶, M. Rol⁷, A. Schott³, T. Hajri⁸, F. Golfier⁹

1. Université Claude Bernard, Lyon, France
 2. Centre français des maladies trophoblastiques, CH Lyon Sud, service de gynécologie-obstétrique, Hospices civils de Lyon, hôpital Femme mère enfant, Lyon, France
 3. Pôle information médicale, évaluation, recherche, Hospices civils de Lyon, Lyon, France
 4. Centre français des maladies trophoblastiques, CH Lyon Sud, service d'oncologie médicale, Hospices civils de Lyon, centre hospitalier Lyon Sud, Lyon, France
 5. Pôle de biologie pathologie génétique, CHRU Lille, Lille, France
 6. Service d'anatomopathologie, hôpital Charles-Nicolle, CHU de Rouen, Rouen, France
 7. Service d'anesthésie, groupe hospitalier Sud Réunion, Saint-Pierre, France
 8. Centre français des maladies trophoblastiques, CH Lyon Sud, pôle information médicale, évaluation, recherche, Hospices civils de Lyon, Lyon, France
 9. Centre français des maladies trophoblastiques, CH Lyon Sud, service de gynécologie-obstétrique, Hospices civils de Lyon, centre hospitalier Lyon Sud, Lyon, France
- Correspondance : n.rolbartra@gmail.com

Objectifs. Après diagnostic d'une tumeur trophoblastique gestationnelle (TTG), le score FIGO permet de classer les patientes en groupe à haut ou bas risque de résistance à la monochimiothérapie, guidant ainsi le choix du traitement initial. Certaines études ont suggéré un taux plus important de résistance au traitement pour les choriocarcinomes gestationnels, forme histologique la plus agressive des TTG. Le but de cette étude était d'analyser l'impact du type de la grossesse causale des choriocarcinomes sur le succès du traitement de première intention. Nous avons également recherché d'éventuels facteurs prédictifs d'échec de ce traitement.

Matériels et méthodes. À partir du registre des 949 TTG enregistrées au Centre de référence français des maladies trophoblastiques entre novembre 1999 et décembre 2013, une étude observationnelle rétrospective a été menée chez les patientes ayant eu un diagnostic histologique de choriocarcinome et un suivi du taux d'hCG d'au moins un an.

Résultats. Sur 108 choriocarcinomes, 36 sont survenus après un accouchement. Le risque d'échec du traitement était significativement différent selon que le choriocarcinome survenait après un accouchement ou après une grossesse molaire ou un avortement (respectivement 46,9 %, 17,9 % et 25,8 %, $p = 0,025$). Cinq des 8 patientes du groupe post-accouchement à bas risque traitées par monochimiothérapie (62,5 %) ont nécessité un traitement de 2^e intention. Dans les analyses multivariées, le seul facteur prédictif significatif de résistance au traitement de première intention était un accouchement comme grossesse causale (OR 3,89, 95 % IC 1,1-15,47, $p = 0,0326$).

Conclusion. Le seul facteur prédictif indépendant de résistance au traitement des choriocarcinomes gestationnels est le type de grossesse causale de la TTG. Augmenter la pondération attribuée par le score FIGO à la grossesse causale lorsque c'est un accouchement devrait être considéré par le comité FIGO.

09h00-09h10 Impact de la greffe de Martius sur le résultat des opérations pour fistules génito-urinaires : une expérience camerounaise

J. Fokom Domgue¹, P. Tebeu¹, J. Fomulu², C. Rochat³

1. Faculté de médecine et des sciences biomédicales, université de Yaoundé I, Yaoundé, Cameroun
 2. Département de gynécologie et obstétrique, centre hospitalier et universitaire de Yaoundé, Yaoundé, Cameroun
 3. Geneva Foundation for Medical Education and Research, Genève, Suisse
- Correspondance : fokom.domgue@gmail.com

Introduction. Cette étude visait à rechercher si la greffe de Martius a un effet sur les chances de guérison de la fistule génito-urinaire après un traitement chirurgical.

Population et méthode. Il s'agissait d'une étude de cohorte rétrospective portant sur tous les cas de fistules génito-urinaires ayant bénéficié d'une chirurgie curative dans deux hôpitaux camerounais. Les patientes ont toutes été opérées entre janvier 2005 et juillet 2011 dans les services de gynécologie de l'hôpital régional de Maroua et du CHU de Yaoundé par un chirurgien bien entraîné à cette technique. Les caractéristiques du groupe des fistules opérées sans greffe de Martius ont été comparées avec celles des fistules opérées avec greffe de Martius. La différence était considérée significative si $p < 0,05$.

Résultats. Parmi les 81 fistules génito-urinaires opérées, 28 (34,6 %) avaient subi de la greffe de Martius. Comparées aux fistules opérées sans greffe de Martius, les fistules opérées avec greffe de Martius avaient plus souvent des bords rigides (83,3 % *versus* 76,5 % ; $p = 0,08$), étaient plus souvent associées aux brides vaginales (76,7 % *versus* 60,8 % ; $p = 0,09$), de localisation plus souvent urétrale (30 % *versus* 23,5 % ; $p = 0,48$) et de taille plus fréquemment supérieure à 5 cm (13,3 % *versus* 9,8 % ; $p = 0,07$), mais cette différence n'était pas significative. Comparées aux fistules opérées sans recours au Martius, les fistules opérées avec recours au Martius avaient des chances comparables de fermeture globale (85,7 % *versus* 79,2 % ; OR : 1,57 ; IC à 95 % : 0,4-6,6 ; $p = 0,680$). Le degré de satisfaction des patientes (fermeture de la fistule avec continence des urines) était plus élevé dans le groupe des patientes opérées sans recours au Martius (60,7 % *versus* 67,9 %), mais de manière non significative ($p = 0,260$).

Conclusion et interprétation. La greffe de Martius ne semble pas avoir un effet sur les chances de guérison de la fistule génito-urinaire dans notre série. Ces résultats méritent d'être confirmés par des études sur une population plus large.

09h10-09h20 Le rôle du canal potassique SK3 dans le cancer du sein

C. Rua, L. Ouldamer, C. Vandier, G. Body, P. Bougnoux

CHU de Tours, Tours, France

Correspondance : carina_rua@hotmail.fr

Introduction. Le canal SK3 est un canal potassique activé par le calcium. Dans le cancer du sein, il est impliqué dans la migration des cellules cancéreuses *in vitro* et dans l'apparition de métastases osseuses chez l'animal. Il présente un polymorphisme au niveau de la protéine qui le compose avec un nombre variable de répétitions d'un triplet « CAG » qui fait varier l'activité du canal. Le GF495 est une nouvelle molécule capable *in vitro* d'inhiber son activité.

Objectifs. Rechercher un lien entre le polymorphisme du canal SK3 et les caractéristiques anatomopathologiques de tumeurs mammaires. Évaluer l'efficacité du GF495 dans la prévention des métastases dans un modèle animal.

Méthodes. Étude prospective sur une cohorte de patientes prises en charge pour un cancer du sein au CHU de Tours de novembre 2012 à novembre 2014. Les caractéristiques anatomopathologiques des tumeurs ont été recueillies sur les pièces opératoires. Le nombre de répétitions du triplet a été obtenu par séquençage sur une prise de sang. Les patientes ont été séparées en deux groupes : long et court selon la médiane du nombre de répétitions. Dans le modèle animal, le développement des métastases après greffe de cellules MDA-MB-435 sur des souris immunodéficientes traitées par GF495 ou par un placebo a été réalisé par imagerie de bioluminescence.

Résultats. Cent soixante-seize patientes ont donné leur consentement pour participer à l'étude. Il y a plus de patientes « triple négatives » c'est-à-dire ayant à la fois des récepteurs aux œstrogènes, à la progestérone et HER2 négatifs dans le groupe allèles longs (19,7 %) *versus* allèles courts (7,2 %) ($p = 0,02$). Après traitement par le GF495 dosé à 1 mg/kg, on constate une diminution significative des métastases osseuses, ovariennes et utérines chez les souris par rapport au groupe contrôle.

Conclusion. Il existe un lien entre la longueur de la protéine du canal SK3 et les récepteurs hormonaux et HER2 dans la tumeur. Le GF495 est efficace dans la prévention des métastases osseuses, ovariennes et utérines chez la souris.

09h20-09h30 Étude anatomique des relais ganglionnaires des glandes de Bartholin sur cadavres

E. Serre

CHU Tours, Tours, France

Correspondance : emilie.serre015@gmail.com

Introduction. Le cancer des glandes de Bartholin représente 0,001 % des cancers génitaux de la femme et sa prise en charge n'est pas consensuelle. Cette tumeur est prise en charge par une vulvectomie radicale et une lymphadectomie inguino-fémorale bilatérale. Le but de ce travail est d'étudier de manière spécifique le drainage lymphatique des glandes de Bartholin sur cadavres afin d'investiguer les différents relais ganglionnaires, le caractère bilatéral ou non et de discuter les implications concernant la prise en charge chirurgicale de ces tumeurs.

Matériels et méthodes. Nous avons réalisé une étude sur sujets anatomiques de sexe féminin au laboratoire d'anatomie de l'université de médecine sur la période allant de novembre 2014 à août 2015. Nous avons réalisé une injection de 2 ml de Lipiodol au niveau des glandes de Bartholin et étudié leur drainage lymphatique en inguinal et pelvien.

Résultats. Dans 36,8 %, nous n'avons pas mis en évidence de vaisseau lymphatique émergent depuis la glande de Bartholin. Dans 42,1 % des cas on retrouve donc initialement un drainage lymphatique de la glande de Bartholin dans le territoire inguinal superficiel, un ganglion inguinal superficiel était coloré dans 15,8 % des cas. Dans 4 cas (21 %), on a mis en évidence un drainage lymphatique sur un trajet pudendal interne, se dirigeant vers la fosse pararectale. Deux cas (10,5 %) seulement ont présenté un drainage pelvien. Dans tous les cas où un drainage existait, la voie principale s'est faite d'une façon homolatérale.

Discussion. Seul un curage inguinal homolatéral semble envisageable, et s'il est métastatique, réaliser le controlatéral. La place de la radiothérapie adjuvante en l'absence de marges chirurgicales limites ou d'atteinte ganglionnaire semble encore difficile à établir. Le taux important de récurrence et la notion de ce drainage pudendal interne difficile à mettre en évidence par les examens complémentaires tendent à inciter à une radiothérapie adjuvante de ce territoire.

09h30-09h40 Identification des sites anatomiques à risque de lésion nerveuse lors de la chirurgie pour endométriose pelvienne

M. Fermaut¹, K. Nyangoh Timoh², G. Benoit², T. Bessedé², T. Bessedé²

1. Service de gynécologie-obstétrique et de médecine de la reproduction, CHI Poissy St-Germain-en-Laye, Poissy, France
 2. Inserm-UMR 1195 « petites molécules de neuroprotection, neurorégénération et remyélinisation », hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, France
- Correspondance : marion.fermaut.mf@gmail.com

Introduction. L'endométriose peut nécessiter des résections chirurgicales qui sont à risque de lésion des nerfs pelviens. Pour en limiter les séquelles fonctionnelles, des techniques de préservation nerveuse sont élaborées mais doivent être adaptées au caractère multifocal des lésions d'endométriose. L'objectif était d'identifier les sites anatomiques les plus à risque de lésion nerveuse au cours d'une exérèse endométriosique.

Matériel et méthode. Quatre sujets anatomiques adultes féminins ont été disséqués pour rechercher les sites anatomiques à risque de lésion nerveuse. Une revue de la littérature a été réalisée sur Pubmed et Embase à l'aide des mots clés : *hypogastric nerve or hypogastric plexus* [Mesh] or *autonomic pathway* [Mesh], *anatomy, endometriosis, surgery* [Mesh]. Les articles français et anglais, sélectionnés sur le résumé disponible, ont été analysés.

Résultats. Cinq sites anatomiques à haut risque nerveux ont été identifiés, analysés et décrits. Les nerfs pelviens peuvent être lésés lors d'une résection colorectale, à hauteur du promontoire, puis lors de la dissection antéro et latéro-rectale. Ils doivent également être repérés avant la résection de ligament utérosacré, des paramètres ou d'une colpectomie où les nerfs hypogastriques, les nerfs splanchniques pelviens, plexus hypogastriques inférieurs et ses efférences peuvent être sectionnés.

Conclusion. La mise en application des principes de la préservation nerveuse au cours de la chirurgie pour endométriose est associée à une diminution des séquelles fonctionnelles, sans altération de l'efficacité chirurgicale. Il existe cinq sites anatomiques décisifs à connaître pour limiter les séquelles fonctionnelles nerveuses de la chirurgie d'exérèse endométriosique.

09h50-10h00 Impact de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine sur la réserve ovarienne : une étude cas-témoins

D. de Villardi de Montlaur¹, P. Santulli², V. Gayet², E. Dulioust², O. Launay², C. Chapron²

1. CHU Poitiers, Poitiers, France

2. CHU Port-Royal, Paris, France

Correspondance : diane92m@hotmail.com

Introduction. Plusieurs groupes de recherche ont rapporté une plus grande prévalence de l'infertilité chez les patientes infectées par le VIH. Cette diminution pourrait-elle être liée au virus lui-même, ou aux traitements anti-rétroviraux ? L'objectif de notre travail est d'étudier l'impact sur la réserve ovarienne, évaluée par la mesure de l'hormone anti-müllérienne (AMH), de l'infection par le VIH et de ses traitements.

Matériel et méthodes. Nous avons mené de janvier 2008 à décembre 2013 une étude cas-témoins comportant 201 patientes séropositives pour le VIH, et 603 patientes séronégatives, appariées sur l'âge et l'étiologie de l'infertilité, prises en charge en AMP. Toutes les patientes ont répondu à un questionnaire dont les données ont été collectées de façon prospective. La mesure de l'AMH des patientes VIH a été comparée à celles du groupe témoin. Afin de déterminer les facteurs responsables d'une diminution de l'AMH, une régression linéaire multiple rétrospective a été réalisée.

Résultats. L'AMH était significativement plus basse dans le groupe de patientes VIH ($3,0 \pm 2,8$ versus $3,7 \pm 3,5$ ng/ml ; respectivement, $p = 0,001$). Chez les patientes VIH, une association a été montrée entre la diminution de l'AMH et une altération tubaire ($2,4 \pm 2,4$ versus $3,4 \pm 3,0$ ng/ml ; respectivement, $p = 0,011$). De même, l'analyse par régression linéaire multiple a montré que l'augmentation de l'âge, de l'indice de masse corporelle (IMC) et de la charge virale était associée à une diminution de l'AMH. Au contraire, une augmentation du taux de CD4 était associée à une augmentation de l'AMH. Aucune différence significative du taux d'AMH n'a été mise en évidence suivant le traitement antirétroviral ($p = 0,456$). De même, une durée de traitement antirétroviral supérieure à 3 ans n'était pas associée à une modification significative du taux d'AMH ($3,1 \pm 3,7$ versus $3,3 \pm 3,8$; respectivement, $p = 0,702$).

Conclusion. Il semble exister un lien entre l'infection par le VIH et une baisse de la réserve ovarienne. Il a été noté que l'âge, l'IMC, le taux de CD4 et la charge virale sont des facteurs indépendants contribuant à la baisse de l'AMH. Par ailleurs, chez les patientes VIH, le sous-groupe de patientes présentant une pathologie tubaire avait un taux d'AMH significativement plus faible que les patientes sans pathologie tubaire. Aucun impact des traitements antirétroviraux sur la réserve ovarienne n'a, en revanche, été mis en évidence. Ces résultats doivent amener les praticiens à une plus grande vigilance chez ces patientes, et les inciter à une meilleure observance des traitements.

10h50-11h00 Prise en charge chirurgicale des complications des bandelettes sous-urétrales : l'expérience de 8 ans d'un centre expert de référence

M. Labaki, S. Warembourg, P. Costa, V. Letouzey, R. de Tayrac, B. Fatton

CHRU de Nîmes, Nîmes, France

Correspondance : majdlabaki@yahoo.fr

Introduction. Malgré un usage très répandu, la littérature manque de données concernant la prise en charge des complications des BSU. Nous avons revu toutes les complications de BSU nécessitant une prise en charge chirurgicale dans notre CHU. Nous avons voulu montrer que les BSU peuvent être responsables de complications nécessitant une prise en charge spécialisée.

Méthodes. Nous avons constitué une base de données rétrospective des chirurgies des complications des BSU entre 2006 et 2014. Ces BSU ont été posées soit dans notre centre soit référées. Les données démographiques, cliniques, de la chirurgie première, l'intervalle avant la complication, ainsi que les bilans ont été informés. Le type de chirurgie effectué ainsi que les résultats primaires ont été notés.

Résultats. Cent quarante-huit patientes ont subi un total de 166 chirurgies. Notre taux global de complications chirurgicales est de 2 % (1 450 BSU posées dans notre CHU). Cent treize patientes ont été référées. Ces complications concernent 75 TVT et 73 TOT. Les principales complications sont les érosions (60 cas) et les obstructions (64 cas). L'intervalle moyen avant la chirurgie de complication est de 5 ans. La chirurgie première était une BSU isolée pour 110 patientes, et 25 % patientes avaient une cure de prolapsus associée (35 % pour les patientes référées) ; 32 % avaient un antécédent de chirurgie pour POP ou pour IUE au moment de leur chirurgie première. Pour les érosions, la voie d'abord principale est vaginale, mais aussi la destruction endoscopique par laser, et la celioscopie. Le taux de guérison ou d'amélioration était de 76 %, 20 patientes ont aggravé leurs symptômes, parmi lesquelles 10 ont été réopérées au moins une deuxième fois, avec un cas d'entérocystoplastie d'agrandissement. Enfin, suite aux résections ou sections des BSU, 32 % ont récidivé leur IUE, 11 ont eu une deuxième BSU avec un bon résultat, 22 ont eu un sphincter urinaire artificiel, 2 ont eu des injections d'agents périturétraux, et 6 ont eu des injections régulières de toxine botulinique pour des urgenteries sévères.

Conclusion. La chirurgie de pose de BSU présente des taux significatifs de complications, qui restent acceptables lorsqu'elles sont menées par des équipes bien entraînées (2 %). La prise en charge de ces complications est complexe, et référer ces cas dans des centres spécialisés devrait être conseillé.

11h00-11h10 Évaluation prospective de la lymphadénectomie latéro-aortique par monotrocarts dans le cancer du col utérin localement avancé

Y. Cohen-Kisielewski

Centre hospitalier d'Amiens, Amiens, France

Correspondance : yardenacohen@hotmail.com

Objectif. Évaluer la reproductibilité et la faisabilité de la lymphadénectomie para-aortique gauche de stadification, par voie rétro-péritonéale, par monotrocarts, sur la ligne axillaire médiane dans le cancer du col localement avancé (CCLA) par rapport à un abord par trocarts multiples.

Matériels et méthodes. De février 2013 à juin 2014, nous avons réalisé consécutivement seize lymphadénectomies para-aortiques gauches de stadification par monotrocarts pour des patientes présentant un CCLA sans fixation à la TEP-TDM dans la zone lombo-aortique. Nous les avons comparées à dix-sept cas consécutifs du même geste réalisés préalablement dans le service par abord en multitrocarts par voie rétro-péritonéale. Des outils de coelioscopie conventionnelle ont été utilisés pour toutes les patientes.

Résultats. Les caractéristiques des deux groupes étaient comparables pour l'âge 47,9 *versus* 51,7 ans ($p = \text{NS}$), et l'IMC 26,4 *versus* 25,6 kg/m² ($p = \text{NS}$). Aucune conversion en laparotomie ou coelioscopie multitrocarts n'a été nécessaire. Le temps opératoire moyen était significativement moindre dans le groupe monotrocarts 149,2 minutes (200-96) *versus* 207,2 (290-120) pour le groupe témoin ($p = 0,0008$), avec un nombre de ganglions prélevés comparable respectivement de 10,1 (5-20) et 11,9 (3-23) ($p = \text{NS}$). Le délai chirurgie-chimiothérapie était significativement diminué dans le groupe monotrocarts : 24,9 jours contre 47,7 pour le groupe témoin. Aucune complication n'a été observée avec une durée d'hospitalisation courte. Pour toutes les patientes le traitement curatif par radio-chimiothérapie a pu être mis en place sans avoir été retardé par la stadification chirurgicale.

Conclusion. L'usage du monotrocarts pour la réalisation d'une lymphadénectomie para-aortique gauche de stadification est équivalent à celui de trocarts multiples pour un abord rétro-péritonéal sur les performances ganglionnaires et les complications immédiates. Il apporte un avantage ergonomique, esthétique et sur le temps opératoire.

11h10-11h20 Risque de morbidité maternelle sévère associé à la fécondation *in vitro*

L. Pélage-Canlorbe¹, C. Le Ray¹, P. Santulli², M. Bouvier-Colle¹, C. Deneux-Tharaux¹

1. Équipe EPOPé, Inserm 1153, Paris, France

2. Service de gynécologie et de médecine de la reproduction, Cochin-Port-Royal, Paris, France

Correspondance : lpelage@gmail.com

Introduction. Contrairement aux risques fœtaux et néonataux, le risque maternel associé à la FIV est peu documenté, notamment la morbidité maternelle sévère (MMS). L'objectif était d'étudier l'association entre MMS et FIV en distinguant FIV avec ovocyte autologue (FIV-OA) et FIV avec don d'ovocyte (FIV-DO).

Matériels et méthodes. Étude cas-témoins nichée dans une cohorte en population, à partir de l'étude EPIMOMS menée dans 6 régions françaises en 2012-2013 (n = 182 300 accouchements). Les cas étaient 2 615 patientes avec un évènement de MMS selon la définition multicritères d'EPIMOMS obtenue par consensus national d'experts. Les témoins étaient un échantillon aléatoire de 3 651 patientes sans MMS ayant accouché dans les mêmes maternités. Les associations entre FIV et MMS ont été étudiées à l'aide de modèles de régression logistique, en considérant la MMS globale, par causes principales (pathologies hypertensives et hémorragies obstétricales) et les « nearmisses ».

Résultats. L'association brute entre FIV-OA et MMS globale (OR brut = 2,4 [1,8-3,2]) restait significative (OR ajusté = 1,5 [1,1-2,1]) mais diminuait après ajustement sur la grossesse multiple. Il n'existait pas d'association entre FIV-OA et pathologie hypertensive sévère. L'association entre FIV-OA et hémorragie obstétricale sévère en per/post-partum restait significative après ajustement (ORa = 1,6 [1,1-2,1]) et était partiellement expliquée par les grossesses multiples et les anomalies d'insertion placentaire. Toutes les associations entre FIV-DO et MMS, quelle qu'en soit la cause, étaient significatives. Le risque de « nearmiss » était augmenté pour la FIV-DO et la FIV-OA.

Conclusion. Le risque de MMS est augmenté dans les grossesses obtenues par FIV. Le risque de MMS associé à la FIV-OA s'explique par les grossesses multiples, ce qui devrait favoriser le transfert d'embryon unique. En revanche, le sur-risque de MMS associé à la FIV-DO reste incomplètement expliqué, d'autres études ciblées sur le DO sont nécessaires.

11h20-11h30 Développement et évaluation d'un système d'aide à la décision devant une suspicion échographique de grossesse extra-utérine

P. Maurice¹, F. Dhombres¹, E. Jauniaux², D. Jurkovic², N. Perrot³, J. Jouannic¹

1. Service de médecine fœtale, hôpital Trousseau-APHP, Paris, France

2. University College of London Hospital, Londres, Royaume-Uni

3. Centre d'imagerie médicale Pyramides, Paris, France

Correspondance : paulmaurice27@gmail.com

Objectif. Développement d'un nouvel outil informatique d'aide au diagnostic échographique des grossesses extra-utérines (GEU) et évaluation de l'intérêt de cet outil par les utilisateurs.

Matériels et méthodes. Les abstracts des 3 500 publications indexées depuis 2000 dans PubMed par le terme MeSH « Ectopic Pregnancy » ainsi qu'un ensemble de 3 000 comptes rendus d'examen échographiques de grossesses précoces ont été analysés par des outils de traitement automatique des langues pour construire une modélisation ontologique des GEU. De plus, une collection d'images issues de ces publications illustrant chaque signe échographique a été constituée. Cet ensemble a permis la création d'un prototype logiciel d'aide à la conduite d'examen échographique qui, en fonction de la description que l'utilisateur fait d'une image, présente des images de référence, suggère des signes échographiques à rechercher et propose une méthodologie pour cette recherche sous forme de protocole d'examen personnalisé. Une évaluation de l'utilisabilité et du service médical potentiel de cet outil a été réalisée par questionnaire auprès de 15 internes et 10 seniors (intra- et extra-hospitaliers) en France et en Angleterre.

Résultats. Quatre-vingt pour cent des utilisateurs ont exprimé un avis positif concernant l'outil, notamment : compréhension du fonctionnement global du système, aide à l'identification précise de signe grâce au protocole d'examen proposé, qualité et pertinence des images de référence proposées par le système.

Conclusion. Cette première évaluation suggère l'intérêt d'un outil informatique d'aide à la pratique échographique. La place de cet outil nécessitera cependant des développements complémentaires et son évaluation en situation clinique.

11h30-11h40 Facteurs prédictifs d'atteinte ganglionnaire dans le cancer du sein en fonction du sous-type moléculaire

L. Ouldamer, M. Chas, F. Arbion, M. Jourdan, G. Body

CHRU Bretonneau, Tours, France

Correspondance : louldamer@yahoo.fr

L'objectif de notre travail était de rechercher des facteurs prédictifs d'atteinte ganglionnaire en fonction du sous-type moléculaire du cancer du sein.

Matériels et méthodes. Toutes les patientes consécutives prises en charge pour cancer du sein invasif dans notre institution entre janvier 2009 et décembre 2013 ont été incluses. Le sous-type luminal A était défini par des récepteurs à l'œstrogène positifs (RE+) et/ou des récepteurs à la progestérone positifs (RP+), un statut HER 2 négatif avec une faible prolifération ; le sous-type luminal B : (RE+) et/ou (RP+), avec une prolifération élevée. Ils peuvent avoir un statut HER 2 positif ou non. Les tumeurs triple négatives ont tous les récepteurs négatifs. Le sous-type moléculaire HER 2 a des récepteurs hormonaux négatifs à l'œstrogène (RE-) et à la progestérone (RP-) avec un statut HER 2 positif (+++ ou amplifié).

Résultats. En analyse multivariée les facteurs prédictifs d'atteinte ganglionnaire axillaire étaient pour le sous-type luminal A (n = 776) : la taille tumorale OR = 1,05 [1,03-1,07] p < 0,0001 ; la présence d'emboles OR = 3,06 [1,80-5,20] p < 0,0001 ; le grade OR = 1,65 [1,07-2,58] p = 0,026 ; la chimiothérapie néoadjuvante OR = 3,00 [1,15-8,10] p = 0,025. Pour le sous-type luminal B (n = 441) : âge OR = 0,97 [0,95-0,99] p = 0,004 ; la taille tumorale OR = 1,03 [1,01-1,05] p = 0,002 ; la présence d'emboles OR = 3,21 [1,92-5,44] p < 0,0001 ; le caractère inflammatoire OR = 12,36 [2,18-243,3] p = 0,019 ; la chimiothérapie néoadjuvante OR = 3,25 [1,22-9,7] p = 0,02. Pour le sous-type HER 2 (n = 72) : la présence d'emboles OR = 7,87 [2,10-35,2] p = 0,003. Pour les tumeurs triple négatives (n = 155) : la parité OR = 1,53 [1,10-2,25] p = 0,02 ; la taille tumorale OR = 1,03 [1,01-1,05] p = 0,002 ; et la présence d'emboles OR = 7,13 [2,46-22,8] p = 0,00048.

11h40-11h50 Étude de la cytotoxicité et de la génotoxicité sur ovaires et ovocytes de souris des agents de chimiothérapie utilisés dans les leucémies aiguës

E. Balenbois

Équipe de biogénotoxicologie santé humaine et environnement, Marseille, France
Correspondance : evabalenbois@hotmail.fr

Objectif. Étudier la cytotoxicité et la génotoxicité ovarienne induits par la cytarabine et la daunorubicine sur les ovaires et les ovocytes matures de souris en fonction du stade de développement atteint par les follicules ovariens au moment où ils ont été exposés aux agents de chimiothérapie (CT).

Matériel et méthodes. Une injection de cytarabine et de daunorubicine ont été réalisées selon un protocole standardisé après accord du comité éthique, chez deux groupes de souris CD 1 âgées de 5 semaines. Dans chaque groupe, trois sous-groupes de souris ont été stimulés respectivement à 6 jours, 4 semaines et 12 semaines post-CT afin d'évaluer l'impact de l'agent de CT sur les ovocytes. La cytotoxicité ovarienne a été analysée par examen histologique des ovaires. La génotoxicité a été évaluée par le test de comètes sur ovocytes matures et par test γ H2Ax sur coupes de tissus ovariens pour détection des cassures double brin (CDB) sur ovocytes quiescents.

Résultats. La cytarabine et la daunorubicine n'avaient pas d'effet cytotoxique. Les ovocytes en métaphase II obtenus étaient cytologiquement normaux. Le test des comètes a montré une augmentation significative des lésions à l'ADN ovocytaire chez les souris à 6 jours et 4 semaines après traitement par cytarabine et daunorubicine. Douze semaines après CT, les lésions de l'ADN ovocytaire n'étaient pas différentes du groupe témoin négatif. L'intensité totale de fluorescence des CDB (γ H2Ax) sur les ovocytes des follicules intra-ovariens était maximale 6 jours après traitement avec une diminution significative des lésions à 4 et 12 semaines pour les deux agents étudiés.

Conclusion. L'existence de lésions à l'ADN suggère un effet génotoxique sur les ovocytes recueillis 6 jours et 4 semaines post-CT. La disparition des lésions de l'ADN ovocytaire douze semaines post-CT laisse supposer que des mécanismes de réparation de l'ovocyte se sont mis en place au cours de la folliculogénèse.

11h50-12h00 Efficacité et risques de l'autotransfusion par récupération sanguine peropératoire dans les grossesses extra-utérines rompues au Bénin

J. Denakpo¹, K. Salifou², E. Zoumenou¹, I. Sidi², A. Gbegan¹, D. Idriss¹, I. Amankaye², F. Pruilii³, R. Perrin¹

1. CHU Mère enfant Lagune, Cotonou, Bénin

2. CHU Parakou, Parakou, Bénin

3. Hôpital Saint Jean de Dieu de Tanguieta, Tanguieta, Bénin

Correspondance : justindenakpo@hotmail.com

Introduction. Face à la pénurie de sang, au risque transfusionnel, et au coût prohibitif des systèmes de récupération sanguine avec lavage, il a été mis au point au Bénin un entonnoir filtrant pour la récupération sanguine peropératoire. L'objectif de notre étude était d'évaluer l'efficacité et la tolérance de l'autotransfusion par récupération sanguine peropératoire dans les GEU rompues au Bénin.

Matériel, patientes et méthode. Le matériel de récupération sanguine peropératoire est un entonnoir filtrant. S'y ajoutent deux seringues de 50 cc à cône standard, des poches de sang avec anticoagulant à base de citrate pour transfusion, deux pinces pour clamper les tubulures. Il s'agissait d'une série continue sur une période de 5 ans, du 1^{er} janvier 2009 au 31 décembre 2013 dans trois maternités du Bénin. L'étude a porté sur les grossesses extra-utérines rompues avec hémopéritoine supérieur à 200 cc. Les ruptures anciennes de GEU, les patientes séropositives au VIH, les GEU rompues traitées par coelioscopie, les GEU rompues avec un terme supérieur à 12 SA n'ont pas été prises en compte dans cette étude.

Résultats. La fréquence globale de la GEU était de 1,7 % des accouchements. La récupération sanguine peropératoire a été réalisée dans 82,46 % des cas. Le volume de l'hémopéritoine était compris entre 1 000 et 2 000 cc dans 36,2 % des cas. Le taux de récupération était supérieur à 50 % dans 80,8 % des cas. Sur le plan évolutif, l'état hémodynamique s'est amélioré après l'autotransfusion dans 82,6 % des cas. La morbidité postopératoire était marquée par l'hyperthermie dans 8,7 % des cas, l'ictère 2,1 %. Il n'a pas été noté de *Blood salvaged syndrom*, et aucun décès maternel n'a été déploré.

Conclusion. L'autotransfusion par récupération sanguine peropératoire est efficace et peut constituer une alternative sûre à la transfusion homologue dans les GEU rompues au Bénin.

12h00-12h10 Le dosage d'hormone anti-müllérienne (AMH) chez les donneuses d'ovocytes : un facteur indépendant, prédictif du taux de naissance en don d'ovocytes

E. Mathieu d'Argent

Hôpital Tenon, APHP, Paris, France

Correspondance : emmadargent@gmail.com

Objectifs. Définir les critères prédictifs d'obtention d'au moins une naissance par don d'ovocytes pour améliorer les stratégies en don d'ovocytes et son efficacité. Le critère majeur de prédiction des chances de naissances en aide médicale à la procréation (AMP) est le nombre d'ovocytes ponctionnés. Les critères prédictifs du nombre d'ovocytes ponctionnés chez les donneuses sont essentiellement l'âge, l'AMH et le compte des follicules antraux (CFA). Aucune étude n'avait pour l'instant mis en évidence, chez la donneuse, de critère prédictif indépendant de naissance après don. L'identification de critères prédictifs de naissance permet en effet de sélectionner les donneuses et de moduler le nombre d'ovocytes attribué à chaque couple pour optimiser l'efficacité du don.

Matériel et méthodes. Étude rétrospective multicentrique française concernant les donneuses d'ovocytes ayant effectué un don entre 2011 et 2013 dans 8 centres d'AMP.

Résultats. Deux cent quatre-vingt-quinze cycles de don ont été colligés sur cette période de 3 ans. Le nombre des donneuses ayant permis au moins une naissance après transfert des embryons frais et congelés obtenus est de 158 soit 53,5 % des donneuses. Les paramètres suivants ont été étudiés chez les donneuses : l'âge, le BMI, l'AMH sérique, le CFA, le protocole de stimulation ovarienne utilisé, le nombre d'unités de gonadotrophines injectées. En analyse univariée, les critères prédictifs étaient l'âge ($p = 0,06$), le CFA ($p = 0,4$), l'AMH ($p = 0,02$) et le type de protocole de stimulation ovarienne utilisé ($p = 0,001$). En analyse multivariée, les 2 paramètres de succès du don sont l'AMH (OR : 1,13 [1,01-1,25], $p = 0,024$) et le protocole de stimulation (OR : 2,1 [1,09-4], $p = 0,026$), en faveur du protocole antagoniste.

Conclusion. L'AMH dosée chez les donneuses d'ovocytes est donc un critère prédictif de naissance, pertinent pour définir les stratégies de sélection des donneuses, mais aussi les stratégies de répartition ovocytaire entre les couples receveurs.

12h45-12h50 PC1. Développement et validation de modèles prédictifs du risque d'accouchement prématuré : identification d'une population à bas risque

C. Cartoux

CHU Paule de Viguier Toulouse, Toulouse, France

Correspondance : chloe.cartoux@yahoo.fr

Introduction. L'objectif de notre étude était de créer un modèle mathématique de prédiction de l'accouchement prématuré à partir de variables cliniques et échographiques et, à partir de là, identifier un seuil établissant une population à bas risque, qui constituerait un seuil de non-intervention médicale.

Matériel et méthodes. À partir des données du PMSI, nous avons identifié 535 patientes prises en charge pour risque d'accouchement prématuré à membranes intactes en maternité de type III entre 22 et 34 SA. Des analyses multivariées nous ont permis d'ajuster l'effet des variables les unes par rapport aux autres, puis de créer des modèles prédictifs.

Résultats. Nous avons créé 3 nomogrammes, l'un pour prédire l'accouchement avant 34 SA et les autres pour prédire l'accouchement dans les 48 heures et les 7 jours suivant l'identification du risque. Les aires sous la courbe (AUC) pour chacun des modèles étaient respectivement 0,89, 0,84 et 0,83. Une validation interne par bootstrapping nous a permis d'obtenir une AUC corrigée à 0,86 pour le modèle de prédiction du risque d'accouchement avant 34 SA confirmant la robustesse du test. Nous avons établi un seuil permettant d'identifier les patientes à bas risque d'accouchement avant 34 SA. Celui-ci offre au test une valeur prédictive négative de 99,4 %, pour une spécificité de 48,8 %. Appliqué à notre population, ce seuil aurait permis d'éviter l'hospitalisation de 170 patientes accouchant après 34 SA réduisant ainsi le taux de faux positifs de près de 50 %. Une seule patiente accouchant avant 34 SA (33 SA et 2 jours) aurait été classée à tort dans le groupe à bas risque. Pour faciliter l'utilisation des nomogrammes, nous avons construit une interface informatique offrant un calcul rapide des probabilités individuelles.

Conclusion. Nous avons créé et validé 3 nomogrammes permettant de prédire le risque d'accouchement prématuré. À partir du modèle de prédiction de l'accouchement avant 34 SA, nous avons identifié un seuil qui permettrait de diminuer le taux d'hospitalisation des patientes à risque d'accouchement prématuré, sans mettre en péril les patientes à haut risque.

12h51-12h56 PC2. Hernie diaphragmatique congénitale : est-ce que l'âge gestationnel au moment du diagnostic est prédictif de la morbi-mortalité postnatale ?

H. Bouchghoul, M.V. Senat¹, L. Storme², P. de Lagausie³, L. Begue⁴, N. Khen-Dunlop⁵, J. Bouyer⁶, A. Benachi⁷

1. Service de gynécologie-obstétrique, CHU Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, France
 2. Service de néonatalogie, hôpital Jeanne de Flandre, Lille, France
 3. Service de chirurgie pédiatrique, hôpital de la Timone, Marseille, France
 4. Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier universitaire, Montpellier, France
 5. Service de chirurgie pédiatrique, AP-HP, hôpital Necker-Enfants malades, Paris, France
 6. Inserm, Centre for research in Epidemiology and Population Health (CESP), U1018, Gender, Sexual and Reproductive Health Team, F-94276, Le Kremlin-Bicêtre, France
 7. Service de gynécologie-obstétrique, AP-HP, hôpital Antoine Bécclère, Clamart, France
- Correspondance : hanane.bouchghoul@gmail.com

Objectif. Étudier la relation entre l'âge gestationnel au moment du diagnostic et la morbi-mortalité postnatale chez les fœtus présentant une hernie diaphragmatique congénitale isolée.

Matériel et méthodes. Entre janvier 2008 et novembre 2013, 377 naissances vivantes avec hernie diaphragmatique congénitale isolée diagnostiquée avant la naissance à un âge gestationnel connu ont été enregistrées dans la base de données du Centre national français pour les maladies rares. Le critère étudié était la mortalité évaluée à 28 jours et à 6 mois. Le critère secondaire était la morbidité évaluée par l'hypertension artérielle pulmonaire à 48 heures, la dépendance à une oxygénothérapie à 28 jours, les troubles de l'oralité, l'alimentation entérale et la nécessité de réparation chirurgicale par un patch prothétique. Les analyses ont été ajustées pour tenir compte des principaux facteurs de gravité de la hernie diaphragmatique congénitale (côté de la hernie, présence intrathoracique du foie, l'âge gestationnel à la naissance et le *lung-to-head* ratio).

Résultats. Les taux de mortalité à 28 jours diminuaient de manière significative ($p < 0,001$) lorsque l'âge gestationnel au moment du diagnostic augmentait : 61,1 %, 39,2 % et 10,4 % pour un diagnostic aux premier, deuxième et troisième trimestres, respectivement. Les odds ratios ajustés étaient 3,10 [1,85 à 5,21] et 0,35 [de 0,18 à 0,66] pour un diagnostic aux premier et troisième trimestres, respectivement, par rapport à un diagnostic au deuxième trimestre. De même, la morbidité diminuait de façon significative lorsque l'âge gestationnel au moment du diagnostic augmentait et la tendance est restée significative après ajustement pour les facteurs principaux de gravité de la hernie diaphragmatique congénitale ($p < 0,001$).

Conclusion. L'âge gestationnel au moment du diagnostic est un facteur prédictif indépendant du pronostic postnatal pour les enfants présentant une hernie diaphragmatique congénitale isolée et doit être pris en compte lors de l'estimation de la mortalité et la morbidité postnatales.

12h57-13h02 PC3. Impact de la sous-estimation des mesures de clarté nucale sur la sensibilité du dépistage de la trisomie 21

N. Fries¹, L. Salomon², V. Houfflin-Debargé³, P. Coquel⁴, F. Muller⁵, M. Dommergues⁶

1. CFEF, Montpellier, France

2. Hôpital Necker, Paris, France

3. Hôpital Jeanne de Frandre, Lille, France

4. CEPPIM, Paris, France

5. Hôpital Robert Debré, Paris, France

6. Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France

Correspondance : marc.dommergues@gmail.com

Introduction. Les modèles mathématiques prédisent qu'une sous-estimation des mesures de clarté nucale (MCN) diminue la sensibilité du dépistage combiné de la trisomie 21. Notre objectif est de vérifier cette hypothèse en observation de données réelles.

Méthodes. De janvier 2010 à décembre 2013 les données des 1,8 million de dépistages combinés effectués en France ont été stockées sur une base internet sécurisée (<https://www.bionuqual.org/echo.php>, approbation CNIL DA1529842-DE2012008) gérée par le club utilisateur de bionuqual (CUB) associant notamment le Collège national des gynécologues et obstétriciens français, le Collège français d'échographie fœtale, le Collège d'évaluation des pratiques professionnelles en imagerie médicale, l'Association des biologistes agréés. L'unité d'analyse était chaque ensemble de dépistages effectués sur 12 mois consécutifs par un échographiste avec 100 % de suivi du caryotype fœtal en cas de risque $> 1/250$. Sur chaque ensemble avec issue connue (EIC), nous avons calculé la médiane de MCN en MoM, le taux de dépistages positifs, et la sensibilité estimée à partir du nombre de cas de trisomie attendu selon la répartition des âges maternels.

Résultats. Globalement, 12 % des échographistes avaient une MCN médiane $< 0,70$ MoM, 29 % une MCN médiane de 0,70-0,79, 35 % une MCN médiane de 0,80-0,89, 24 % une MCN médiane de 0,90-1,09, et 1 % une MCN médiane $> 1,10$. La MCN médiane était $< \text{ou} = 0,85$ dans 393 EIC (81 552 dépistages, groupe A) et $> 0,85$ dans 219 EIC (58 006 dépistages, groupe B). Dans le groupe A, la sensibilité était de 60 % (IC 53-66) pour un taux de dépistage positif de 2,2 %. Dans le groupe B, la sensibilité était de 81 % (IC 74-87) pour un taux de dépistage positif de 3,4 %.

Conclusion. Les dépistages combinés de trisomie effectués à partir de mesures faites par les échographistes dont la médiane de MCN est $< \text{ou} = 0,85$ MoM sont associés à une sensibilité significativement plus basse que ceux effectués avec les mesures d'échographistes dont la médiane de MCN est $> 0,85$ MoM.

13h03-13h08 PC4. Le décollement rétinien exsudatif séreux : une complication réelle de la prééclampsie sévère

R. Delangle, C. Brisson, C. Arthuis, G. Lemée, F. Perrotin

CHU Tours, Tours, France

Correspondance : chloearthuis@gmail.com

Introduction. Le décollement rétinien exsudatif séreux (DSRE) est l'une des principales complications ophtalmologiques retrouvées lors d'une prééclampsie sévère. L'objectif de l'étude était de rechercher la fréquence de cette complication et d'évaluer son évolution lors d'une prééclampsie sévère.

Matériel et méthodes. Il s'agit d'une étude prospective, unicentrique incluant toute patiente présentant une prééclampsie sévère entre juillet 2014 et juin 2015. Un fond d'œil et un OCT étaient réalisés dans le post-partum immédiat par un opérateur unique. Pour chaque cas, les antécédents, les données de la surveillance obstétricale et du péripartum étaient recueillis.

Résultats. Parmi les 17 patientes incluses, 7 patientes (41,2 %) ont présenté une symptomatologie ophtalmologique après le diagnostic de prééclampsie sévère dont 6 (35,3 %) à type de baisse d'acuité visuelle profonde, de myodésopsies ou d'amaurose. L'accouchement était par césarienne dans 15 cas (88,2 %). Pour 4 (23,5 %), un diagnostic de DSRE bilatéral avait été établi au fond d'œil et confirmé par OCT. Le seul facteur retrouvé pour l'apparition d'un DSRE était l'existence d'une hypo-albuminémie inférieure à 20 g/l ($p = 0,0004$). Il n'était pas retrouvé, chez les patientes atteintes, d'autres complications de la prééclampsie, ni de différences sur les autres données du suivi obstétrical et du péripartum. La baisse d'acuité visuelle a été spontanément favorable dans 100 % des cas en 15 à 60 jours. Cependant, il était tout de même observé des séquelles définitives.

Conclusion. Le DSRE survenait chez près d'un quart des patientes présentant une prééclampsie sévère. L'évolution de l'acuité visuelle est généralement favorable spontanément. Les séquelles persistantes, dont le retentissement sur la vision à distance reste inconnu, nécessitent un suivi à moyen et long terme.

13h09-13h14 PC5. Effets de l'obésité maternelle sur la croissance fœtale

D. Mitanchez¹, S. Jacqueminet², C. Ciangura², J. Lacorte³, C. de Carné⁴, M. Tanguy⁵, M. Dommergues⁶, J. Nizard⁶

1. Service de néonatalogie - Hôpital Armand Trousseau et UPMC université Paris VI, Paris, France
 2. Service de diabétologie - Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France
 3. Service de biochimie endocrinienne et oncologique - Hôpital Pitié-Salpêtrière et UPMC université Paris VI, Paris, France
 4. Service de gynécologie-obstétrique - Hôpital Armand Trousseau, Paris, France
 5. URC - Hôpital Pitié-Salpêtrière, Paris, France
 6. Service de gynécologie-obstétrique - Hôpital Pitié-Salpêtrière et UPMC université Paris VI, Paris, France
- Correspondance : Delphine.mitanchez@aphp.fr

Objectif. Étudier les effets de l'obésité maternelle sur la croissance fœtale en dehors de ceux du diabète.

Méthode. Étude prospective bi-centrique cas-témoins (PHRC régional).

Population. Des femmes enceintes non obèses (GNO) ($18,5 \leq \text{IMC} < 25 \text{ kg/m}^2$) ont été comparées à des femmes enceintes obèses (GO) ($\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$). Le dépistage du diabète gestationnel (DG) était réalisé par une glycémie à jeun au 1^{er} trimestre dans le GO, puis dans les deux groupes par une HGPO entre 24-28 SA et à 32 SA et une glycémie à jeun entre 37-38 SA. Toutes les patientes diabétiques étaient traitées selon le même protocole.

Critères d'évaluation. Mesures anthropométriques du nouveau-né et des plis cutanés à J2-J3. Dosages hormonaux au sang de cordon.

Résultats. Quatre cent quatre-vingt-seize femmes ont été incluses, 243 dans le GNO et 253 dans le GO. Les plis cutanés étaient mesurés pour 216 NN dans GNO et pour 213 NN dans le GO. Vingt et un pour cent des femmes avaient un DG dans le GNO et 46 % dans le GO. Le terme et le poids de naissance (PN) étaient comparables dans les deux groupes. La mesure des plis cutanés, la leptine et le poids du placenta étaient significativement augmentés dans le GO uniquement chez les filles. En analyse multivariée, le diabète (traité) n'était pas associé au PN, ni aux plis cutanés. L'obésité n'était pas associée au PN, mais était associée aux plis cutanés ($p = 0,004$) et au poids du placenta ($p = 0,025$). Des valeurs élevées de leptine chez le NN étaient associées à l'obésité et au sexe féminin. Dans le GO, le taux de leptine était augmenté en moyenne de 4,53 ng/ml chez les filles et de 0,45 ng/ml chez les garçons.

Conclusion. L'obésité maternelle n'augmente pas le PN mais augmente la masse grasse du nouveau-né. Cet effet est plus important chez les filles que chez les garçons.

12h45-12h50 PC6. OPTILAX - Relations entre les variations de laxité ligamentaire et les modifications de statique pelvienne au cours de la grossesse

B. Gachon¹, D. Desseauve¹, L. Fradet², X. Fritel¹, P. Lacouture², F. Pierre¹

1. CHU de Poitiers - Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, Poitiers, France

2. Institut PPrime, UPR 3346 CNRS université de Poitiers ENSMA, axe robotique biomécanique sport et santé, Chasseneuil-du-Poitou, Futuroscope, France

Correspondance : bertrand.gachon@gmail.com

Objectif. Pour clarifier le rôle de la grossesse dans les perturbations de la statique pelvienne, notre objectif était de rechercher une association entre les variations de laxité ligamentaire (LL) et les modifications de statique pelvienne au cours de la grossesse.

Patientes et méthodes. Il s'agit d'une étude prospective avec un suivi longitudinal à chaque trimestre de grossesse. Chaque évaluation comprenait une mesure de la LL (degré d'extension passive de l'index de la main non dominante pour un couple appliqué à la deuxième articulation métacarpo-phalangienne de 0,26N.m) et une évaluation échographique 3D de la statique pelvienne (surface du hiatus urogénital (HUG) en manœuvre de Valsalva). Il était recherché une association entre l'amplitude des variations de ces paramètres ainsi qu'une corrélation entre le degré d'extension de l'index pour 0,26N.m et la surface du HUG en manœuvre de Valsalva. L'analyse statistique était réalisée à l'aide d'un test de Wilcoxon et du calcul du coefficient « R » de Spearman. Le seuil de significativité était retenu pour $p < 0,05$. Le projet était approuvé par un comité d'éthique.

Résultats. Trente patientes ont été incluses. L'extension passive de l'index pour 0,26N.m augmentait de 44,5° au premier trimestre à 54° au troisième ; $p < 0,05$. La surface du HUG en manœuvre de Valsalva augmentait de 18,5 cm² au premier trimestre à 24 cm² au troisième ; $p < 0,05$. Il n'était pas trouvé d'association entre l'amplitude des variations de ces paramètres ($R = 0,14$; $p = 0,59$). Le degré d'extension de l'index pour 0,26N.m était corrélé à la surface du HUG en manœuvre de Valsalva ($R = 0,26$; $p < 0,05$) et était plus important chez les patientes ayant une surface du HUG > 25 cm² en Valsalva (58,1° contre 48,2° ; $p < 0,05$).

Conclusion. La surface du HUG et le degré d'extension passive de l'index sont corrélés pendant la grossesse. Une analyse du risque de troubles de la statique pelvienne en post-partum en fonction de cette mesure de LL pendant la grossesse compléterait ces données.

12h51-12h56 PC7. Évaluation de la satisfaction des patientes après stérilisation tubaire par la méthode Essure® réalisée sans anesthésie. À propos d'une étude au CHU de Besançon

E. Rufenacht

Gynécologie-obstétrique, Besançon, France

Correspondance : e.rufenacht@hotmail.fr

Objectif. Le dispositif Essure® est un moyen de stérilisation tubaire par voie hystéroscopique. Notre étude a pour but d'évaluer rétrospectivement la satisfaction des patientes ayant bénéficié d'une pose d'Essure® sans anesthésie.

Matériel et méthodes. L'étude descriptive a inclus toutes les patientes ayant bénéficié d'une pose d'Essure® sans anesthésie, sous MEOPA, du premier janvier 2013 au 28 février 2014 au CHU de Besançon. L'évaluation de la satisfaction globale des patientes a été recueillie rétrospectivement par questionnaire téléphonique.

Résultats. Cent quarante-trois patientes ont bénéficié d'une pose d'Essure® sans anesthésie durant la période d'étude au CHU de Besançon, et parmi elles 120 patientes ont répondu au questionnaire téléphonique. L'âge moyen était de 41,3 ans. En ce qui concerne la satisfaction et la tolérance, 89,2 % des patientes ont déclaré être globalement satisfaites de cette procédure, et 95,8 % la recommanderaient à une amie. En effet, 66,6 % des patientes ont déclaré n'avoir ressenti aucune douleur ou une douleur modérée. De plus, le MEOPA a été bien toléré chez 79,9 % des patientes. En ce qui concerne la procédure de pose d'Essure® sans anesthésie, le taux d'échec de la pose était de 9,2 %, et à 3 mois le contrôle radiologique était satisfaisant chez 94,5 % des patientes.

Conclusion. La stérilisation tubaire par implants Essure® est une procédure rapide et efficace. Notre étude montre qu'actuellement cette technique peut être réalisée sans anesthésie, lors d'une consultation dédiée, avec un taux important de satisfaction globale des patientes. Cela permet donc de diminuer le nombre d'hospitalisations en chirurgie ambulatoire et de diminuer le coût de cette intervention.

12h57-13h02 PC8. Étude de l'efficacité biomécanique de la promontofixation coelioscopique avec ou sans hystérectomie subtotale dans la cure de prolapsus génital

M. Canaguier¹, A. Vega Guerrero², M. Chehab¹, E. Jacquet², J. Chambert², D. Riethmuller¹, R. Ramanah¹

1. Service de gynécologie-obstétrique, CHRU de Besançon, Besançon, France

2. Université de Franche-Comté, Besançon, France

Correspondance : margaux.canaguier@gmail.com

Objectifs. La promontofixation coelioscopique (PC) est aujourd'hui une des techniques chirurgicales les plus courantes dans la cure de prolapsus génital. Une hystérectomie peut y être associée mais peu de données existent concernant son utilité. Notre but était de comparer l'efficacité biomécanique de la PC avec ou sans hystérectomie subtotale (HST) dans la cure de prolapsus génital, avec l'hypothèse qu'une hystérectomie pourrait améliorer les contraintes et la déformation des organes pelviens et des ligaments cardinaux et utérosacrés.

Matériel et méthodes. Les IRM pré- et postopératoires de deux patientes respectivement opérées de PC avec et sans HST ont été utilisées après consentement éclairé. Des modèles 3D des organes pelviens et des ligaments cardinaux et utérosacrés ont été construits avec le logiciel Slicer[®], transformés en maillage géométrique sur Rhinoceros[®] puis en un modèle solide sur SolidWorks[®]. L'étude biomécanique a été réalisée par la méthode des éléments finis grâce au logiciel ANSYS[®].

Résultats. On constate une augmentation équivalente des contraintes sur les organes pelviens après PC avec (4,92 MPa avant contre 6,81 MPa après chirurgie) ou sans HST (8,84 MPa avant contre 30,34 MPa après chirurgie). Cependant, la déformation des organes pelviens diminue après PC avec HST (0,12 avant contre 0,08 après chirurgie) mais augmente en cas de conservation utérine (0,19 avant contre 0,67 après la chirurgie). Les contraintes et la déformation diminuent après les deux types de chirurgie au niveau des deux ligaments cardinaux et du ligament utérosacré droit mais augmentent au niveau du ligament utérosacré gauche.

Conclusion. La PC avec conservation utérine est associée à une augmentation de la déformation des organes pelviens. On observe une augmentation postopératoire des contraintes et de la déformation du ligament utérosacré gauche en raison du positionnement de la prothèse à droite. Ces résultats pourraient expliquer certaines récives ou douleurs après PC.

13h03-13h08 PC9. Apport d'un simulateur d'hystérocopie virtuelle dans l'apprentissage de la résection hystérocopique de fibrome

M. Faurant, S. Francois, P. Bouet, L. Catala, C. Lefebvre-Lacœuille, P. Gillard, P. Descamps, G. Legendre

CHU Angers, Angers, France

Correspondance : mcfaurant@gmail.com

Objectif. Évaluer l'intérêt du simulateur hystérocopique haute fidélité dans l'apprentissage de la résection de fibrome chez de jeunes opérateurs novices.

Matériels et méthodes. Une étude prospective unicentrique a été menée du 1^{er} au 31 août 2014. Vingt étudiants en médecine ont participé à une formation grâce au simulateur VirtaMed HystSim™ (VirtaMed AG, Zurich, Suisse). Chaque étudiant effectuait une résection de myome type 0 après courte démonstration d'une résection sur le simulateur. L'exercice était répété après soixante minutes d'entraînement sur d'autres scenarii. Le critère de jugement principal était le temps de résection du myome avant et après entraînement. Les critères de jugement secondaires étaient la quantité totale de sérum utilisée, le nombre de contacts entre l'optique et la cavité utérine et la perforation utérine.

Résultats. Vingt étudiants novices âgés de 23 ans ($\pm 0,8$ ans) ont participé à l'étude. Le temps de procédure moyen pour l'exercice type après entraînement était diminué de façon significative (170 s *versus* 335 s, $p < 0,01$). Il en était de même pour la quantité totale de sérum utilisée (335 ml *versus* 717 ml, $p < 0,01$) et le nombre de contacts entre l'optique et la cavité utérine (0,2 contact *versus* 3, $p = 0,012$). Aucune perforation n'est survenue au cours des deux scenarii évalués.

Conclusion. L'utilisation d'un simulateur de réalité virtuelle pourrait avoir un intérêt dans l'apprentissage de la résection hystérocopique chez de jeunes opérateurs.

Pas de conflit d'intérêt.

13h09-13h14 PC10. Cancer du sein triple négatif : une étude française multicentrique

L. Ouldamer¹, V. Weymuller², A. Rousselin³, P. Bertherat⁴, F. Arbion¹, X. Fritel⁴, G. Body¹

1. CHRU Bretonneau, Tours, France

2. CHRU Tours, Tours, France

3. CHU Brest, Brest, France

4. CHU Milétrie, Poitiers, France

Correspondance : louldamer@yahoo.fr

Objectif. Le but de notre travail était de caractériser une cohorte multicentrique de patientes françaises avec un cancer du sein triple négatif.

Méthodes. Nous avons inclus toutes les patientes consécutives présentant un cancer du sein triple négatif sur 3 centres spécialisés dans le cancer du sein entre janvier 2009 et décembre 2013.

Résultats. Sur les 3 177 patientes consécutives opérées pour un cancer du sein durant la période de l'étude, 289 (9,1 %) patientes ont été incluses dans notre étude. L'âge moyen était de $57,2 \pm 16,3$ ans (26-93) avec un indice de masse corporelle (IMC) de $25,1 \pm 5,3$ kg/m² (15-53,4). Cent soixante-cinq patientes étaient ménopausées au moment du diagnostic, parmi lesquelles 24,2 % avaient reçu un THM. La taille moyenne tumorale était de $25,1 \pm 20,9$ mm, les emboles et la multifocalité étaient présents chez 21,8 % et 12,8 % respectivement. Quatre-vingts (27,7 %) patientes avaient une atteinte ganglionnaire axillaire ; 37 (12,8 %) patientes ont eu une récurrence locale dans un délai moyen de $39,2 \pm 49,5$ mois (8-216) et 62 (21,4 %) patientes ont développé des métastases à distance dans un délai moyen de $14,1 \pm 24,8$ mois (0-183). Nous avons comparé ces patientes avec des patientes porteuses des autres sous-types moléculaires tumoraux. Les patientes avec tumeurs triple négatives étaient plus jeunes ($p < 0,0001$), étaient moins souvent sujettes à une récurrence locale ($p < 0,0001$) et plus souvent sujettes à des métastases à distance ($p < 0,0001$).

12h45-12h50 PC11. Facteurs prédictifs de réussite de maturation (Bishop > 6) après déclenchement artificiel du travail sur utérus cicatriciel et col défavorable à l'aide du double ballonnet de dilatation cervicale

G. Ducarme, J. Grange, M. Vital

Centre hospitalier départemental, La Roche-sur-Yon, France
Correspondance : g.ducarme@gmail.com

Objectif. Rechercher des facteurs prédictifs de réussite de maturation par ballonnet de dilatation cervicale sur utérus unicatriciel et col défavorable.

Matériel et méthodes. Étude prospective, observationnelle, unicentrique, incluant toutes les patientes ayant bénéficié de la pose d'un double ballonnet de dilatation cervicale entre le 1^{er} janvier et le 30 juin 2015. Les patientes porteuses d'un utérus unicatriciel, un col défavorable (Bishop \leq 6), singleton, en présentation céphalique, > 34 SA, membranes intactes et une indication médicale de déclenchement étaient incluses. Les patientes devaient donner leur accord après avoir reçu les informations sur le système du double ballonnet. Le critère principal était un score de Bishop > 6 lors du retrait du système 12 heures après la pose. Les critères secondaires étaient le taux d'accouchement par voie basse (AVB), le délai pose-naissance et les facteurs prédictifs d'AVB.

Résultats. Quarante patientes ont été incluses (âge moyen de $31 \pm 5,3$ ans, parité moyenne de $1,3 \pm 0,6$, IMC moyen de $26,5 \pm 8,9$ kg/m², terme moyen lors de la maturation de $39,4 \pm 1,4$ SA). Huit femmes (18 %) avaient un antécédent d'accouchement par voie basse. Les principales indications de la maturation étaient une grossesse prolongée (n = 16, 40 %) et un diabète gestationnel déséquilibré (n = 6,15 %). Le score de Bishop initial était < 3 chez 21 patientes (52 %). La maturation a été jugée efficace (Bishop > 6) dans 73 % des cas (n = 29) au bout de 12 heures avec une augmentation moyenne du Bishop de $3,5 \pm 1,6$. La mise en travail spontanée s'est faite dans 22 % des cas (n = 9). Le ballonnet a permis d'envisager un AVB chez 42,5 % des patientes (n = 17). Le délai moyen entre la pose du ballonnet et la naissance était de $19,7 \pm 7$ heures. Aucune complication materno-fœtale n'a été observée. Seuls un score de Bishop \geq 3 (OR = 1,61, IC 95 % 1,21-2,14) et l'ouverture de l'orifice interne du col lors de la pose (OR = 1,57, IC 95 % 1,05-2,34) étaient prédictifs de la réussite de la maturation. Aucun paramètre maternel ou obstétrical n'était prédictif de l'AVB. Après analyse multivariée ajustée sur des facteurs confondants, aucun critère étudié n'était prédictif de la réussite de la maturation cervicale.

Conclusions. Le double ballonnet de dilatation cervicale a permis à près de 75 % des patientes avec un utérus unicatriciel nécessitant une induction de la parturition d'avoir un col jugé favorable et à plus de 40 % des patientes d'éviter une césarienne systématique. Mais aucun critère maternel ou obstétrical ne semble prédictif de la réussite de la maturation cervicale par ce système.

12h51-12h56 PC12. Un nouvel instrument dans la gestion de l'hémorragie de la délivrance : le spéculum à quatre valves

J. Cohen, M. Bornes, A. Zanini-Grandon, E. Darai

Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Tenon, Assistance publique des hôpitaux de Paris, université Pierre et Marie Curie Paris 6, GRC 6-UPMC, Paris, France

Correspondance : drcohenjonathan@gmail.com

Introduction. Afin de réaliser la révision de la filière génitale dans la gestion de l'hémorragie de la délivrance, l'exposition doit être optimale pour diagnostiquer et traiter une éventuelle déchirure vaginale et/ou cervicale. L'obstétricien doit demander de l'aide pour tenir les valves vaginales. C'est la qualité de l'exposition qui détermine la rapidité et la qualité de la prise en charge d'une lésion cervicale ou vaginale permettant ainsi de limiter le risque de saignement et de transfusion. Si l'obstétricien veut s'exposer sans aide pour permettre à ses collaborateurs d'effectuer les gestes complémentaires (massage utérin, pose de voie veineuse, réalisation d'un bilan sanguin, préparation d'une transfusion, soins au nouveau-né...), il ne dispose plus que d'une seule main pour l'exploration et le traitement des déchirures de la filière génitale.

Objectifs. Fabriquer un instrumentation spécifique pour la révision de la filière génitale.

Méthodes. Nous avons imaginé un dispositif permettant à l'obstétricien de s'exposer et d'analyser la filière génitale sans l'apport d'une aide extérieure. Il s'agit d'un double écarteur que nous avons appelé spéculum à 4 valves. Notre invention est protégée par le brevet FR 2971410 délivré par l'INPI sous l'égide de l'Assistance publique hôpitaux de Paris.

Résultats. Nous présentons plusieurs films courts (environ une minute) d'utilisation du spéculum à 4 valves dans le post-partum immédiat. Il s'agit d'un instrument autostatique à 4 valves vaginales permettant d'écarter les parois vaginales et de les maintenir en position écartée sans intervention extérieure. Le spéculum à 4 valves comprend 2 tiges perpendiculaires. Chaque tige soutient une valve fixe et une valve fixée sur une branche qui coulisse sur la tige. Les branches coulisent grâce à un système de vis-crémaillère. Il s'agit d'un instrument en métal auto-clavable. Le spéculum à 4 valves s'insère fermé dans le vagin, la valve fixe la plus longue étant la valve postérieure. Le spéculum s'ouvre à l'aide des deux vis le long des tiges verticale et horizontale.

Conclusion. Le spéculum à 4 valves est un instrument pratique et facile d'utilisation qui permet de réaliser très vite le diagnostic et le traitement d'une lésion de la filière vaginale dans le post-partum immédiat. Il s'agit d'un instrument stérilisable.

12h57-13h02 PC13. Effet de l'amnio-infusion sur le taux de réussite d'une seconde tentative de VME : essai ouvert prospectif randomisé contrôlé

C. Diguisto¹, N. Winer², E. Tavernier³, B. Giraudeau³, F. Perrotin¹

1. CHRU Tours, Tours, France

2. CHU Nantes, Nantes, France

3. CIC, Tours, France

Correspondance : carolinediguisto@gmail.com

Objectif. Évaluer l'effet de l'amnio-infusion sur le taux de réussite d'une seconde tentative de version par manœuvre externe (VME) en cas de présentation du siège.

Matériel et méthodes. Les femmes avec une grossesse singleton entre 34 et 37 SA dont le fœtus était en présentation du siège et ayant eu une première VME infructueuse ont été incluses. Les utérus cicatriciels, les anomalies de liquide amniotique, les malformations fœtales ou utérines étaient des critères d'exclusion. Les femmes étaient randomisées, avec une stratification sur l'ILA et sur le centre, pour bénéficier soit d'une amnio-infusion puis d'une VME dans les 6 heures soit d'une VME seule. Les amnio-infusions se déroulaient par voie trans-abdominale, 500 ml de sérum physiologique étaient amnio-infusés par des opérateurs expérimentés sous contrôle échographique. Le critère de jugement principal était le taux de présentation céphalique à l'accouchement. Le protocole a été accepté par le CPP, et l'ensemble des participantes ont donné leur consentement éclairé.

Résultats. Entre 2006 et 2011, au sein de deux maternités, 119 femmes ont été randomisées. Cinquante-neuf femmes ont bénéficié d'une amnio-infusion avant leur deuxième VME et 60 femmes ont eu une deuxième VME seule. Le taux de présentation céphalique à l'accouchement était plus élevé dans le groupe amnio-infusion (20 % *versus* 12 %), mais cette différence n'était pas significative ($p = 0,20$). Le taux de présentation céphalique deux heures après la VME était plus élevé dans le groupe amnio-infusion (18 % *versus* 5,8 % ; $p = 0,05$). Aucune différence n'a été observée entre les deux groupes pour le délai entre la VME et l'accouchement ou le taux d'accouchement par césarienne. Dans le groupe amnio-infusion, un cas d'hématome au point de ponction, 8 cas de rupture prématurée des membranes et un cas de chorioamniotite ont été observés.

Conclusion. L'amnio-infusion avant une deuxième tentative de VME ne permet pas d'augmenter le taux de présentation céphalique à l'accouchement.

13h03-13h08 PC14. Qualité des soins aux urgences gynécologiques : définition d'un délai raisonnable pour la prise en charge

M. Ravit¹, M. Fermat¹, X. Fritel², I. Lecreff¹, A. Brossard², A. Fauconnier³

1. Université de Versailles St-Quentin (UVSQ), Montigny-le-Bretonneux, France

2. Centre hospitalier universitaire de Poitiers, Poitiers, France

3. UVSQ, CHI Poissy/St-Germain, Montigny-le-Bretonneux, Poissy, France

Correspondance : marion.ravit@gmail.com

Introduction. Les urgences porteuses de risque (UPR) en gynécologie regroupent plusieurs pathologies qui partagent la nécessité d'être diagnostiquées dans des délais courts pour éviter leur progression vers des complications graves pouvant engager le pronostic fonctionnel ou vital.

Objectif. L'objectif de cette étude est d'analyser la répartition des délais de prise en charge chirurgicale des UPR, les déterminants et les conséquences pour définir un délai raisonnable.

Matériel et méthodes. Il s'agit d'une étude rétrospective, observationnelle, réalisée dans deux maternités ayant inclus les séjours consécutifs en 2012 des femmes de 18 à 45 ans, ayant consulté pour algies pelviennes aiguës et/ou métrorragies. Nous avons défini les UPR comme : la grossesse extra-utérine (GEU) avec complication hémorragique, la fausse couche hémorragique (FCH), la salpingite aiguë compliquée d'abcès (SA compliquée), d'une pelvipéritonite et/ou d'un choc septique et la torsion d'annexe. Le délai de prise en charge chirurgicale a été défini comme le temps entre l'heure d'arrivée aux urgences et l'heure d'entrée au bloc opératoire ou d'admission en gynécologie pour les SA compliquées. L'analyse a porté sur la description des délais de prise en charge des différentes situations d'urgence en gynécologie.

Résultats. Le délai de prise en charge chirurgicale était disponible pour 200 séjours dont 105 (52,5 %) identifiés comme UPR. Le délai est en moyenne de 8 h 10 (médiane : 3 h 15). Lorsque les séjours sont liés à des UPR, ce délai est significativement plus court, en moyenne de 5 h 03 (médiane : 2 h 05). Soixante-quinze pour cent des UPR ont un délai de prise en charge chirurgicale inférieur à 4 h 05 minutes.

Conclusion. Les situations d'UPR sont en général bien diagnostiquées et le soin organisé dans un délai en rapport avec ces situations. Un délai de prise en charge rapide (moins de 4 h) semble réalisable en pratique pour des équipes de centres universitaires à fortes activités d'urgence gynécologique.

13h09-13h14 PC15. Performance du programme de médicalisation du système d'information (PMSI) dans le repérage des patientes hospitalisées pour urgences porteuses de risque en gynécologie

M. Fermat¹, A. Serfaty², A. Brossard³, J. Razafimamonjy⁴, S. Bousbaine⁵, X. Fritel³, A. Fauconnier⁶

1. Unité RISCQ, université de Versailles St-Quentin-en-Yvelines, Montigny-le-Bretonneux, France

2. Service d'information médicale, hôpital Trousseau/La Roche-Guyon, AP-HP, Paris, France

3. Service de gynécologie-obstétrique et médecine de la reproduction, CHU de Poitiers, Poitiers, France

4. Service d'information médicale, CHI de Poissy St-Germain-en-Laye, Poissy, France

5. Service d'information médicale, CHU de Poitiers, Poitiers, France

6. Unité RISCQ, EA 7285, Université de St-Quentin-en-Yvelines, Montigny-le-Bretonneux, France

Correspondance : marion_laure@hotmail.com

Introduction. Les urgences porteuses de risque en gynécologie (UPR) regroupent des pathologies, telles les grossesses extra-utérines ou les fausses couches hémorragiques, qui en l'absence de diagnostic précoce et d'une prise en charge adaptée peuvent évoluer vers des complications avec engagement du pronostic fonctionnel ou vital. Ce concept d'UPR est utile pour l'évaluation des pratiques professionnelles en gynécologie, car ces pathologies peuvent être considérées comme des traceurs de la qualité du soin. Le repérage des séjours des UPR dans le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) permettrait l'étude de ces dossiers médicaux pour évaluer les pratiques de soin. Notre objectif est d'évaluer la performance du PMSI dans le repérage des UPR en gynécologie.

Matériels et méthodes. Cette étude rétrospective, observationnelle a inclus, dans deux maternités en 2012, les séjours des femmes ayant consulté pour algies pelviennes aiguës et/ou métrorragies puis hospitalisées. Les UPR sont identifiées à partir des données du PMSI par des algorithmes basés sur les consignes de codage, puis par des algorithmes basés sur les pratiques de codage. L'analyse porte sur la mesure de la performance des algorithmes (sensibilité, spécificité, rapport de vraisemblance positif) et la description des écarts au codage.

Résultats. Sur la base des consignes de codage, les algorithmes repèrent les UPR avec une sensibilité de 12,7 % (IC 95 % = 7,1-18,3) et une spécificité de 98,7 % (IC 95 % = 97,3-100). Sur la base des pratiques de codage, les algorithmes repèrent les UPR avec une sensibilité à 69,4 % (IC 95 % = 62-77) et une spécificité à 77,5 % (IC 95 % = 72-83). Les écarts au codage les plus fréquents concernent les codes en position de diagnostic et entraînent un défaut de description des complications.

Discussion. Nos résultats montrent une variabilité du codage des séjours dans le PMSI, avec des écarts au codage, ce qui compromet l'utilisation du PMSI comme outil de repérage des UPR.

P1. Evaluation by obstetrics providers of simulated postpartum blood loss while using a collector bag: a French prospective simulation study

M. Richard, L. Sentilhes, P. Bouet, M. Chancerel, S. Matuszewski, G. Legendre

CHU Angers, Angers, France

Correspondance : marionrichard2207@gmail.com

Objectives. Postpartum hemorrhage (PPH) is one of the most common causes of mortality in obstetrics all over the world. The accuracy in the estimated blood loss is, as a fact, a priority, in determining appropriate treatment. The collector bag is one of the objective tools used to estimate blood loss. The aim of this study was to evaluate the accuracy of estimating blood loss by medical professionals working in the delivery room during simulated training sessions.

Material (Patients/Method). A prospective study occurred in a level three maternity ward in a teaching hospital between October first and October thirteenth 2013. All of the medical staff of the department (midwives, residents of obstetrics and gynecology, and obstetricians) were invited to participate to the study. Simulation training sessions occurred in which a vaginal delivery was recreated. During the training, six scenarios were proposed to each participant for them to determine the blood loss (350, 550, 1100, 1600, 2100, and 2500ml). The primary endpoint was to determine if participants could accurately evaluate blood loss within a 20% error margin.

Results. 90.7% of the medical staff participated, including 77 midwives, 12 obstetricians and nine residents. Ninety three to 98% of the participants were accurate in their answer depending on which volume they had to estimate. For the lowest volume (350ml), there was 11.1% overestimation between the estimated volume of blood loss (EBV) and the real volume of blood loss (RBV). However, there was an 8.8% underestimation between the EBV and the RBV found for the highest volume of 2500ml. The only significant factors associated with a decrease in estimation accuracy for the estimated blood loss was for participants to worked in another section of the department ($p=0.02$) or to work for less than 50% of a work shift in the delivery room ($p<0.001$).

Conclusion. The accuracy of the estimated blood loss for the obstetrical medical staff, using the collector bag, is more than 96%. The collector bag is a useful and dependable tool to diagnose PPH and estimate blood loss.

P2. Exposition au chlordécone, durée de gestation et risque de prématurité

P. Kadhel¹, C. Monfort², N. Costet², F. Rouget², J. Thomé³, L. Multigner², S. Cordier²

1. Service de gynécologie et obstétrique, pôle parent-enfant, CHU de Pointe-à-Pitre Abymes, Pointe-à-Pitre, France
 2. Institut national de la recherche médicale (Inserm) U1085, Institut de recherche sur la santé, l'environnement et travail (Irset), Rennes, France
 3. Université de Liège, Center for Analytical Research and Technology, Liège, Belgique
- Correspondance : philippe.kadhel@orange.fr

Objectifs. La population des Antilles françaises est à risque élevé de naissances prématurées (NP). Les polluants organiques persistants n'ont pas été associés de façon certaine à la durée de gestation (DG) ou à la prématurité. Le chlordécone (CH) est un pesticide organochloré dont l'emploi aux Antilles a abouti à une contamination chronique de la population. Nous analysons ici les relations entre cette exposition maternelle et la DG et le risque NP.

Patientes et méthodes. Nous avons réalisé en Guadeloupe une étude observationnelle, prospective, de 818 femmes enceintes entre 2004 et 2007, à partir de la cohorte Timoun (validée par CCPRB). L'exposition au CH et à d'autres composés organochlorés était évaluée par dosage plasmatique. L'association avec la DG a été analysée par régression linéaire multiple et avec la NP par modèle de Cox.

Résultats. La concentration plasmatique médiane de CH était de 0,39 g/l (interquartile range, 0,18–0,83). La DG moyenne était de 38,8 semaines, et 14,1 % des naissances (n = 115) étaient des NP. Aucune corrélation n'était observée avec les concentrations plasmatiques de DDT (p = 0,017) ou de PCB, les principaux autres organochlorés détectés. Une augmentation de 1 log₁₀ de la concentration de CH était associée à une diminution de la DG (- 0,27 semaine ; IC 95 % : - 0,50, - 0,03) et à une augmentation du risque de NP (60 % ; IC 95 % : 10, 130). Les niveaux de CH les plus élevés avaient une association de mode dose-réponse, que le travail soit induit ou spontané.

Conclusion. Nous avons observé que plus l'exposition au CH est importante, plus la gestation est raccourcie. Cette association pourrait résulter de l'activité estrogène-like et/ou progestérone-like du CH. Ces résultats sont d'importance en santé publique étant donné l'extrême persistance du CH dans l'environnement et le contexte de haut niveau de NP dans cette population.

P3. Rôle des acides aminés donneurs de NO dans le retard de croissance intra-utérin grâce à la mesure de la production de NO *in vivo* par l'arginine et la citrulline marquées dans un modèle murin

V. Dochez¹, A. Bourdon², V. Ferchaud-Roucher², M. Croyal², E. Misbert¹, J. Hannigsberg², T. Tran², P. Parnet², N. Winer¹, D. Darmaun²

1. Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Mère-enfant CHU Nantes, Nantes, France

2. UMR 1280 PhAN, CHU Hôtel-Dieu, Nantes, France

Correspondance : v.dochez@gmail.com

Introduction. Le retard de croissance intra-utérin (RCIU), cause fréquente de morbi-mortalité périnatale, résulte en partie d'une réduction du flux sanguin placentaire. Des acides aminés (AA) donneurs de monoxyde d'azote (NO), comme la citrulline et l'arginine, pourraient augmenter ce flux. Des travaux ont déjà montré l'intérêt des AA donneurs de NO dans la croissance foetale. L'objectif de notre travail est de vérifier le caractère donneur de NO de ces AA.

Matériels et méthodes. Nous avons mis au point la mesure de la 15N-citrulline, la 13C-D4-citrulline et la 15N2-arginine en chromatographie en phase liquide couplée à la spectrométrie de masse et miniaturisé un dosage colorimétrique des nitrites et nitrates.

Résultats. Les enrichissements en 15N-citrulline (surtout > 1 %) sont mesurables de façon fiable sur un spectromètre de type temps de vol. Le flux de conversion d'arginine en citrulline au cours d'une perfusion de 15N2-arginine donne une estimation du flux de NO comparable à l'excrétion de nitrites urinaires mesurée par colorimétrie.

Discussion et conclusion. Ces mesures permettront de déterminer quel acide aminé parmi l'arginine ou la citrulline est le meilleur donneur de NO, et de donner ainsi une perspective clinique à la prévention ou au traitement partiel des pathologies vasculo-placentaires avec RCIU.

P4. Sexualité et dépression du post-partum 6 mois après une extraction instrumentale en fonction de la hauteur de la présentation

G. Ducarme¹, J. Hamel², S. Brun³, H. Madar³, F. Coatleven³, H. Gomer³, L. Sentilhes²

1. Centre hospitalier départemental, La Roche-sur-Yon, France

2. CHU, Angers, France

3. CHU, Bordeaux, France

Correspondance : g.ducarme@gmail.com

Objectif. Comparer la sexualité et la dépression du post-partum 6 mois après une extraction instrumentale en fonction de la hauteur de présentation lors du geste et, en particulier, comparer la partie haute et la partie moyenne.

Matériel et méthodes. Une étude prospective observationnelle a été réalisée entre 2008 et 2013 au CHU d'Angers, après accord d'un comité d'éthique, comportant 2 138 patientes ayant bénéficié d'une extraction instrumentale d'un fœtus en présentation céphalique à terme, afin d'évaluer la morbidité maternelle et néonatale sévère après extraction instrumentale en fonction de la hauteur de la présentation (selon la classification ACOG). À 6 mois dans le post-partum, des questionnaires ont analysé la sexualité féminine à l'aide du *Pelvic Organ Prolapse/Urinary Incontinence/Sexual Questionnaire* (PISQ-12), la sexualité masculine à l'aide du *International Index of Erectile Function* (IIEF-15), les douleurs périnéales, les dyspareunies et les troubles de l'humeur chez la femme à l'aide du *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS). Une analyse multivariée incluant les facteurs confondants a été réalisée afin d'étudier la relation entre les troubles sexuels et dépressifs observés et l'extraction instrumentale réalisée à la partie haute par comparaison à la partie moyenne.

Résultats. Parmi les 2 138 patientes incluses dans l'étude, le nombre de patientes ayant répondu aux questionnaires à 6 mois était de 993 (46,4 %), se répartissant en 16,8 % (n = 167) partie haute, 74,5 % (n = 740) partie moyenne et 8,7 % (n = 86) partie basse. Aucune différence n'était observée concernant les scores PISQ-12 (p = 0,66), IIEF-15 (p = 0,26), EPDS (p = 0,54) et les douleurs périnéales (p = 0,31) en fonction de la hauteur de la présentation. Après analyse multivariée ajustée sur des facteurs confondants, l'extraction instrumentale à la partie haute n'était pas significativement associée à la dysfonction sexuelle féminine (aR = - 0,10, IC 95 % - 1,57-1,38) ou masculine (aR = - 0,32, IC 95 % - 2,43-1,79), ni à la dépression du post-partum (aOR = 0,95, IC 95 % 0,58-1,53). Par contre, les douleurs périnéales persistantes apparaissaient comme un facteur de risque majeur de dysfonction sexuelle masculine (aR = - 2,74, IC 95 % - 5,10- - 0,38) et féminine (aR = - 2,39, IC 95 % - 4,08- - 0,70), et de dépression du post-partum (aOR = 1,79, IC 95 % 1,10-2,91) 6 mois après une extraction instrumentale.

Conclusion. À 6 mois dans le post-partum, l'extraction instrumentale à la partie haute n'était pas associée (par comparaison à la partie moyenne) à une augmentation des troubles sexuels féminin ou masculin, ni à un risque accru de dépression du post-partum.

P5. Protocole court de maturation cervicale par prostaglandines versus protocole long, en cas de grossesses prolongées, chez les nullipares ayant un col défavorable : analyse secondaire de l'essai NOCETER

D. Korb¹, T. Schmitz², F. Fuchs³, E. Closset⁴, P. Rozenberg⁵, N. Winer⁶, F. Perrotin⁷, E. Verspyck⁸, E. Azria⁹, B. Carbonne¹⁰, J. Lepercq¹¹

1. Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Robert Debré, APHP, Paris, France
 2. Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Robert Debré, APHP, Université Paris Diderot, Paris, France
 3. Hôpital Bicêtre, service de gynécologie-obstétrique et université Paris Sud, Kremlin- Bicêtre, France
 4. Hôpital Jeanne de Flandre et université Lille 2, Lille, France
 5. Hôpital de Poissy Saint-Germain, département de gynécologie-obstétrique, université Versailles Saint-Quentin, Saint-Quentin-en-Yvelines, Poissy, France
 6. CHU de Nantes, hôpital Mère enfant, service de gynécologie-obstétrique, et université de Nantes, Nantes, France
 7. CHRU Bretonneau, Centre Olympe de Gouges, et université François Rabelais, Tours, France
 8. CHU de Rouen, service de gynécologie-obstétrique, et université de Rouen, Rouen, France
 9. Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Bichat, APHP, Paris, France
 10. Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Saint-Antoine, APHP, Paris, France
 11. Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Saint Vincent-de-Paul, APHP, Paris, France
- Correspondance : diane.korb@wanadoo.fr

Objectif. Il n'existe pas actuellement, en France, de recommandations précises sur les modalités pratiques de la maturation. Les enquêtes de pratiques montrent une grande variation entre les protocoles utilisés. L'objectif était de comparer les issues maternelles et néonatales entre des femmes accouchant dans des centres utilisant un protocole court de maturation et des femmes accouchant dans des centres utilisant un protocole long.

Matériels et méthodes. Il s'agit d'une analyse secondaire de l'essai randomisé NOCETER, mené entre juin 2009 et septembre 2012 dans 11 maternités françaises. L'analyse a porté sur les primipares ayant un fœtus unique en présentation céphalique, maturées par prostaglandines à 41 SA + 5 j, en comparant deux groupes : 1- patientes accouchant dans un centre utilisant un protocole de maturation court, c'est-à-dire durant moins de 24 h ; 2- patientes accouchant dans un centre utilisant un protocole de maturation long, c'est-à-dire pouvant durer plus de 24 h. Le critère de jugement principal était le taux de césarienne pour échec de déclenchement.

Résultats. Nous avons comparé 129 patientes ayant accouché dans des centres utilisant un protocole court à 245 patientes ayant accouché dans des centres utilisant un protocole long. Il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes concernant le taux de césarienne pour échec de déclenchement (6,2 % dans le groupe protocole court versus 5,3 % dans le groupe protocole long, $p = 0,721$), ni concernant le taux de césarienne globale (38,8 % versus 36,7 ; $p = 0,538$). En cas de protocole court, on observait moins de tachycardie fœtale (17 % versus 38,5 %, $p < 0,001$), moins d'hyperthermie maternelle (5,5 % versus 12,5 %, $p = 0,039$), une tendance non significative à moins de morbidité néonatale (1,6 % versus 4,5 %, $p = 0,152$), et une meilleure satisfaction maternelle (65,3 % versus 54 % ; $p = 0,077$).

Conclusion. En cas de maturation cervicale pour grossesse prolongée, l'utilisation d'un protocole court ne semble pas modifier le mode d'accouchement, ni la morbidité maternelle et néonatale, mais diminue le risque d'hyperthermie et augmente la satisfaction maternelle.

P6. Caractéristiques d'une population de patientes avec cancer de l'endomètre sur une période de 40 ans

L. Ouldamer, H. Lorphelin, F. Arbion, O. Le Floch, G. Body

CHRU Bretonneau, Tours, France

Correspondance : louldamer@yahoo.fr

Introduction. L'incidence du cancer de l'endomètre augmente dans les pays européens alors que le taux de mortalité diminue. Cependant, il existe un ralentissement de la décroissance de la mortalité, voire une stabilité depuis 2000. Nous avons cherché à objectiver les changements des caractéristiques de notre population de cancer de l'endomètre pour identifier les patientes avec un moins bon pronostic afin de leur proposer une prise en charge plus agressive.

Matériels et méthodes. Nous avons analysé l'évolution des cancers de l'endomètre dans notre service sur une période de 40 ans : d'octobre 1975 à juin 2014. Toutes les patientes ayant été opérées pour un cancer de l'endomètre histologiquement prouvé étaient incluses.

Résultats. L'analyse a porté sur 842 patientes. Sur la période d'étude, les patientes étaient de plus en plus âgées au diagnostic : 63,7 ans en 1970 *versus* 67,5 ans en 2000 ($p < 0,0001$). L'IMC était également en augmentation, passant de 27,1 kg/m² en 1970 à 29,3 kg/m² dans les années 2000 ($p < 0,0001$). La proportion de type 2 histologique a été multipliée par 3 : passant de 9,2 % en 1970 à 27,9 % en 2000. Il n'existait pas de différence de survie globale en fonction de la décennie de prise en charge ($p = 0,16$). Les patientes avec un IMC < 18 kg/m² avaient une survie moindre que les autres catégories d'IMC ($p = 0,026$), avec plus d'embolies lymphovasculaires ($p = 0,02$) pour les patientes incluses depuis 2000.

Conclusion. L'émergence du type histologique 2 de moins bon pronostic et l'obésité grandissante de cette population pourraient expliquer la stagnation du taux de mortalité. Les patientes en insuffisance pondérale constituent un groupe de mauvais pronostic, peu pris en considération dans la littérature ou les recommandations.

P7. Facteurs pronostiques d'évolution défavorable des grossesses monochoriales biamniotiques lors de l'échographie du premier trimestre

S. Levet¹, G. Chalouhi², Y. Ville², I. Médiouni², J. Stirnemann²

1. Paris, France

2. Hôpital Necker-Enfants malades, Paris, France

Correspondance : solene.levet@gmail.com

Objectif. À travers une étude observationnelle rétrospective, nous avons cherché à définir les facteurs de risques échographiques précoces d'évolution compliquée des grossesses monochoriales biamniotiques.

Matériels et méthodes. De 2008 à 2014, toutes les patientes porteuses d'une grossesse monochoriale biamniotique ayant bénéficié d'une échographie du 1^{er} trimestre dans 2 centres français ont été répertoriées. Les facteurs étudiés étaient les différences et discordances (différence entre 2 valeurs, divisée par la plus grande des 2 valeurs) de longueur craniale-caudale (LCC), de clarté nucale (CN), de BIP, PC et LF entre les deux jumeaux et la longueur cervicale. Les complications étaient la survenue d'une fausse couche, d'une mort fœtale *in utero* (MFIU), d'un syndrome transfuseur-transfusé (STT), d'un RCIU ou d'un accouchement prématuré.

Résultats. Cent cinquante-neuf grossesses monochoriales biamniotiques ont été recrutées dont 12 grossesses arrêtées dès la 1^{re} échographie. Parmi les 147 grossesses restantes, 29 % n'ont développé aucune complication. Les critères pronostiques retrouvés étaient la différence de LCC (5,29 mm *versus* 2,36, $p = 0,002$) et les discordances de LCC (9 *versus* 4 %, $p = 0,001$) et de CN (31 *versus* 13 %, $p = 0,003$) pour les MFIU, la différence de PC (6,1 *versus* 3,4 mm, $p = 0,04$) et les discordances de PC (8,4 *versus* 4,4 %, $p = 0,02$) et de CN (22 *versus* 13 %, $p = 0,04$) pour les STT et l'ensemble des différences et discordances pour chaque paramètre biométrique pour les RCIU sélectifs, notamment la LCC (9 *versus* 4 %, $p = 0,003$) et le PA (10,5 *versus* 5,5 %, $p = 0,01$). Aucun critère pertinent n'a été retrouvé pour les doubles RCIU ou l'accouchement prématuré.

Conclusion. Ces données suggèrent que les mécanismes physiopathologiques du STT et du RCIU sélectif sont mis en jeu précocement. Ainsi une adaptation prudente de la prise en charge de chaque grossesse monochoriale biamniotique en fonction des facteurs de risque comptabilisés lors de la première échographie semble envisageable.

P8. Synchronisation des inséminations intra-utérines avec sperme de donneur en cycle naturel. Monitoring échographique et HCG versus test de LH urinaire

P. Bouet¹, R. Antaki², L. Lapensée², F. Bissonnette², J. Kadoch², H. El Hachem²

1. CHU Angers, Angers, France

2. Clinique Ovo-Université de Montréal, Montréal, Canada

Correspondance : pebouet@hotmail.com

Objectifs. Comparer 2 méthodes de synchronisation d'inséminations avec sperme de donneur en cycles naturels (IADnat) : détection de l'ovulation spontanée par test de LH urinaire (LHu) versus monitoring échographique et déclenchement de l'ovulation par HCG (US/HCG).

Matériel et méthodes. Étude de cohorte réalisée de janvier 2011 à juin 2014. Toute patiente âgée de moins de 41 ans sans histoire d'infertilité était éligible. Les indications d'IADnat étaient : femme célibataire, couple femme-femme ou azoospermie. Dans le groupe LHu, une auto-évaluation de l'ovulation par kit urinaire était réalisée quotidiennement à domicile à partir du 10^e jour du cycle. L'IAD était programmée le lendemain de la positivité du test. Dans le groupe US/HCG, une échographie était faite à partir du 10^e jour du cycle et le déclenchement par HCG était prescrit en cas de follicule(s) supérieur(s) à 17 mm. L'IAD était programmée environ 36 h après le déclenchement. Les critères de jugement principaux étaient les taux de naissances vivantes par cycle débuté et cumulés.

Résultats. Cinq cent trente-huit cycles d'IADnat chez 232 femmes ont été inclus : 267 cycles de LHu (113 femmes) et 271 cycles US/HCG (119 femmes). Les caractéristiques des populations étaient comparables dans les 2 groupes. Il n'existait pas de différence pour les taux de naissances vivantes par cycle débuté (12,4 % pour LHu versus 9,2 % pour US/HCG, $p = 0,24$) et cumulés (29,2 % pour LHu versus 21 % pour US/HCG, $p = 0,15$). Il n'y avait pas de différence entre les 2 groupes concernant les taux de grossesses cliniques (16,1 % pour LHu versus 11,8 % pour US/HCG, $p = 0,15$), d'annulation de cycle (1,1 % pour LHu versus 1,4 % pour US/HCG, $p = 0,71$) et de fausses couches spontanées (22,7 % pour LHu versus 21,8 % pour US/HCG, $p = 0,93$).

Conclusions. En cas d'IADnat, la synchronisation de l'insémination par monitoring échographique associé au déclenchement de l'ovulation par HCG n'augmente pas les taux de naissances vivantes par rapport à une évaluation de l'ovulation à domicile par test de LH urinaire.

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en relation avec le sujet présenté.

P9. Étude prospective du rendement folliculaire après hyperstimulation ovarienne dans le cadre de la préservation de la fertilité chez les patientes atteintes d'un cancer

S. Duros¹, C. Sonigo², I. Cedrin-Durnerin², J. Hugues², C. Sifer³, M. Grynberg²

1. Service de gynécologie-obstétrique - Hôpital Sud, Rennes, France

2. Service de médecine de la reproduction, Bondy, France

3. Service de biologie de la reproduction, Bondy, France

Correspondance : duros.solene@gmail.com

Introduction. La cryoconservation ovocytaire, après hyperstimulation ovarienne, est la méthode de référence de préservation de la fertilité chez les patientes oncologiques qui vont bénéficier d'un traitement gonadotoxique. Si ces patientes ont une capacité ovarienne normale, leur réponse à la FSH exogène est controversée. L'objectif de cette étude est de comparer la réponse folliculaire à la FSH exogène des patientes oncologiques par rapport à des patientes infertiles témoins.

Méthodes. Dans une étude prospective, toutes les patientes consultant pour une préservation de la fertilité dans le cadre d'une maladie oncologique étaient incluses. Les critères d'exclusions étaient : la présence d'un ovaire unique, une chimiothérapie antérieure et/ou la présence d'une endométriose. Le rendement folliculaire (FORT) était mesuré par le rapport du nombre de follicules préovulatoires (16-20 mm) \times 100/compte folliculaire antral de départ. Les patientes oncologiques étaient appariées sur l'âge, le compte folliculaire antral et la dose de FSH de départ, à des patientes témoins infertiles d'origine tubaire ou masculine.

Résultats. Entre juillet 2013 et décembre 2014, 71 patientes atteintes d'un cancer, âgées de 20-40 ans (groupe PF) ont été comparées à 91 femmes infertiles (groupe contrôle). L'âge moyen et la dose de départ de FSH étaient similaires dans les groupes PF et contrôle ($31,5 \pm 3,6$ versus $32,2 \pm 4,9$ ans ; 269 ± 81 versus 248 ± 56 UI, NS, respectivement). Le compte folliculaire antral était comparable dans les groupes PF et contrôle ($17,4 \pm 9,8$ versus $16,6 \pm 8,3$ follicules, NS, respectivement). La dose totale de gonadotrophines exogènes administrée n'était pas différente ($2\ 931 \pm 1\ 095$ versus $2\ 610 \pm 1\ 188$ UI, NS). Le FORT ne différait pas de façon significative chez les patientes cancéreuses par rapport aux témoins (36 ± 22 versus 37 ± 20 %, NS). Enfin, le nombre total d'ovocytes récupérés ($11,6 \pm 8,4$ versus $10,9 \pm 5,4$ ovocytes, NS, respectivement) et vitrifiés était comparable dans le groupe PF et contrôle ($8,9 \pm 7,1$ versus $8,4 \pm 4,3$ ovocytes, NS, respectivement).

Conclusion. Ces résultats indiquent que la réactivité des follicules antraux à la FSH exogène, mesurée par le FORT, ne semble pas être modifiée par l'état du cancer, chez des jeunes femmes bénéficiant d'une stimulation ovarienne en vue d'une préservation de la fertilité.

P10. Protocoles de FIV-ICSI chez les patientes en insuffisance ovarienne débutante : l'importance de la dose initiale

J. Cohen¹, L. Mounsambote¹, N. Chabbert-Buffet¹, J. Antoine¹, E. Daraï¹, R. Levy²

1. Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Tenon, Assistance publique des hôpitaux de Paris, université Pierre et Marie Curie Paris 6, GRC 6-UPMC, Paris, France
 2. Service de biologie de la reproduction, hôpital Tenon, Assistance publique des hôpitaux de Paris, université Pierre et Marie Curie Paris 6, GRC 6-UPMC, Paris, France
- Correspondance : drcohenjonathan@gmail.com

Introduction. Bien que l'insuffisance ovarienne débutante soit une cause reconnue d'hypofertilité, sa définition est floue et il n'existe pas de consensus concernant la meilleure stratégie thérapeutique à adopter dans cette situation. Nous avons réalisé une étude rétrospective dans notre centre d'assistance médicale à la procréation dans le but d'évaluer les taux de grossesse et de naissance à terme après un traitement par FIV réalisé chez des jeunes femmes (≤ 38 ans) dont la seule cause d'infertilité est l'insuffisance ovarienne débutante.

Matériel et méthodes. Ce travail de recherche a été approuvé par le CEROG (CEROG 2015-GYN-0401). Nous avons défini l'insuffisance ovarienne débutante par les caractéristiques suivantes :

- femme jeune (≤ 38 ans) avec trompes perméables, sans endométriose, sans traitement préalable ;
- hormone antimüllérienne (AMH) $\leq 1,1$ ng/ml et/ou compte des follicules antraux (CFA) ≤ 7 .

Nous avons évalué les résultats suivants : dose de gonatrophine utilisée, nombre d'ovocytes prélevés, taux de fécondation, taux d'implantation, taux de grossesse, taux de fausses couches, taux de naissance à terme. Nous avons comparé les caractéristiques de base des femmes qui ont été enceintes après le traitement avec celles dont le traitement a échoué.

Résultats. Parmi les 59 cycles de FIV/ICSI (40 % FIV/60 % ICSI), le taux de grossesse était de 17 % (10/59) et le taux de naissance vivante était de 8,5 % (5/59). Le taux de fausses couches était de 50 %. Nous avons comparé les caractéristiques de base ainsi que les résultats de FIV entre deux groupes (les femmes enceintes et non enceintes). Nous n'avons trouvé aucune différence concernant l'âge, le CFA, l'AMH, le protocole utilisé et le nombre d'ovocytes prélevés. Nous avons trouvé une dose de gonadotrophine de départ plus élevée dans le groupe « grossesse » ($397,5 \pm 87$ UI *versus* $314,8 \pm 103$ UI ; $p = 0,02$) ainsi qu'une tendance à une augmentation de la dose totale de gonadotrophine administrée ($4\,720 \pm 1,349$ *versus* $3,871 \pm 1,367$; $p = 0,07$).

Conclusion. Cette étude donne une indication sur les taux de grossesse et de naissance vivante après FIV-ICSI dans la population spécifique des femmes de moins de 38 ans dont le seul facteur d'infertilité est l'insuffisance ovarienne débutante et suggère d'utiliser une dose de départ maximale.

P11. Évaluation du bilan de stadification préthérapeutique dans le cancer de l'endomètre

J. Buhler

Institut de cancérologie de Lorraine, Nancy, France
Correspondance : buhler.julie@gmail.com

Introduction. Le cancer de l'endomètre est le cancer gynécologique le plus fréquent en France. La prise en charge thérapeutique est adaptée au stade de la maladie. Cette stadification repose sur l'imagerie avec le degré d'envahissement myométrial, l'atteinte cervicale, et l'atteinte locorégionale ganglionnaire, et sur l'histologie, avec le degré de différenciation et le type histologique. Cette évaluation est erronée dans 20 % des cas, et amène à sur ou sous-traiter des patientes. Le but de ce travail est d'évaluer la performance de l'IRM et de la biopsie d'endomètre dans la stadification du cancer de l'endomètre, mais également d'évaluer l'indication optionnelle du curage pelvien dans les cancers de l'endomètre de stade intermédiaire.

Matériels et méthodes. Il s'agit d'une étude observationnelle rétrospective, réalisée de janvier 2009 à décembre 2014, à l'Institut de cancérologie de Lorraine, portant sur cent patientes, traitées pour un adénocarcinome de l'endomètre.

Résultats. La fiabilité de l'IRM dans l'évaluation du degré d'infiltration myométrial était de 70 %, avec une sensibilité de 81 % et une spécificité de 60 %. Pour l'atteinte cervicale, la fiabilité était de 87 %, avec une sensibilité et une spécificité de 40 % et 83 %. Pour l'atteinte ganglionnaire, la fiabilité était de 86 %, la sensibilité de 11 % et la spécificité de 94 %. La fiabilité de l'analyse histologique était de 88 % pour les tumeurs de bas grade, et de 73 % pour les tumeurs de haut grade. Le curage pelvien systématique dans les stades intermédiaires a permis de rattraper ces erreurs de stadification.

Conclusion. La performance du bilan d'imagerie préthérapeutique dans le cancer de l'endomètre reste insuffisante afin d'adapter la stratégie chirurgicale au stade de la maladie. Plusieurs outils sont en cours d'évaluation, afin d'améliorer la performance du bilan préopératoire, tels que l'échographie 3D, le PET scanner, ou la technique du ganglion sentinelle. Au vu de la performance du bilan, le curage pelvien systématique dans les stades intermédiaires n'est-il pas licite ?

P12. Validation des simulateurs interpolatif et génératif dans l'évaluation des compétences en échographie obstétricale

O. Magnin^{1,2}, Y. Delgeon¹, B. Deloison³, N. El Hajal^{2,3}, Y. Ville³, G. Chalouhi^{1,2,3}

1. Maternité Angélique du Coudray, hôpital Delafontaine, Saint-Denis, France

2. SimEchole, École de simulation en échographie, Paris, France

3. Service d'obstétrique et de médecine fœtale, hôpital Necker-Enfants-malades, APHP, université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, Paris, France

Correspondance : nolalp@hotmail.com

Objectifs. Valider le simulateur en tant qu'instrument d'évaluation lors de l'examen pratique du diplôme interuniversitaire (DIU) d'échographie gynécologique et obstétricale.

Matériels et méthodes. Les candidats au DIU d'échographie gynécologique et obstétricale de l'année universitaire 2013-2014 ont été évalués successivement sur patiente volontaire et sur simulateur. Deux sortes de simulateurs ont été manipulées : un simulateur génératif (reconstruction volumique réaliste) et un simulateur interpolatif (acquisition volumique sur patiente réelle). Il a été demandé à chacun des étudiants d'effectuer les 9 coupes recommandées par le comité technique d'échographie (CTE) pour l'examen du 2^e trimestre. Tous les clichés émanant des patientes et des simulateurs ont ensuite été notés a posteriori, selon les mêmes critères, par deux correcteurs. Au terme de cette analyse, la cohérence de notation ainsi que les notes globales des examens sur simulateur et sur patiente volontaire ont été comparées et leurs corrélations évaluées.

Résultats. Cent huit des 114 étudiants ont manipulé le simulateur. Quatre spécialités sont représentées : la gynécologie-obstétrique (64), la maïeutique (37), la gynécologie médicale (3), la radiologie (3) et 7 non renseignées. Quatre-vingt-deux individus ont été évalués sur simulateur interpolatif, et 26 sur simulateur génératif. Il y a une forte corrélation entre la notation des examinateurs et des correcteurs, ainsi qu'entre les correcteurs eux-mêmes. Il existe également une forte concordance entre la note obtenue sur patientes et la note obtenue sur simulateur le jour de l'examen, particulièrement sur le simulateur génératif.

Conclusion. Le simulateur a prouvé qu'il permettait l'évaluation des étudiants à partir des clichés obtenus et de mettre en évidence un niveau d'aptitude. Nonobstant, des études plus approfondies seraient nécessaires à la validation du simulateur pour l'évaluation des compétences en échographie obstétricale.

P13. Usages et apports des médecines alternatives et complémentaires en cancérologie gynécologique et mammaire, enquête dans un CHU français

P. Theret¹, R. Fauvet²

1. CHU Amiens, Amiens, France

2. CHU Caen, Caen, France

Correspondance : pierrick.theret@hotmail.fr

Introduction. La popularité grandissante des médecines alternatives et complémentaires (MAC) est indiscutable tant au niveau de la population générale qu'au niveau des patients atteints d'un cancer. Cependant, l'attitude des soignants dans ce domaine conduit souvent les patients à cacher ce recours aux MAC à leurs médecins.

Objectifs. Ces raisons nous ont conduits à réaliser une enquête au sein d'un CHU français afin d'évaluer leur utilisation dans une population constituée de patientes suivies pour une néoplasie gynécologique ou mammaire.

Matériels et méthodes. Nous avons réalisé une enquête déclarative auprès de patientes suivies en chimiothérapie au sein du CHU français.

Résultats. Soixante-huit questionnaires ont été exploités. Nous retrouvons un taux de recours aux MAC de 27,9 %. Le seul facteur prédictif d'un recours aux MAC statistiquement significatif était un haut niveau d'éducation ($p = 0,04$). Les 2 types de MAC les plus fréquemment utilisés étaient l'homéopathie (70,6 %) et l'acupuncture (64,7 %) avec pour objectifs l'atténuation des effets secondaires des traitements conventionnels (63,2 %) et l'amélioration de l'état général (52,6 %). C'est de leurs proches que les patientes obtenaient le plus souvent des informations (57,9 %). Elles étaient 79,4 % à juger les informations délivrées à l'hôpital insuffisantes. Pourtant, 88,2 % souhaitaient recevoir ces informations de leur oncologue.

Conclusion. Le taux de recours aux MAC a vocation à augmenter dans les années qui viennent et le système de soins français, institutions et soignants, doit s'astreindre à accompagner ces changements plutôt que les suivre.

Mots clés : médecines alternatives et complémentaires (MAC), cancer, cancérologie gynécologique et mammaire.

P14. Reconstruction mammaire par transfert de tissu adipeux exclusif après mastectomie : série rétrospective de 55 cas

M. Simorre¹, V. Bordes², A. Bouffaut², J. Classe²

1. CHU Nantes, Nantes, France

2. ICO-Centre René Gauducheau, Nantes, France

Correspondance : mathilde_simorre@hotmail.com

Introduction. La reconstruction mammaire par lipofilling exclusif après mastectomie est une technique très plébiscitée par les patientes. L'objectif de cette étude est d'analyser les étapes de ce type de reconstruction et les éléments qui conditionnent sa réussite.

Matériels et méthodes. Notre série analyse 55 reconstructions mammaires par lipofilling exclusif : 48 reconstructions mammaires différées, 5 reconstructions mammaires immédiates et 2 reconstructions mammaires bilatérales.

Résultats. Quarante patientes (70 %) ont bénéficié d'un traitement par radiothérapie pariétale après leur mastectomie. Le nombre moyen de séances de transfert de tissu adipeux est de 4 avec un volume moyen transféré de 223 ml par séance et de volume transféré moyen total de 932 ml. La durée moyenne entre la première et la dernière séance est de 15 mois. Les résultats de notre étude montrent que la technique est fiable avec 51 reconstructions mammaires respectant le protocole de lipofilling exclusif proposé et 6 échecs. Les complications postopératoires les plus fréquentes sont : l'apparition de cytotéatonécrose dans 11 cas (19 %) ; l'existence d'un écoulement ou d'une collection dans 8 cas (14 %) ; le lâchage de sillon sous-mammaire dans 10 cas (18 %). Les complications sur les sites de prélèvements sont rares avec 4 patientes (7 %) présentant une séquelle esthétique nécessitant un comblement. L'étude de la satisfaction des patientes et de leur qualité de vie est en cours et les résultats sont encourageants avec sur 60 % de la population des patientes ayant répondu (n = 30) : 80 % des patientes estimant que le résultat final correspond à leurs attentes.

Conclusion. La reconstruction mammaire par lipofilling exclusif est une technique chirurgicale permettant d'obtenir des résultats cosmétiques satisfaisants lorsque la sélection des patientes correspond aux critères imposés par la technique. Il s'agit néanmoins d'un parcours long où le vécu des patientes pendant cette procédure est à prendre en compte.

P15. Un score prédictif de lésions périnéales sévères à l'accouchement

Q. Reboul¹, A. Augier¹, C. Jullien¹, T. Raia-Barjat¹, C. Chauleur¹, A. Delabaere²

1. Département gynécologie-obstétrique, CHU Saint-Étienne, université Jean Monnet, Saint-Étienne, France

2. Département de gynécologie-obstétrique, CHU Estaing, université d'Auvergne, Clermont-Ferrand, France

Correspondance : quentinreboul@free.fr

Objectifs. Identifier les facteurs de risque et élaborer un score prédictif pour les lésions périnéales sévères.

Matériels et méthodes. Cette étude observationnelle rétrospective a été menée au CHU de Saint-Étienne de janvier 2012 à décembre 2013. Nous avons comparé deux groupes de patientes avec lésions périnéales sévères (LPS) et sans LPS dans le but d'identifier les facteurs de risques et l'élaboration d'un score prédictif de LPS.

Résultats. Nous avons inclus 192 patientes dont 54 (28,1 %) avec LPS et 139 (71,9 %) sans. La parité, l'IMC, l'âge maternel, l'âge gestationnel à l'accouchement et l'induction du travail ont été identifiés comme variables prédictives de LPS et le score a pu être créé à partir de ces variables. L'aire sous la courbe ROC du score (AUC) était de 0,895 CI 95 % [0,830-0,941] ($p < 0,0001$). Les taux de détection du score pour l'identification de LPS étaient de 68,1 %, 73,0 % et 82,2 % respectivement pour 5, 10 et 20 % de taux de faux positifs. Associée au mode d'accouchement l'AUC était 0,925, et la probabilité d'obtenir une LPS avec un accouchement par ventouse était de 5,1 $p = 0,0336$ et par forceps 22,7 $p = 0,0005$. En combinant le score et la réalisation d'une épisiotomie, la probabilité d'obtenir une LPS était de 6,3 $p = 0,0013$, et de même associée à une présentation postérieure la probabilité était de 5,5 $p = 0,0060$.

Conclusion. Les facteurs prédictifs de LPS ont été identifiés et un score prédictif a pu être élaboré. Ce score pourrait être utile en pratique pour identifier les patientes à risque de LPS. Une étude observationnelle prospective de grande envergure est requise pour pouvoir confirmer nos résultats préliminaires.

P16. Lupus sans SAPL : pronostic de la grossesse et facteurs de risque avant 15 SA

A. Marx-Deseure

CHRU de Lille, Lille, France

Correspondance : marxauore@gmail.com

Introduction. Le lupus systémique expose la grossesse à un risque d'issue périnatale défavorable. En l'absence de SAPL, le pronostic de la grossesse serait meilleur, mais il a été peu étudié.

Objectifs. Chez des femmes porteuses de lupus sans SAPL, évaluer le pronostic de la grossesse par rapport à une série témoin. Déterminer les facteurs de mauvais pronostic détectables avant 15 SA.

Matériel et méthode. Étude rétrospective cas-témoins concernant 137 patientes lupiques dont 114 sans SAPL et 274 témoins. L'issue périnatale défavorable a été définie par la survenue d'un décès périnatal ou d'un accouchement prématuré avant 35 SA.

Résultats. Chez les femmes lupiques sans SAPL, le risque d'issue périnatale défavorable était doublé par rapport aux témoins (15,8 *versus* 7,7 %, OR 2,3 [1,1-4,7]). Avant 15 SA et après régression logistique, 3 facteurs étaient liés à la survenue d'une issue périnatale défavorable : i) la présence d'une protéinurie et/ou d'une HTA ; ii) l'absence d'atteinte lupique cutanée ; iii) un antécédent de thrombopénie-leucopénie-anémie. Le risque d'issue périnatale défavorable était très faible en l'absence de facteur (3,3 %) mais augmentait fortement selon qu'il existait un seul (22,2 %) ou au moins deux facteurs (44,4 %).

Conclusion. Même en l'absence de SAPL, le lupus est lié à une augmentation du risque d'issue de grossesse défavorable, elle-même liée à 3 facteurs décelables avant 15 SA. L'utilisation de ces facteurs dès le début de la grossesse pourrait permettre d'adapter la surveillance de ces patientes.

P17. Facteurs prédictifs des hémorragies tardives du post-partum

A. Debost-Legrand¹, O. Rivière², M. Dossou³, F. Vendittelli⁴

1. Service de santé publique, CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France
2. AUDIPOG (Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie), faculté de médecine RTH Laennec, Lyon, France
3. Clermont Université, université d'Auvergne, EA 4681, PEPRADE (Périnatalité, grossesse, environnement, pratiques médicales et développement), Clermont-Ferrand, France
4. Pôle de gynécologie-obstétrique et reproduction humaine, CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France

Correspondance : alegrand@chu-clermontferrand.fr

Objectifs. Notre principal objectif était de rechercher les facteurs de risque de survenue d'une hémorragie secondaire sévère du post-partum (HPP2).

Matériels et méthodes. Notre étude de cohorte historique a inclus toutes les femmes ayant accouché au CHU de Clermont-Ferrand (≥ 22 SA), entre 2004 et 2013. Les HPP2 sévères ont été définies comme tout saignement vaginal ou intra-abdominal entre les 24 heures et le 42^e jour du post-partum et nécessitant un traitement médical ou chirurgical intra-hospitalier. Les hémorragies tardives du post-partum ont été repérées via le PMSI qui nous a permis d'identifier toutes les femmes ayant été réadmisées dans les 42 jours du post-partum ou bien qui ont dû bénéficier d'un traitement médical ou chirurgical ou d'un acte en radiologie interventionnelle au cours de leur hospitalisation en post-partum immédiat. Tous les dossiers de ces femmes ont été étudiés manuellement. Les caractéristiques des femmes ayant eu une HPP2 ont été comparées avec celles qui ont accouché durant la même période mais n'ayant pas eu de HPP2. Une régression logistique a été réalisée après recherche des facteurs de confusion. Les OR ajustés ont été calculés avec leur IC à 95 %. Le seuil de significativité a été de 0,05.

Résultats. L'étude a inclus 63 femmes ayant eu une HPP2 sévère et 25 696 femmes sans HPP2. Nous avons étudié les facteurs de risque suivants : âge maternel, grossesse multiple, tabac, accouchement prématuré, déclenchement, césarienne, délivrance dirigée, délivrance artificielle, HPP immédiate (< 24 heures), mort-né. L'HPP immédiate (aOR = 2,7, IC 95 % : 1,3-5,6) et l'âge maternel ≥ 35 ans (aOR = 2,0, IC 95 % : 1,1-3,7) ont été les seuls facteurs retrouvés comme étant associés aux HPP2.

Conclusions. Cette étude a retrouvé que l'HPP immédiate et un âge maternel ≥ 35 ans étaient des facteurs de risques de survenue d'une HPP2 sévère. Nous suggérons que tous les facteurs de risques d'HPP immédiats seraient des facteurs de risques de HPP2.

P18. Hémorragie du post-partum non diagnostiquée lors de l'accouchement : fréquence et facteurs de risque

A. Girault

Inserm U1153, Paris, France

Correspondance : aude_girault@hotmail.com

Introduction. L'hémorragie du post-partum (HPP) est définie par des pertes sanguines ≥ 500 ml dans les 24 h suivant l'accouchement. Certaines femmes présentent des modifications biologiques péripartum témoignant de pertes sanguines ≥ 500 ml sans qu'aucune HPP n'ait été diagnostiquée cliniquement. Ces hémorragies du post-partum non diagnostiquées (HPPND) peuvent être à l'origine d'une anémie maternelle avec des conséquences néfastes sur la santé materno-infantile ainsi que sur le lien mère-enfant. Cependant l'HPPND reste une entité très peu étudiée.

Objectif. Identifier les facteurs de risque de l'HPPND et les comparer à ceux de l'HPP clinique.

Matériel et méthodes. Population issue d'un essai randomisé contrôlé (TRACOR), ayant inclus des femmes accouchant par voie basse ≥ 35 SA d'une grossesse unique à bas risque ($n = 3\ 917$). L'HPP clinique était définie par une perte sanguine mesurée ≥ 500 ml à l'aide d'un sac gradué et l'HPPND par une différence entre l'hémoglobine (Hb) prépartum et post-partum ≥ 2 g/dl. Les facteurs de risques étaient évalués grâce à une régression logistique multinomiale multivariée comparant les femmes avec HPPND et les femmes avec HPP clinique aux femmes sans HPPND ni HPP clinique.

Résultats. Les incidences d'HPPND et d'HPP clinique étaient respectivement de 11,2 % et 11,0 % des accouchements. Certains facteurs de risque étaient spécifiques d'HPPND (et pas d'HPP clinique) : origine géographique asiatique (ORa = 2,3 ; $p = 0,009$), utérus cicatriciel (ORa = 3,4 $p < 0,001$) et épisiotomie (ORa 2,5 ; $p < 0,001$). D'autres étaient des facteurs de risque d'HPPND et d'HPP clinique : primiparité, durée de travail, accouchements par forceps et par spatules, délivrance incomplète.

Conclusion. L'HPPND est très fréquente parmi les femmes accouchant par voie basse. La connaissance des facteurs de risque pourrait permettre de proposer des stratégies de prévention et un dépistage généralisé ou ciblé. Une évaluation de ces stratégies est nécessaire afin de mesurer leur efficacité et leur faisabilité.

P19. Vers un enseignement standardisé de l'hystérocopie en France : élaboration d'un curriculum par la méthode Delphi

M.E. Neveu

Versailles, Paris, France

Correspondance : me.neveu@gmail.com

Introduction. L'hystérocopie est une technique chirurgicale d'indications vastes dont l'apprentissage nécessite une formation spécifique. En raison d'arguments éthiques, économiques et légaux, le temps d'enseignement par compagnonnage au bloc opératoire décroît. L'alternative pour pallier ce constat est l'utilisation de simulateurs de réalité virtuelle. L'objectif de notre étude Delphi est de construire un curriculum en hystérocopie afin d'élaborer un programme de formation sur simulateur destiné aux internes.

Matériels et méthodes. Afin d'identifier les points importants concernant la formation, nous avons effectué une recherche sur Pubmed en utilisant les mots clés « enseignement » et « hystérocopie ». Cette recherche nous a permis d'identifier 5 questions ouvertes au sujet des compétences techniques et non techniques à maîtriser en hystérocopie. Vingt experts en hystérocopie de différentes villes françaises ont été interrogés en utilisant la méthode Delphi. Le premier tour a permis aux experts de proposer des réponses à chaque question. Lors des tours suivants, le but était de classer les items en fonction de leur importance en utilisant une échelle de Lickert en 10 points. L'objectif était d'obtenir un consensus (notes de 8 à 10) sur plus de 60 % des items.

Résultats. Notre étude s'est déroulée de novembre 2014 à avril 2015. Sur les 20 experts sélectionnés, 18 ont participé aux 3 vagues successives de questionnement. Le premier tour nous a permis d'identifier 51 items. Lors du second tour, un consensus a été obtenu sur 25 items (49 %). L'objectif de 60 % n'étant pas atteint, nous avons réalisé un troisième tour. Ce dernier nous a permis de valider 31 items (62 %).

Conclusion. Cette étude Delphi nous a permis de créer le premier curriculum en hystérocopie. En se basant sur ce dernier, nous souhaitons développer un programme d'enseignement sur simulateur hystérocopique de réalité virtuelle destiné aux internes.

P20. La parité est un facteur indépendant d'invasion ganglionnaire chez les patientes avec cancer endométrial

L. Ouldamer, H. Lorphelin, F. Arbion, G. Body

CHRU Bretonneau , Tours, France

Correspondance : louldamer@yahoo.fr

Introduction. Plusieurs études épidémiologiques retrouvent que plus la parité d'une femme est élevée et plus son risque de développer un cancer endométrial est faible. Il n'y a pas d'étude dans la littérature faisant état du lien entre parité et présentation du cancer de l'endomètre.

Patientes et méthodes. Nous avons inclus toutes les patientes opérées pour un carcinome endométrial dans le service de gynécologie du CHRU de Tours entre janvier 2000 et décembre 2013. Nous avons recherché en régression logistique des facteurs prédictifs d'atteinte ganglionnaire chez ces patientes.

Résultats. Un total de 312 patientes ont été incluses. En analyse univariée, ces facteurs étaient associés à l'atteinte ganglionnaire : parité, type histologique 2, grade, emboles et invasion myométriale ≥ 50 % (table 1). En analyse multivariée, les facteurs indépendants d'atteinte ganglionnaire étaient : parité (OR = 0,59 [0,38-0,85], $p = 0,009$), emboles (OR = 12,1 [3,58-50,83], $p = 0,00018$) et l'invasion myométriale ≥ 50 % (OR = 4,52 [1,42-16,31], $p = 0,013$).

Conclusion. Chez les patientes avec carcinome endométrial, le risque d'atteinte ganglionnaire semble être plus faible plus la parité est élevée.

P21. World Association for Trainees in Obstetrics and Gynecology (WATOG) : audit international des jeunes GO sur une initiative française

O. Ami ¹, E. Wafo ², C. Boyon ³, M. Barbier ⁴, N. Nocart ⁴, W. Badiou ⁵, A. Kava ⁶

1. Ramsay Générale de santé, clinique de la Muette, Paris, France
2. Gynécologie-obstétrique, centre hospitalier de Marne-La-Vallée, Jossigny, France
3. Clinique d'obstétrique, hôpital Jeanne-de-Flandre, CHRU de Lille, Lille, France
4. Association des gynécologues obstétriciens en formation (AGOF), Villers-en-Arthies, France
5. Service de gynécologie-obstétrique, CHU Purpan, 31029 Toulouse cedex 9, France
6. AMEJOG Asociacion Mexicana de Jovenes, Mexico, Mexique

Correspondance : olivier.ami@watog.org

Objectif. Décrire les différences de formation en gynécologie-obstétrique dans le monde et les grandes orientations de travail dans le domaine que WATOG propose de mettre en place, à travers une étude menée auprès des représentants de chaque pays lors du congrès mondial de la FIGO à Vancouver en octobre 2015.

Matériel et méthode. Un formulaire en ligne a été soumis à l'ensemble des participants, regroupant 98 pays et représentatifs de plus de 100 000 jeunes gynécologues obstétriciens. Un jeune gynécologue obstétricien était défini par un avancement dans son cursus inférieur à 10 ans après le début de son internat. Les critères de jugement comportaient des questions fermées sur la satisfaction des jeunes GO concernant leur formation, et des questions ouvertes sur leurs attentes pour améliorer les choses.

Résultats. Quarante-huit pays ont répondu au sondage, avec une répartition des pays participants sur tous les continents. La moyenne d'âge des répondants était de 29 ans. Les réponses ont montré l'effet moteur et structurant des pays industrialisés pour les pays émergents et en voie de développement, avec une faculté de développement plus rapide des informations et des nouvelles technologies grâce à internet. Les jeunes GO ont énoncé des propositions pour l'amélioration des conditions de formation qui passent par une plus grande mobilité, une offre plus large de contenus internet pour se former à distance, et un soutien local pour la formation sur du matériel souvent nouveau pour eux dont ils ne savent pas toujours se servir. WATOG a proposé de nouveaux outils en ligne pour la formation des jeunes GO.

Conclusion. La structuration des jeunes GO au plan international est en marche, avec la création d'une commission pour la mobilité et l'accès aux formations au sein de WATOG.

P22. Stimulation ovarienne avant insémination intra-utérine avec sperme de donneur : citrate de clomiphène ou létrozole ?

P. Bouet¹, H. El Hachem², R. Antaki², F. Bissonnette², J. Kadoch², L. Lapensée²

1. CHU Angers, Angers, France

2. Clinique Ovo-Université de Montréal, Montréal, Canada

Correspondance : pebouet@hotmail.com

Objectifs. Comparer les taux de naissances vivantes (NV) et de grossesses gémellaires (GG) après stimulation ovarienne par citrate de clomiphène (CC) et létrozole dans les cycles d'insémination intra-utérine avec sperme de donneur (IAD).

Matériel et méthodes. Étude de cohorte réalisée de janvier 2011 à juin 2014 et incluant les patientes ≤ 40 ans, normo-ovulatoires et sans histoire d'infertilité. Les indications d'IAD étaient : femme célibataire, couple femme-femme ou azoospermie. Les femmes atteintes d'un syndrome des ovaires polykystiques ont été exclues. Les patientes recevaient soit du CC 100 mg/jour, soit du létrozole 5 mg/jour, de J3 à J7 du cycle. Seuls les trois premiers cycles d'IAD ont été inclus par patiente. Nos critères de jugement principaux étaient le taux de NV, par cycle d'IAD débuté et cumulatif, et le taux de GG.

Résultats. Au total, 590 cycles d'IAD chez 257 femmes ont été inclus : 321 cycles avec CC (145 femmes) et 269 cycles avec létrozole (112 femmes). Les caractéristiques des populations étaient comparables entre les 2 groupes. Il n'existait pas de différence significative entre CC et létrozole pour le taux de NV par cycle (respectivement 16,5 % *versus* 11,5 %, $p = 0,08$), le taux cumulatif de NV (respectivement 37 % *versus* 28 %, $p = 0,13$) et le taux de GG (respectivement 12 % *versus* 9 %, $p = 0,6$). Les taux de grossesses cliniques et de fausses couches spontanées entre CC et létrozole étaient aussi comparables (respectivement 21,5 % *versus* 17 %, $p = 0,18$ et 22 % *versus* 22 %, $p = 1$).

Conclusions. En cas de stimulation ovarienne avant IAD chez des femmes normo-ovulatoires et sans histoire d'infertilité, les taux de naissances vivantes et de grossesses gémellaires sont comparables entre CC et létrozole. D'autres facteurs, tels la tolérance et les effets secondaires, ainsi que le coût du traitement doivent être pris en considération pour le choix du protocole de stimulation.

P23. Suivi prospectif des grossesses extra-utérines cornuales : prise en charge, fertilité ultérieure et devenir obstétrical

K. Nikodijevic, J. Boujenah, A. Bricou, A. Benbara, G. Moreaux, C. Poncelet

Hôpital Jean Verdier, Bondy, France

Correspondance : karine.nikodijevic@free.fr

Introduction. La prise en charge des grossesses extra-utérines (GEU) cornuales est mal codifiée, guidée souvent par le tableau clinique. L'objectif de cette étude est d'étudier la prise en charge initiale, les caractéristiques histologiques, la fertilité ultérieure et le devenir obstétrical des GEU cornuales.

Matériel et méthodes. Série prospective, observationnelle, unicentrique de janvier 2006 à avril 2015. Toutes les patientes ayant présenté une GEU cornuale ont bénéficié d'un suivi prospectif jusqu'à l'obtention d'une nouvelle naissance vivante. Le recueil des données a été effectué à l'aide des dossiers médicaux et d'un questionnaire annuel standardisé par téléphone.

Résultats. Dix-neuf patientes ont été incluses dans l'étude. La localisation cornuale représentait 3,79 % de l'ensemble des grossesses extra-utérines. Un traitement médical par méthotrexate et une résection cornuale ont été réalisés dans respectivement 32 % (dont 1 injection *in situ*, 2 intramusculaires et 3 combinées) et 68 % des cas (dont 5 par laparotomie et 8 par cœlioscopie). La durée de décroissance des HCG plasmatiques était de 33 jours. Douze patientes ont désiré une grossesse. Sept (58 %) l'ont obtenue de manière spontanée. Après traitement par méthotrexate, 2 patientes sur 3 ont obtenu une grossesse (1 récurrence homolatérale et 1 AVB). Après traitement chirurgical, 5 patientes sur 9 ont obtenu une grossesse (1 récurrence controlatérale, 1 FCS, 1 IVG et 2 césariennes prophylactiques). Aucune complication obstétricale n'est survenue en cas de nouvelle grossesse. L'analyse anatomopathologique de la corne utérine a révélé des lésions tubaires dans 76,9 % des cas (salpingite chronique, endosalpingiose, adénomyose et implantation percreta cornuale en cas de rupture hémorragique).

Conclusion. Le choix thérapeutique en cas de GEU cornuale est principalement guidé par le tableau clinique. Le pronostic de fertilité et obstétrical ultérieur semble bon quel que soit le traitement. L'analyse histologique de la corne pourrait permettre d'expliquer cette localisation, ainsi que la survenue d'une complication hémorragique.

P24. Efficacité du cerclage vaginal préventif selon les antécédents obstétricaux

D. Korb¹, P. Marzouk², J. Deu², J. Oury¹, O. Sibony¹

1. Service de gynécologie-obstétrique, hôpital Robert Debré, APHP, Paris, France

2. Maternité Port-Royal, hôpital Cochin, APHP, Paris, France

Correspondance : diane.korb@wanadoo.fr

Introduction. Les patientes ayant des antécédents de fausse couche tardive (FCT) ou d'accouchement prématuré (AP) sont à risque de récurrence. Devant de tels antécédents, il peut être proposé la réalisation d'un cerclage vaginal préventif. En France, il est recommandé d'attendre trois antécédents de FCT ou d'AP avant de proposer un cerclage préventif. Le but de cette étude était d'évaluer l'efficacité du cerclage vaginal préventif selon le niveau de risque, défini par les antécédents obstétricaux, afin de prévenir l'accouchement prématuré.

Matériels et méthodes. Il s'agit d'une étude de cohorte, réalisée à la maternité Robert Debré, entre janvier 2003 et décembre 2013, incluant les grossesses de singletons, pour lesquelles un cerclage préventif de McDonald a été réalisé et dont l'indication était basée sur les antécédents obstétricaux. Le critère de jugement principal était le taux d'accouchement prématuré.

Résultats. Deux cent cinq patientes ont été incluses. Nous avons analysé notre population en deux groupes de risque : 1- faible risque, défini par un ou deux antécédents de FCT ou d'AP, ou par un antécédent de succès de cerclage ($n = 144$) ; 2- haut risque, défini par au moins 3 antécédents de FCT ou d'AP, ou par un antécédent d'échec de cerclage ($n = 61$). Dans le groupe à haut risque, on observait plus d'accouchements avant 37 SA (47,5 % *versus* 25 %, $p = 0,001$, OR = 2,79, 95 % IC = 1,49-5,23), ainsi que plus d'accouchements avant 34 SA (24,5 % *versus* 12,5 %, $p = 0,011$, OR = 2,34, 95 % IC = 1,09-5,02), plus de poids de naissance < 2 500 g (42,5 % *versus* 20 %, $p = 0,001$), et plus d'admission en réanimation néonatale (37,5 % *versus* 14 %, $p < 0,0001$). En cas de lourds antécédents obstétricaux, le cerclage était efficace dans la moitié des cas.

Conclusion. Le cerclage préventif peut être proposé aux femmes ayant un ou deux antécédents de FCT ou d'AP. En cas de trois antécédents ou plus, ainsi qu'en cas d'antécédent d'échec, il peut être proposé un cerclage cervico-isthmique définitif de Benson ou une trachéloplastie.

P25. Étude prospective de la faisabilité d'une image échographique, possible clef du dépistage fœtal du retour veineux pulmonaire anormal total, en vue d'un dépistage systématique

C. Leveque¹, L. Paret²

1. Hôpital Cahors, 222 avenue de Muret, France

2. Hôpital Paule de Viguier, Toulouse, France

Correspondance : christinengo8@hotmail.com

Introduction. Le retour veineux pulmonaire anormal (RVPA) est une malformation cardiaque peu dépistée en anténatal, qui constitue une urgence chirurgicale néonatale. Il semble que son dépistage puisse être amélioré par la recherche de l'image de l'abouchement de deux veines pulmonaires réunies en un sinus largement ouvert dans l'atrium gauche. L'objectif de cette étude est d'évaluer la faisabilité, la fiabilité, les facteurs influençant la faisabilité et la courbe d'apprentissage de l'obtention de cette image.

Matériel et méthodes. Au décours d'une étude descriptive prospective, 5 échographistes de dépistage ont réalisé cette image au décours d'échographies morphologiques de dépistage. Un seul cliché était choisi et adressé à l'expert. Les conditions échographiques et les caractéristiques de la patiente étaient recueillies de manière prospective et consécutive. Ils devaient évaluer la faisabilité, leur satisfaction et le temps requis. La faisabilité était définie par le pourcentage de clichés jugés satisfaisants par l'expert. La fiabilité était définie par le pourcentage de clichés jugés satisfaisants et moyens par l'expert et par l'échographiste de manière concordante. Un consentement oral et écrit après information éclairée était recueilli, en accord avec le CEROG.

Résultats. Cent quatre-vingt-douze patientes ont été incluses, la faisabilité était de 73 %, et la fiabilité de 81,4 %, aucune courbe d'apprentissage n'a été mise en évidence. La faisabilité était significativement plus élevée lorsque l'échographiste était satisfait ($p = 0,02$). La fiabilité était significativement plus élevée pour un IMC $< 25 \text{ kg/m}^2$ ($p = 0,039$), un terme $< 26 \text{ SA}$ ($0,016$), pour les patientes avec une bonne échogénicité ($p = 0,001$), lorsque l'échographiste était satisfait et avait jugé la réalisation du cliché facile ($p = 0,001$) et lorsque le temps requis était de moins de 5 minutes ($p = 0,001$).

Conclusion. Cette étude confirme que la visualisation de deux veines pulmonaires confluentes en un sinus veineux largement ouvert dans l'oreillette gauche, possible élément clef du dépistage du RVPAT, est simple, reproductible lors des échographies de dépistage. Il faudrait maintenant évaluer la sensibilité et la spécificité de cette image pour en faire un véritable test de dépistage du RVPAT et améliorer la mortalité de ces enfants.

P26. Relations anatomiques symphyse-épine sciatique : améliorer les performances diagnostiques de l'échographie translabiale au cours du travail

C. Arthuis¹, F. Perrotin¹, L. Brunereau¹, F. Patat², E. Simon¹

1. CHU Tours, Tours, France

2. CIC-IT, Tours, France

Correspondance : chloearthuis@gmail.com

Objectif. L'objectif de cette étude était d'évaluer les relations anatomiques entre la symphyse pubienne et les épines sciatiques pour obtenir des marqueurs échographiques pertinents pour l'évaluation de la descente de la tête fœtale au cours du travail par échographie translabiale.

Méthodes. Tous les pelviscanners réalisés pour une présentation du siège ou des jumeaux entre 2006 et 2014 dans un CHU ont été analysés et mesurés par deux opérateurs. L'angle symphyse-épine sciatique gauche (ASE) et la distance symphyse-épine sciatique gauche (DSE) étaient mesurés à partir de la reconstruction 3D du pelviscanner. Nous avons calculé la variabilité intra et interobservateur avec l'intervalle de confiance à 95 %, représenté des Bland et Altman avec des limites d'agrément à 95 % et estimé le coefficient de corrélation intraclass (CCI). La projection sagittale de l'ASE a été calculée et correspond à l'angle mesuré par échographie translabiale au cours du travail.

Résultats. L'ASE et la DSE ont été obtenus pour 458 pelviscanners. La reproductibilité était bonne pour l'ASE (CCI intra 0,94 (0,88-0,97) et CCI inter 0,81 (0,66-0,92)) et la DSE (CCI intra 0,92 (0,82-0,97) et CCI inter 0,83 (0,73-0,92)). La médiane de l'ASE était de 106° (interquartile, 105-109), et la médiane de la DES était de 26,1 mm (interquartile, 23,4-29,5). L'ASE et la DSE n'étaient pas corrélés à la taille du bassin ni à celle de la patiente. Le 50^e percentile de l'angle calculé dans un plan sagittal correspond à l'angle de progression de la tête par échographie et était de 110°.

Conclusion. La tête fœtale a franchi le niveau des épines sciatiques lorsque l'angle de progression est de plus de 110°, quelle que soit la taille du bassin maternel.

P27. La congophilie des protéines urinaires est-elle une aide au diagnostic de la prééclampsie sévère ? Comparaison avec les dosages des marqueurs sériques

L. Gaujal¹, S. Moyrand¹, C. Diguisto¹, C. Brisson¹, E. Piver², F. Perrotin¹

1. Hôpital Bretonneau, Tours, France

2. Hôpital Trousseau, Tours, France

Correspondance : laetitia.gaujal@gmail.com

Introduction. Les travaux de Buhimshi *et al.* ont mis en évidence l'existence de protéines mal repliées sensibles au rouge congo dans les urines des femmes prééclamptiques. L'objectif de notre étude est d'évaluer la faisabilité du test au rouge congo en pratique clinique pour le diagnostic de prééclampsie sévère et de le comparer aux dosages des marqueurs sériques.

Matériel et méthodes. Notre étude est prospective, monocentrique, non interventionnelle et en double aveugle. Un échantillon urinaire et sanguin est prélevé chez les patientes suspectes de prééclampsie ou prééclamptiques pour réaliser des tests diagnostiques après signature d'un consentement de non-opposition à l'utilisation d'échantillon biologique à des fins de recherche. On analyse la congophilie des urines (taux de rétention du rouge congo), le ratio sFlt1/PlGF et la survenue d'une prééclampsie sévère.

Résultats. Trente-neuf patientes ont été incluses entre le 1^{er} novembre 2014 et le 1^{er} mai 2015. Onze patientes ont présenté une prééclampsie sévère. Le test au rouge congo n'a pas pu être réalisé sur 9 échantillons urinaires en lien avec les limites du protocole au laboratoire. Dans notre échantillon, le test au rouge congo a une sensibilité de 90,9 % IC 95 % [0,58-0,99], une spécificité de 57,9 % IC 95 % [0,33-0,79]. Le ratio sFlt1/PlGF a une sensibilité de 81,8 % IC 95 % [0,48-0,97], une spécificité de 53,6 % IC 95 % [0,34-0,72].

Conclusion. Notre étude est la première à comparer les marqueurs sériques et la congophilie urinaire pour le diagnostic de la prééclampsie sévère en pratique clinique. Des améliorations techniques sont nécessaires afin de pouvoir analyser l'ensemble des échantillons urinaires. Les travaux de Buhimshi *et al.* sont innovants sur le plan physiopathologique dans la prééclampsie et prometteurs sur le plan thérapeutique. Leurs impacts pour la pratique clinique restent à prouver.

P28. Morbidité de l'accouchement par voie basse des patientes victimes de mutilations génitales féminines ayant bénéficié d'une chirurgie de reconstruction clitoridienne

S. Herve

CHU Angers, Angers, France

Correspondance : soazig_herve@hotmail.com

Objectifs. La reconstruction clitoridienne apporte aux femmes excisées un bénéfice en termes de restauration de l'intégrité corporelle mais aussi sur le plan du bien-être sexuel. Les patientes excisées souffrent d'une morbidité néonatale, et lors de l'accouchement, cet aspect n'a jamais été étudié pour les patientes ayant bénéficié d'une reconstruction clitoridienne. L'objectif de cette étude est de comparer la morbidité obstétricale des patientes victimes de mutilations génitales féminines (MGF) avec celle des patientes après leur intervention.

Méthode. Dans cette étude rétrospective réalisée entre 2005 et 2014, au CHU d'Angers et au CHU de Nantes, nous avons étudié le premier accouchement après l'intervention de patientes opérées de reconstruction clitoridienne comparé à l'accouchement des patientes excisées appariées avec un ratio pour deux pour une sur des critères d'âge, de type d'excision, de parité, d'antécédent de césarienne et d'année d'accouchement. Le critère de jugement principal est la complication périnéale.

Résultats. Nous avons inclus 22 patientes ayant accouché après leur intervention, comparées à 44 patientes excisées. Les patientes victimes de MGF présentent une durée de travail allongée notamment lors de la seconde phase du travail ($p = 0,017$) et des efforts expulsifs ($p = 0,03$). Le périnée semble protégé après reconstruction clitoridienne puisqu'on retrouve plus de périnées intacts ($p = 0,029$) et aucune déchirure de la filière génitale contre 10 patientes dans le groupe de patientes non opérées (23 % ; $p = 0,02$). La durée du séjour en suites de couches n'est pas prolongée pour les patientes victimes de MGF, cependant on note un plus grand nombre de complications du post-partum dans ce groupe ($p = 0,006$). En revanche, aucune différence n'a été mise en évidence sur le volume des saignements et l'état néonatal.

Conclusion. La durée du travail des patientes non opérées est plus longue que pour les patientes ayant bénéficié d'une reconstruction clitoridienne, on note aussi plus de lésions de la filière génitale et de complications du post-partum.

P29. Hémorragie du post-partum au Sud : trop de retards dans la prise en charge

A. Dumont

Institut de recherche pour le développement, Paris, France
Correspondance : alexandre.dumont@ird.fr

Objectif. L'hémorragie du post-partum immédiat (HPPI) est la première cause de mortalité maternelle dans les pays du Sud. L'objectif de cette étude de cohorte prospective était d'évaluer la qualité de la prise en charge initiale de l'HPPI au Bénin et au Mali et de déterminer les facteurs de soins en lien avec la sévérité de cette complication.

Méthode. Nous avons conduit une étude prospective de cohorte entre mai 2013 et septembre 2014 dans sept formations sanitaires de niveau de soins différents. Toutes les femmes qui ont accouché par voie vaginale et qui ont présenté une HPPI dont la cause présumée était une atonie utérine ont été incluses. L'HPPI sévère a été définie comme une hémorragie ayant nécessité un traitement chirurgical invasif (hystérectomie, ligature artérielle), une transfusion, un transfert vers une unité de soins intensifs ou le décès de la patiente. La qualité des soins a été évaluée à partir de critères objectifs définis par un comité d'experts indépendants.

Résultats. Parmi les 22 666 femmes qui ont accouché par voie vaginale durant la période d'étude, 223 ont eu une HPPI en lien avec une atonie utérine présumée au moment du diagnostic, dont 88 ont présenté des signes de sévérité. Dans 41 % des cas, le délai de diagnostic de l'HPPI était inférieur à 30 min ; 70 % des femmes ont reçu de l'ocytocine dans les 10 min après le diagnostic. L'examen du col, la révision utérine et le massage utérin ont été effectués dans 67 %, 99 % et 97 %, respectivement. L'échec du traitement de première ligne a concerné 24 % des patientes. Parmi celles-ci, le délai entre le diagnostic d'HPPI et l'administration du misoprostol était supérieur à 1 heure dans un tiers des cas. Le délai d'administration d'ocytocine supérieur à 10 min multipliait par 2,5 le risque d'HPPI sévère (OR ajusté = 2,5 ; IC à 95 % = 1,1-6,7).

Conclusion. La prise en charge de l'HPPI dans les centres participant à l'étude au Bénin et au Mali n'était pas optimale. La question des délais de diagnostic et de traitement initial est cruciale. Des solutions doivent être recherchées localement pour garantir l'administration des médicaments essentiels en temps utile, en particulier l'injection de l'ocytocine dans les 10 min qui suivent le diagnostic.

P30. Évaluation de la stratégie de limitation de l'épisiotomie appliquée à une situation à haut risque périnéal : la présentation podalique

C. Toubin

CHRU Besançon, Besançon, France
Correspondance : claire.toubin@hotmail.fr

Objectif. La présentation du siège représente 4,51 % des accouchements. Cet accouchement est classiquement décrit comme une situation à haut risque périnéal. L'objectif était de comparer deux périodes : avant et après mise en place d'une politique ultra-restrictive d'épisiotomie appliquée dans l'accouchement du siège.

Matériel et méthodes. C'est une étude rétrospective dans une maternité de niveau III comparant une période d'utilisation libérale (du 01/01/2001 au 31/12/2003) et l'autre d'utilisation restrictive de l'épisiotomie (du 01/01/2011 au 31/12/2013). Les critères d'inclusion étaient : terme > 37 SA, présentation podalique, singleton vivant, voie basse spontanée ou manœuvrière.

Résultats. Les 2 groupes étaient comparables sauf pour l'IMC. Le taux d'épisiotomie a été diminué d'un facteur 20 entre les 2 périodes (44 % dans la première *versus* 8,7 % dans la deuxième). On retrouvait plus de périnées peu ou pas lésionnelles dans la deuxième période ($p = 0,0001$). Les déchirures graves ne semblaient pas plus fréquentes dans la deuxième période (1,3 *versus* 1,7 %). Les résultats néonataux (pH artériel et lactates artériels) étaient moins bons dans la deuxième période mais sans différence significative sur le score d'Apgar à 5 minutes et sur les transferts néonataux (respectivement $p = 0,52$ et $p = 0,10$).

Conclusion. Une pratique ultra-restrictive d'épisiotomie dans une situation périnéale à haut risque n'obère pas le pronostic périnéal et ne semble pas augmenter les déchirures graves du périnée.

Mots clés : épisiotomie, utilisation restrictive, déchirure périnéale, présentation podalique.

P31. Dépistage des troubles de conduction chez le fœtus : évaluation d'un score de qualité pour la mesure échographique du temps auriculo-ventriculaire

A. Michau¹, M. Besse², N. Heim³, C. Vibert Guigue³, S. Delahaye⁴, B. Guérin Marchand⁵, F. Proulx², L. Gitz⁶

1. Université René Descartes Paris 5, Paris, France

2. Hôpital Antoine Bécclère, Clamart, France

3. Hôpital La Pitié-Salpêtrière, Paris, France

4. Hôpital Trousseau, Paris, France

5. Hôpital privé d'Anthony, Anthony, France

6. Hôpital Bicêtre, Le Kremlin-Bicêtre, France

Correspondance : ademie.louise.michau@gmail.com

Objectifs. Dans une étude préalable, il avait été mis en place une grille de qualité concernant les coupes anatomiques utilisées et les paramètres techniques permettant l'obtention de spectres doppler adéquats pour effectuer la mesure du temps de conduction auriculo-ventriculaire (TAV). Le but de cette étude est d'évaluer cette grille en appréciant la mesure du TAV effectuée par des échographistes référents avant et après avoir eu connaissance de la grille lors d'échographies standard du deuxième trimestre.

Matériel et méthodes. Étude prospective de mai à juillet 2015 ; dix échographistes référents ont été contactés pour réaliser des mesures échographiques de TAV fœtales en doppler pulsé en coupe 5 cavités ou en coupe veine cave supérieure/aorte lors d'échographies du deuxième trimestre. Les échographistes réalisaient 10 clichés consécutifs, puis la grille de score de qualité avec des commentaires détaillés leur a été fournie. Enfin, la seconde série de dix clichés consécutifs a été réalisée à l'aide de cette grille. Deux observateurs ont analysé les clichés en aveugle.

Résultats. Sur les dix échographistes, quatre échographistes ont réalisé la totalité des clichés demandés dans le temps imparti. Au total 80 clichés analysés ont été inclus. Tous les clichés ont été réalisés sur la coupe 5 cavités. L'accord entre les deux juges sur le score global était excellent avec un coefficient de corrélation intraclasse de 0,91. Les notes moyennes (\pm DS) sont passées respectivement de $4,1 \pm 2,28$; $6,95 \pm 1,19$; $4,5 \pm 1,70$; $5,35 \pm 1,58$ à $8,65 \pm 1,40$; $7 \pm 0,88$; $5,75 \pm 1,40$; $7,8 \pm 1,73$. Il y a une augmentation significative du score global avec un p value à 0,0018. En moyenne pour chaque cliché, une amélioration de 2,48 point a été constatée (IC 95 0,98 ; 3,99).

Conclusion. L'utilisation du score de qualité pour la mesure du TAV a permis l'amélioration significative de la qualité de cette mesure chez des échographistes référents en médecine fœtale non cardiopédiatres.

P32. Prédiction du risque de pathologie vasculaire placentaire et de maladie thromboembolique veineuse : place des facteurs angiogéniques. Étude AngioPred

T. Raia-Barjat

CHU Saint-Étienne, Saint-Étienne, France
Correspondance : raia.tiphaine@gmail.com

Objectifs. Évaluer le taux de deux facteurs angiogéniques, sFlt1 et SEng, comme facteur prédictif du risque de pathologie vasculaire placentaire chez des patientes à risque de développer une PVP.

Matériel et méthodes. Étude de cohorte prospective multicentrique menée entre juin 2008 et octobre 2010 ayant permis le dosage de deux facteurs angiogéniques, la soluble Fms-like tyrosine kinase (sFlt1) et la soluble endogline (SEng), chez 200 patientes à haut risque de récurrence de pathologies vasculaires placentaires (PVP) à 20, 24, 28, 32 et 36 SA. Quarante-cinq patientes ont présenté une PVP.

Résultats. sFlt1 et SEng étaient augmentés chez les patientes à haut risque ayant présenté une PVP par rapport aux patientes n'ayant pas présenté de PVP, et ce de façon précoce à 28 SA ($p = 0,0017$ et $0,002$), à 32 SA ($p = < 0,0001$ et $< 0,0001$) et à 36 SA ($p = 0,0007$ et $0,0003$). Les patientes ayant présenté une PVP précoce < 34 SA avaient des taux plasmatiques élevés à 20 ($p = 0,1607$ et $0,0321$) et 24 SA ($p = 0,0159$ et $0,0245$), et celles ayant présenté une PVP tardive ont des taux augmentés à 32 ($p = 0,0486$ et $0,6115$) et 36 SA ($p = 0,0567$ et $0,0846$). Les AUC pour la prédiction des PVP précoces et tardives étaient en moyenne de $0,71$ pour sFlt1 et de $0,73$ pour SEng.

Conclusion. Chez les patientes à haut risque, les facteurs angiogéniques sont perturbés avant la survenue d'une PVP. Ces marqueurs pourraient venir en complément d'une stratégie de dépistage incluant les données cliniques et l'échographie avec mesure du doppler des artères utérines.

P33. Facteurs prédictifs de métastases à distance dans le cancer du sein en fonction du sous-type moléculaire

L. Ouldamer, L. Bédouet, F. Arbion, M. Jourdan, G. Body

CHRU Bretonneau, Tours, France

Correspondance : louldamer@yahoo.fr

Objectifs. Les objectifs de notre travail étaient d'évaluer les facteurs prédictifs de métastases à distance en fonction du sous-type moléculaire de la tumeur primitive du sein.

Matériels et méthodes. Toutes les patientes consécutives prises en charge pour cancer du sein invasif dans notre institution entre janvier 2009 et décembre 2013 ont été incluses. Le sous-type luminal A était défini par des récepteurs à l'oestrogène positifs (RE+) et/ou des récepteurs à la progestérone positifs (RP+), un statut HER 2 négatif avec une faible prolifération. Le sous-type luminal B : (RE+) et/ou (RP+) ; avec une prolifération élevée. Ils peuvent avoir un statut HER 2 positif ou non. Les tumeurs triple négatives ont tous les récepteurs négatifs ; le sous-type HER2 : (RE-), (RP-) et statut HER 2 positif.

Résultats. En analyse multivariée nous avons identifié ces facteurs comme des facteurs indépendants prédictifs de la survenue de métastases. Pour le sous-type luminal A (n = 776) : la taille tumorale OR = 1,06 [1,02-1,1] p = 0,001 ; le recours à une chimiothérapie néo-adjuvante, OR = 2,56 [4,23-168,1] p = 0,0003. Pour le sous-type luminal B (n = 441) : la taille tumorale OR = 1,02 [1,01-1,05] p = 0,008 ; le recours à une chimiothérapie néo-adjuvante, OR = 2,93 [1,08-7,64] p = 0,029 ; un statut ganglionnaire axillaire positif, OR = 3,13 [1,33-7,98] p = 0,01 ; la survenue d'une récidive locale, OR = 3,4 [1,1-10,03] p = 0,028. Pour le sous-type HER 2 (n = 72) : le recours à une chimiothérapie néo-adjuvante, OR = 6,34 [1,01-44,54] p = 0,04 ; la survenue d'une récidive locale, OR = 8,26 [1,32-65,1] p = 0,03. Pour les tumeurs triple négatives (n = 155) : la taille tumorale OR = 1,02 [1,01-1,04] p = 0,04 ; le recours à une chimiothérapie néo-adjuvante, OR = 3,9 [1,64-9,23] p = 0,0019 ; le caractère inflammatoire du cancer OR = 3,09 [1,12-8,4] p = 0,026 ; la survenue d'une récidive locale, OR = 2,97 [1,04-8,23] p = 0,037.

P34. Impact de la précarité maternelle sur le suivi prénatal : étude de la cohorte PreCARE

C. Gonthier

Maternité de Port-Royal - Inserm U1153 - Équipe EPOPé, Paris, France
Correspondance : clementinegonthier@hotmail.com

Objectif. Le suivi prénatal sous-optimal pourrait être un des facteurs intermédiaires expliquant l'association entre la précarité sociale et une morbi-mortalité périnatale et maternelle accrue. L'objectif de cette étude est d'évaluer l'impact de la précarité maternelle et de ses différentes composantes sur le suivi prénatal.

Matériels et méthodes. La cohorte PreCARE est une cohorte multicentrique prospective ayant inclus toutes les femmes ayant accouché entre septembre 2010 et octobre 2011 dans 4 centres hospitalo-universitaires. La précarité a été définie a priori à partir de six variables embrassant six dimensions sociales et économiques : l'isolement social, l'hébergement instable, l'absence de travail, l'absence de sécurité sociale, le fait d'être en situation irrégulière et l'immigration récente. Le niveau de précarité a été défini en utilisant l'indice créé à partir de l'échantillon de femmes enceintes de l'ENP de 2010. Un indice d'adéquation du suivi prénatal défini à partir des recommandations nationales a été utilisé.

Résultats. Dans cette analyse 9 770 femmes ont été incluses. Les femmes ayant un suivi prénatal sous-optimal représentaient 23,3 % de l'échantillon. Ce risque était significativement associé à chacune des 6 dimensions de la précarité et augmentait avec l'indice de précarité maternelle. Après ajustement sur les facteurs de confusion potentiels, l'immigration récente (ORa 2,3 [1,9-2,9]), l'absence de travail (ORa 1,6 [1,3-1,8]) et l'hébergement instable (ORa 1,3 [1,1-1,5]) restaient associés au risque de suivi sous-optimal. Les femmes originaires d'Afrique subsaharienne, de moins de 20 ans, et ayant une grossesse non désirée étaient particulièrement vulnérables.

Conclusion. La précarité maternelle est associée à une augmentation du risque de suivi prénatal sous-optimal indépendamment des autres caractéristiques maternelles.

P35. Utilisation d'une sonde à double ballonnet et complications infectieuses pour le déclenchement des ruptures prématurées des membranes à terme

C. Sarkis

CHU Nord Saint-Étienne, 42270 Saint-Étienne, France
Correspondance : camille.sarkis@hotmail.fr

But. Déterminer si le déclenchement du travail par sonde à double ballonnet augmente le risque de chorioamnionite par rapport aux autres méthodes de déclenchement en cas de rupture prématurée des membranes à terme.

Matériels et méthodes. Étude de cohorte rétrospective, unicentrique menée dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU de Saint-Étienne entre le premier janvier 2012 et le 31 juin 2015, portant sur des patientes présentant une grossesse unique nécessitant un déclenchement pour rupture prématurée des membranes à terme. L'utilisation de la sonde à double ballonnet a été comparée aux autres modes de déclenchement. Le critère de jugement principal était la survenue d'une chorioamnionite.

Résultats. Deux cent vingt-quatre patientes ont été incluses, 29 ont été déclenchées par sonde à double ballonnet (12,5 %), 113 par prostaglandines E2 à libération prolongée Propess® (48,9 %), 38 par gel de Prostine® (16,5 %), et 44 par ocytocine (19 %). Il n'existait pas de différence significative sur l'apparition de complications infectieuses dans le groupe ballonnet par rapport aux autres moyens de déclenchement du travail : chorioamnionite ($p = 1$ versus Propess®, Prostine® et ocytocine), endométrite ($p = 0,11$ versus Propess®, $p = 0,17$ versus gel de Prostine®, $p = 0,56$ versus ocytocine) et infection néonatale ($p = 0,21$ versus Propess®, $p = 1$ versus gel de Prostine® et ocytocine).

Conclusion. L'utilisation de la sonde à double ballonnet n'entraîne pas plus de complication infectieuse lors d'une utilisation en cas de RPM. Son utilisation peut donc être autorisée dans le déclenchement des patientes présentant une rupture prématurée des membranes à terme, ce qui permet le déclenchement des patientes présentant une RPM sur un utérus cicatriciel avec un col non accessible à l'ocytocine.

P36. Diagnostic par IRM de la stéatose hépatique transitoire dans la SHAG

P. Chatel¹, J. Bernuau², D. Luton², V. Vilgrain², M. Ronot², P. Ceccaldi²

1. AP-HP, Paris, France

2. AP-HP, Clichy, France

Correspondance : paul.chatel@bjn.aphp.fr

Objectif. La stéatose hépatique aiguë gravidique (SHAG) est une complication potentiellement mortelle de la grossesse, caractérisée par le développement aigu d'une stéatose intra-hépatocytaire microvésiculaire. Le diagnostic de SHAG est accepté lorsqu'au moins 6 des 14 critères de Swansea (Sw Cr) sont présents et en l'absence d'une autre explication. Le but de cette étude est de montrer que l'imagerie par résonance magnétique (IRM) avec quantification des graisses intra-hépatiques permet de détecter, de façon non invasive, une stéatose hépatique transitoire chez les patientes atteintes de SHAG.

Matériel et méthode. Étude prospective, cinq patientes chez qui une SHAG était suspectée. La quantification des graisses a été réalisée par IRM, pour calculer le contenu lipidique du foie (PDFF). La mesure normale de la PDFF était < 5 %.

Résultats. Dans les quatre premiers cas, la PDFF initiale était de : 5,9 %, 10 %, 7 % et 13 % respectivement. La répétition des IRM à distance a montré l'absence d'excès de graisse. Pour la cinquième patiente, l'IRM initiale trouvait moins de 1 % de graisses intra-hépatiques. L'histologie du foie avec coloration spécifique des graisses a montré un dépôt de fibrine intrasinusoïdale sans stéatose microvésiculaire (IRM-PDFF + Sw Cr : sensibilité 100 %, spécificité 100 %).

Conclusion. Notre étude montre pour la première fois que la quantification des graisses intra-hépatiques par IRM est un outil performant pour le diagnostic de SHAG sans réalisation d'une biopsie hépatique.

P37. Impact de la précarité maternelle sur la morbidité maternelle et périnatale sévère : étude de cohorte PreCARE

E. Azria¹, C. Estellat², T. Alfaïate², T. Schmitz³, J. Oury³, L. Mandelbrot⁴, D. Luton⁵, P. Ravaud²

1. Hôpital Paris Saint-Joseph – Inserm UMR1153, équipe EPOPé - Université Paris Descartes - DHU risques et grossesse, Paris, France
2. Département de recherche clinique et épidémiologique, AP-HP, Hôpital Bichat, URC Paris-Nord Inserm, CIC 1425-EC, UMR 1123 université Paris Diderot, Paris, France
3. Maternité, hôpital Robert Debré, APHP, Paris, France
4. Maternité, hôpital Louis Mourrier, APHP, Colombes, France
5. Maternité, hôpital Beaujon, service de gynécologie-obstétrique, hôpital Bichat, APHP, Paris, France

Correspondance : eazria@hpsj.fr

Objectifs. Dans un contexte d'accès aux soins universel, notre objectif est de déterminer dans quelle mesure la précarité est associée à une morbidité maternelle et périnatale sévère accrue.

Matériels et méthodes. PreCARE est une étude de cohorte multicentrique prospective urbaine française dans laquelle toutes les femmes inscrites pour accoucher ou accouchées dans l'une des maternités participantes ont été incluses entre septembre 2010 et octobre 2011. L'analyse de la morbidité sévère a été menée à partir des femmes avec grossesse unique dont l'issue a eu lieu après 22 SA. La précarité maternelle a été définie par la présence d'au moins un des éléments suivants : isolement social, logement précaire, absence de revenu du travail, absence de sécurité sociale, immigration récente (< 1 an), migrant sans papier. Les issues étudiées incluaient la mortalité maternelle et périnatale, la morbidité maternelle et périnatale sévère. Des modèles de régressions logistiques ont été élaborés pour chaque issue afin d'ajuster sur les facteurs de confusion potentiels et estimer les odds ratios (OR). Cette étude financée dans le cadre du PHRC national a été approuvée par la CNIL et un CPP.

Résultats. L'effectif retenu pour cette analyse était de 9 312 femmes. Le taux de précarité maternelle était de 37,2 %. Après ajustement, la condition précaire était significativement associée à un risque accru de prééclampsie sévère, d'éclampsie, de poids de naissance < 5^e percentile. La précarité était globalement associée à un risque accru de morbidité sévère maternelle (aOR 1,30 [1,01-1,69]) et périnatale (aOR 1,17 [1,00-1,37]).

Conclusion. Cette importante étude de cohorte multicentrique prospective, élaborée spécifiquement pour explorer les inégalités sociales de santé maternelle et périnatale, montre que dans un contexte où l'accès aux soins est supposé universel, la précarité sociale est associée significativement à risque accru de morbidité maternelle et périnatale sévère.

P38. Évaluation échographique du cône médullaire et du filum terminal chez le fœtus

L. Lerouge¹, N. Mottet¹, A. Benachi², J. Saada², J. Jani³, A. Martin¹, D. Riethmuller¹, M. Zerah⁴

1. CHU Jean Minjot, Besançon, France
 2. Hôpital Antoine Béchère, Paris, France
 3. Hôpital universitaire Brugmann, Bruxelles, Belgique
 4. Hôpital Necker, Paris, France
- Correspondance : lisa.lerouge@yahoo.fr

Objectif. Déterminer la position normale du cône médullaire (CM) fœtal et la longueur du filum terminal (FT) fœtal pendant la grossesse dans le but d'évaluer leur utilité dans le dépistage des moelles attachées basses.

Méthodes. Il s'agissait d'une étude prospective bicentrique portant sur des grossesses singleton normales, examinées par échographie à partir de 17 semaines de grossesse. Une coupe sagittale centrée sur le sacrum, le cône médullaire, le sac dural et le filum terminal était réalisée. Chaque échographiste devait repérer le sommet de la première vertèbre sacrée (S1) pour mesurer la distance entre ce repère et l'extrémité du cône médullaire (S1-CM). Le segment du filum intra-dural était mesuré avec une sonde 5-8 MHz (longueur du FT intra-dural). Le segment extra-dural n'était pas facilement mesurable avec ces sondes. La variabilité inter et intra-observateurs a été analysée comme le décrivaient Bland et Altmann. Le protocole avait été accepté par le CEROG.

Résultats. Cent quatre-vingt-quatorze femmes enceintes ont été incluses dans l'étude. Le cône médullaire et le segment de FT intra-dural ont été étudiés correctement pour 164 patientes (84 % des cas). La moyenne de la distance CM-S1 était de 20,6 mm (0,5-42). La moyenne de la portion intra-durale du filum terminal était de 27,9 mm (6,6-49,3). L'analyse de régression logistique a montré un lien significatif entre ces deux mesures et l'âge gestationnel ($p < 0,05$). La variabilité inter-observateurs pour ces deux mesures était élevée. Dans les cas de moelle attachée basse, la moyenne pour ces deux mesures était inférieure au cinquième percentile.

Conclusion. L'évaluation anténatale du cône médullaire et du filum terminal intra-dural est réalisable et reproductible pendant la grossesse, et semblerait utile pour le dépistage des moelles attachées basses.

P39. Évaluation de la douleur et de la qualité de vie chez les patientes infertiles en cours de stimulation pour fécondation *in vitro*

D. de Villardi de Montlaur, T. Ndiaye, C. Devaud-Raffin, F. Pierre, X. Fritel

CHU Poitiers, Poitiers, France

Correspondance : diane92m@hotmail.com

Introduction. Peu d'études se sont intéressées à la douleur et à la qualité de vie chez les patientes en cours de stimulation pour fécondation *in vitro* (FIV). Nous avons voulu évaluer ces paramètres chez des patientes infertiles en cours de stimulation pour FIV. Nous avons également voulu observer s'il existait une différence par rapport aux patientes porteuses d'une endométriose.

Matériel et méthodes. Il s'agit d'une étude observationnelle et prospective menée de juillet 2012 à juillet 2013. La douleur des patientes, la qualité de vie et l'anxiété des patientes ont été évaluées par des échelles d'auto-évaluation et des auto-questionnaires (échelle visuelle analogique (EVA), schéma de localisation de la douleur, traduction française de l'*Endometriosis Health Profile 5* et de l'*EUROQOL-5D*) lors de 3 visites : avant toute stimulation, au moment de la ponction ovocytaire et un mois plus tard.

Résultats. Cent trente-trois patientes ont été incluses. Il n'a pas été observé de différence significative de douleur au cours de la stimulation, ni du nombre de patientes présentant une douleur sévère (EVA > 7) au cours de la stimulation ($p = 0,15$). Concernant l'évaluation de la qualité de vie, il a été noté une amélioration significative de celle-ci au cours de la stimulation sans modification de l'état de santé évalué. Malgré tout, il n'a pas été observé de modification significative de la mobilité, des activités, de la douleur ni de l'anxiété des patientes au cours de la stimulation. On a pu tout de même noter une tendance plus importante à l'anxiété et à la douleur chez ces patientes, par rapport aux autres items. Des résultats similaires ont été observés dans la population de patientes porteuses d'une endométriose.

Conclusion. Il ne semble pas y avoir d'augmentation significative de la douleur ni de l'anxiété en cours de stimulation. On peut toutefois noter une qualité de vie significativement moins bonne en cours de stimulation chez les patientes endométriosiques par rapport aux non endométriosiques. Néanmoins, le fait de n'avoir que 50 questionnaires à la fin de l'étude n'a pas permis certaines analyses statistiques, en particulier dans la population de patientes endométriosiques. Ces résultats restent donc préliminaires et nécessitent de poursuivre cette démarche.

P40. Mise en place d'un circuit de prise en charge de la maladie trophoblastique gestationnelle à la maternité des Orangers, CHU Ibn Sina, Rabat

I. Khachani, M. El Fdil, A. Filali, M. Alami, R. Bezaoui

Maternité des Orangers, CHU Ibn Sina, Université Mohammed V Rabat, Rabat, Maroc
Correspondance : imane.khachani@gmail.com

Objectif. Le succès de la prise en charge des maladies trophoblastiques gestationnelles (MTG) s'appuie sur un suivi régulier pendant une longue période, défi majeur en milieu à ressources limitées, et pour les populations de faible niveau d'instruction. Face à un abandon de suivi fréquent et au diagnostic tardif des évolutions défavorables, nous avons mis en place à la maternité des Orangers de Rabat un circuit de consultation spécialisé et personnalisé de la MTG.

Matériel et méthodes. La mise en place du circuit a nécessité une révision des protocoles de suivi selon les dernières recommandations, avec élaboration d'une fiche de sensibilisation pour les patientes ; la centralisation des bilans de suivi au sein de l'hôpital en assurant la gratuité aux patientes indigentes ; la constitution d'un registre électronique sur fichier excel facilitant le suivi de chaque patiente et permettant un rappel de celle-ci (par téléphone ou sms) en cas de retard et la création d'une consultation hebdomadaire fixe de la MTG.

Résultats. Notre consultation prend actuellement en charge 40 patientes, avec une moyenne d'âge de 32 ans (extrêmes : 19-50 ans) ; 82 % sont de bas niveau socio-économique, 50 % sont des nullipares ; 35 % des paucipares et 15 % des multipares. Toutes ont été aspirées au sein de la formation et 60 % avaient au moins un critère principal (critères pronostiques de Curry, 1975) avec un taux de réaspiration de 36 %. À l'examen anatomo-pathologique, 58 % étaient porteuses de môles hydatiformes complètes et 42 % de môles partielles. Nous avons pu diagnostiquer à temps 8 môles invasives, toutes mises sous chimiothérapie avec évolution favorable.

Conclusion. La mise en place de ce circuit a permis d'optimiser la prise en charge de la maladie trophoblastique gestationnelle au sein de notre structure et d'éviter les retards de prise en charge des évolutions défavorables. Il s'agit d'un modèle organisationnel peu coûteux et facilement duplicable en milieu à ressources limitées.

P41. Déterminants des arrêts précoces de l'activité professionnelle pendant la grossesse

S. Vigoureux¹, B. Blondel², V. Ringa³, M. Saurel-Cubizolles²

1. Inserm U1018 CESP, Paris, France

2. Inserm EPOPe, Paris, France

3. Inserm U1018 - Équipe 7, Le Kremlin-Bicêtre, France

Correspondance : solene.vigoureux@gmail.com

Contexte. En France, la majorité des femmes enceintes travaillent. Les lois sur le congé maternité en France permettent une protection de la femme et de son emploi. L'objectif de l'étude était de décrire la durée d'arrêt de travail avant l'accouchement et les déterminants d'un arrêt précoce (avant 24 semaines d'aménorrhée).

Population et méthodes. Les données provenaient de l'enquête nationale périnatale réalisée en 2010. Les femmes ont été interrogées dans toutes les maternités françaises durant leur séjour en suites de couches. Notre échantillon comprenait toutes les femmes ayant une naissance unique et vivante, en métropole, et travaillant pendant la grossesse (n = 8 799). Les femmes ont été interrogées sur leurs caractéristiques sociodémographiques, d'emploi et médicales. Cette enquête ont reçu un avis favorable du comité du label et de la commission nationale de l'informatique et des libertés.

Résultats. Parmi les femmes qui ont travaillé pendant la grossesse, 25 % ont rapporté un arrêt de l'activité professionnelle avant la 24^e semaine d'aménorrhée. Après ajustement sur les caractéristiques sociodémographiques et d'emploi, l'arrêt précoce était plus fréquent chez les femmes ayant un emploi précaire (contrat à durée déterminée par rapport à une durée non déterminée : odds ratio ajusté ORa = 1,67 [IC 95 % 1,45-1,92]) et pour les catégories professionnelles moins qualifiées (ouvrières par rapport aux cadres ou professions supérieures et intellectuelles : ORa = 2,96 [2,28-3,84]). Les femmes ayant une grossesse pathologique quittaient le travail plus tôt que les autres femmes. Après stratification sur le type de grossesse, pathologique ou non, la fréquence d'arrêt précoce restait plus élevée chez les femmes des catégories professionnelles moins qualifiées et aux contrats précaires.

Conclusion. En France, les femmes enceintes ayant une situation sociale défavorable et une situation d'emploi précaire interrompent leur activité professionnelle plus tôt pendant la grossesse, même après prise en compte d'éventuelles pathologies de la grossesse.

P42. Corrélation et variabilité interindividuelle de l'évaluation de clichés échographiques obtenus sur simulateur en échographie obstétricale et sur patientes enceintes

A. Gueneuc¹, N. El Hajal¹, V. Bernardi², J. Stirnemann¹, Y. Ville¹, G. Chalouhi¹

1. Service d'obstétrique et de médecine fœtale, hôpital Necker-Enfants-malades, Paris, France

2. Département de la femme et de l'enfant, Università degli Studi di Padova, Padova, Italie

Correspondance : alexguene@hotmail.fr

Objectif. Tester la reproductibilité de l'évaluation de clichés échographiques obtenus sur simulateur en échographie obstétricale et sur vraies patientes, et évaluer la corrélation entre ces notes.

Méthodes. Nous avons demandé aux candidats passant l'examen national français de 2013 pour la pratique de l'échographie obstétricale d'obtenir, aussi bien pour des patientes enceintes volontaires qu'avec le simulateur d'échographie obstétricale, six des neuf coupes échographiques standard requises par le comité technique d'échographie pour le deuxième trimestre. Celles-ci incluent la mesure du diamètre bipariétal, le périmètre abdominal, le fémur, la coupe des quatre cavités cardiaques et des voies d'éjection, des reins, de l'estomac/diaphragme, du rachis et de la face. Les images ont été évaluées ensuite par deux examinateurs. Ils notaient chaque image selon les critères préalablement établis. La dextérité des participants était aussi évaluée de manière subjective (note de 0 à 10).

Résultats. Nous avons évalué 29 candidats. Les notes concernant la dextérité au cours de la simulation ($6,5 \pm 2,0$) et de l'examen échographique réel ($5,9 \pm 2,3$) étaient comparables ($p = 0,31$). Les notes avec le simulateur d'échographie obstétricale étaient significativement plus élevées que celles obtenues sur les patientes ($p = 0,027$). Il y avait une bonne corrélation entre les notes des deux examinateurs données pour la simulation ($r = 0,888$) et pour les patientes ($r = 0,873$) ($p = 0,81$).

Conclusion. La bonne corrélation entre les notes des 2 examinateurs ainsi qu'entre les notes sur simulateur d'échographie obstétricale et sur patientes volontaires démontre que le simulateur est un bon outil d'évaluation. En revanche, c'est un examen plus facile qui ne permet pas d'évaluer la capacité des étudiants à interagir avec les patientes.

P43. Pathologies hypertensives gravidiques et diabète gestationnel dans la population antillaise chroniquement exposée au chlordécone

P. Kadhel¹, L. Saunders², N. Costet², F. Rouget², C. Monfort², J. Thomé³, L. Guldner², S. Cordier², L. Mukltigner²

1. Service de gynécologie et obstétrique, pôle parent-enfant, CHU de Pointe-à-Pitre Abymes, Pointe-à-Pitre, France

2. Institut national de la recherche médicale (Inserm) U1085, Institut de recherche sur la santé, l'environnement et travail (Irset), Rennes, France

3. Université de Liège, Center for Analytical Research and Technology, Liège, Belgique

Correspondance : philippe.kadhel@orange.fr

Objectifs. L'association entre l'exposition aux pesticides organochlorés et l'hypertension gravidique (HG), la prééclampsie (PE) et le diabète gestationnel (DG) a fait l'objet de nombreux travaux. Le but de notre étude était l'évaluation de ces complications gravidiques dans la population des Antilles françaises exposée au chlordécone (CH), un pesticide organochloré à l'origine d'une pollution chronique.

Patientes et méthodes. Nous avons réalisé une étude observationnelle prospective de 779 femmes enceintes entre 2004 et 2007, à partir de la cohorte Timoun (validée par CCPRB). L'exposition au CH était évaluée par dosage plasmatique. L'association avec les issues de grossesse était estimée par régression logistique multiple tenant compte des facteurs de confusion.

Résultats. On comptait 65 HG, 31 PE et 71 DG. Les concentrations plasmatiques de CH dans le 3^e (OR = 0,2 ; 95 % IC : 0,1 ; 0,5) et le 4^e quartile (OR = 0,3 ; 95 % IC : 0,2 ; 0,7) étaient significativement associées à une réduction du risque d'HG. Considérée comme une variable continue, une augmentation de 1 log₁₀ de la concentration de CH était significativement associée à abaissement du risque de HG (OR = 0,4 ; 95 % CI : 0,2 ; 0,6). Aucune association n'était retrouvée entre l'exposition au CH et la PE ou le DG.

Conclusion. Cette étude suggère une association inverse entre l'exposition au CH pendant la grossesse et le HG mais pas avec PE et DG. Le mode d'action du CH expliquant cette association ne peut être que spéculatif. Un effet médié par son activité noradrénergique ou de perturbateur endocrinien est possible. D'autres études sont nécessaires pour déterminer ce mécanisme sous-jacent ou de potentiels facteurs confondants inconnus, aboutissant à cette association.

P44. Impact de la grossesse sur les ligaments utérosacrés et le muscle releveur de l'anus : analyse à partir d'un modèle pelvien biomécanique de la femme enceinte

E. Jeanditgautier¹, O. Mayeur², J. Lepage¹, M. Brieu², M. Cosson¹, C. Rubod¹

1. Hôpital Jeanne de Flandre, Lille, France

2. École centrale de Lille, Villeneuve d'Ascq, France

Correspondance : estelle.jdg@gmail.com

Objectif. L'objectif de notre travail est d'analyser les modifications que subissent les ligaments utérosacrés et des muscles périnéaux, notamment le muscle releveur de l'anus, au cours de la grossesse via un modèle numérique de la parturiente.

Matériel et méthodes. À partir d'IRM pelviennes de la femme enceinte, réalisées en séquence T1, T2 et densité de protons, on utilise le logiciel AVIZO pour préciser la disposition des différentes structures anatomiques à travers une représentation tridimensionnelle. Ces reconstructions sont ensuite traitées grâce au logiciel CATIA pour tendre vers des géométries réalistes. Un modèle géométrique représentatif est ensuite créé permettant d'avoir une description précise des différentes structures anatomiques (os, organes, muscles et ligaments) au cours de la grossesse. L'analyse de différentes structures est ensuite effectuée numériquement sur ces modèles géométriques en calculant par exemple les longueurs des utérosacrés (US) ou l'épaisseur des muscles pelviens.

Résultats. Nous avons réalisé des IRM pelviennes chez une femme enceinte à 16, 32, 38 semaines d'aménorrhée et en post-partum. Après analyse on constate que la taille des ligaments utérosacrés augmentait au cours de la grossesse, majoritairement entre 32 et 38 SA, avec une régression en post-partum. L'augmentation de la longueur des US est de l'ordre de 50 % entre 16 et 38 SA. En post-partum, 2 mois après l'accouchement, cette longueur diminue de 30 %. Il en est de même concernant l'épaisseur du muscle releveur de l'anus avec une augmentation des épaisseurs moyennes, suivie d'une diminution en post-partum.

Conclusion. Notre travail apporte de nouveaux éléments concernant les modifications que subissent différentes structures ayant un rôle particulièrement important dans la statique pelvienne, au cours de la grossesse.

P45. Inséminations intra-utérines avec sperme de donneur pour azoospermie : stimulation ovarienne *versus* cycle naturel

P. Bouet¹, H. El Hachem², C. Sylvestre², S. Philips², J. Benoit², B. Couturier²

1. CHU Angers, Angers, France

2. Clinique Ovo-Université de Montréal, Montréal, Canada

Correspondance : pebouet@hotmail.com

Objectifs. Comparer les taux de naissances vivantes (NV) et de grossesses gémellaires (GG) chez des femmes normo-ovulatoires ayant eu une insémination intra-utérine avec sperme de donneur (IAD) pour azoospermie chez le partenaire, soit après stimulation ovarienne (SO) par citrate de clomiphène (CC) ou létrozole, soit en cycle naturel (CN).

Matériel et méthodes. Étude de cohorte réalisée de janvier 2011 à juin 2014. Les patientes ≤ 40 ans, normo-ovulatoires et sans histoire d'infertilité, ayant eu une IAD pour azoospermie chez le partenaire, ont été incluses. Les femmes atteintes d'un syndrome des ovaires polykystiques ont été exclues. La SO était faite par CC 100 mg ou létrozole 5 mg, de J3 au J7 du cycle. Les patientes en CN ne recevaient aucune stimulation. Seuls les trois premiers cycles d'IAD ont été inclus par patiente. Nos critères de jugement principaux étaient le taux de NV, par cycle débuté et cumulatif, et le taux de GG.

Résultats. Au total, 207 cycles d'IAD chez 90 femmes ont été inclus : 135 cycles de SO chez 58 femmes (84 cycles avec CC et 51 cycles avec létrozole), et 72 CN chez 32 femmes. Les caractéristiques des populations étaient comparables dans les 2 groupes. Il n'existait pas de différence significative entre SO et CN pour les taux de NV par cycle débuté (respectivement 17 % *versus* 14 %, $p = 0,56$) et cumulatif (respectivement 40 % *versus* 31 %, $p = 0,43$). Aucune GG n'est survenue dans les deux groupes. Les taux de grossesses cliniques par cycle (21 % en SO *versus* 15 % en CN, $p = 0,34$) et de fausses couches spontanées (18 % en SO *versus* 9 % en CN, $p = 0,49$) étaient aussi comparables entre les 2 groupes.

Conclusions. En cas d'IAD effectuées chez des femmes normo-ovulatoires pour azoospermie chez le partenaire, les taux de naissances vivantes sont comparables entre stimulation ovarienne et cycles naturels.

P46. Incontinence urinaire et anale 6 mois après une extraction instrumentale en fonction de la hauteur de la présentation

G. Ducarme¹, J. Hamel², S. Brun³, H. Madar³, F. Coatleven³, H. Gomer³, L. Sentilhes²

1. Centre hospitalier départemental, La Roche-sur-Yon, France

2. CHU, Angers, France

3. CHU, Bordeaux, France

Correspondance : g.ducarme@gmail.com

Objectif. Comparer les troubles périnéaux (incontinence urinaire, incontinence anale, douleurs périnéales) 6 mois après une extraction instrumentale en fonction de la hauteur de présentation lors du geste et, en particulier, comparer la partie haute et la partie moyenne.

Matériel et méthodes. Une étude prospective observationnelle a été réalisée entre 2008 et 2013 au CHU d'Angers, après accord d'un comité d'éthique, comportant 2 138 patientes ayant bénéficié d'une extraction instrumentale d'un fœtus en présentation céphalique à terme, afin d'évaluer la morbidité maternelle et néonatale sévère après extraction instrumentale en fonction de la hauteur de la présentation (selon la classification ACOG). À 6 mois dans le post-partum, l'incontinence urinaire (IU), l'incontinence anale (IA), les douleurs périnéales et les dyspareunies ont été évaluées par questionnaires (*Bristol Female Lower Urinary Tract Symptoms* (BFLUTS), *Fecal Incontinence Severity Index* (FISI)). Une analyse multivariée incluant les facteurs confondants a été réalisée afin d'étudier la relation entre les troubles périnéaux à 6 mois et l'extraction instrumentale réalisée à la partie haute par comparaison à la partie moyenne.

Résultats. Parmi les 2 138 patientes incluses dans l'étude, le nombre de patientes ayant répondu aux questionnaires à 6 mois était de 993 (46,4 %), se répartissant en 16,8 % (n = 167) partie haute, 74,5 % (n = 740) partie moyenne et 8,7 % (n = 86) partie basse. Aucune différence n'était observée concernant l'IU (p = 0,14), l'IA (p = 0,27), le score FISI (p = 0,57) et les douleurs périnéales (p = 0,31) en fonction de la hauteur de la présentation lors de l'extraction instrumentale. Le type d'IU (effort, par urgenturie et mixte), l'IU sévère et la dysurie n'étaient pas non plus significativement différents entre les 3 groupes. Après analyse multivariée ajustée sur des facteurs confondants, l'extraction instrumentale à la partie haute n'était pas significativement associée à l'IU (aOR = 0,70, IC 95 % 0,46-1,05), ni à l'IA (aOR = 1,42, IC 95 % 0,85-2,39). Par contre, les déchirures périnéales du 3^e et du 4^e degré apparaissaient comme un facteur de risque majeur d'IU (aOR = 3,08, IC 95 % 1,35-7,00) et d'IA (aOR = 3,47, IC 95 % 1,43-8,39) 6 mois après une extraction instrumentale. L'âge maternel à l'accouchement était aussi un facteur de risque d'IU (aOR = 1,66, IC 95 % 1,19-2,31) et d'IA (aOR = 1,81, IC 95 % 1,25-2,62) à 6 mois dans le post-partum.

Conclusion. À 6 mois dans le post-partum, l'extraction instrumentale à la partie haute n'était pas associée (par comparaison à la partie moyenne) à une augmentation du risque d'incontinence urinaire ni d'incontinence anale.

P47. Issues de grossesse chez les femmes de 50 ans et plus après don d'ovocytes

E. Guesdon, A. Vincent-Rohfritsch, C. Le Ray, F. Goffinet

Maternité Port-Royal, université Descartes Paris V, Paris, France

Correspondance : elodie.guesdon@laposte.net

Introduction. Avec les progrès du don d'ovocytes et le changement de mode de vie, on assiste à une augmentation de la prévalence des grossesses à des âges extrêmes. Notre objectif était de comparer les issues de grossesse après don d'ovocytes entre les femmes de plus de 50 ans et les femmes de 45 à 49 ans.

Méthodes. Nous avons conduit une étude rétrospective unicentrique, entre le 1^{er} janvier 2006 et le 30 janvier 2015. Toutes les femmes de plus de 45 ans à l'accouchement, ayant bénéficié de don d'ovocytes et ayant accouché dans notre maternité de niveau 3 après 22 SA, ont été incluses puis classées en 2 groupes : ≥ 50 ans et 45-49ans.

Résultats. Quarante femmes de ≥ 50 ans et 146 femmes entre 45 et 49 ans ont été incluses. Les caractéristiques des 2 groupes étaient comparables, hormis le taux de primipare plus élevé dans le groupe 45-49ans (65 % *versus* 84 %, $p < 0,001$). Le taux de grossesse multiple était similaire et élevé dans les deux groupes (35 % et 37 %). Il n'existait pas de différence significative dans la survenue de complications maternelles, obstétricales ou néonatales, mais les incidences étaient très élevées, notamment pour la prééclampsie (20 % chez les ≥ 50 ans et 24 % chez les 45-49 ans, $p = 0,68$), le diabète gestationnel (17,5 % et 13 %, $p = 0,35$), l'hémorragie de la délivrance (15 % et 18,5 %, $p = 0,80$) et la prématurité (29 %). Le taux de césarienne était similaire et élevé (65 %). La durée moyenne d'hospitalisation en suites de couches était significativement plus importante chez les femmes ≥ 50 ans que chez les femmes de 45-49 ans ($9,5 \text{ j} \pm 7,4$ *versus* $6,8 \text{ j} \pm 4,4$, $p = 0,004$).

Conclusion. Nous n'avons pas mis en évidence de sur-risque chez les patientes de plus de 50 ans par rapport aux 45-49 ans, malgré des incidences de complications très élevées. L'âge de 50 ans ne semble pas être un seuil à partir duquel le don d'ovocytes devrait être déconseillé, mais l'augmentation significative du temps en suites de couches est peut-être un reflet de difficultés plus globales rencontrées à ces âges extrêmes.

P48. Facteurs prédictifs de succès d'accouchement par voie basse après césarienne : cohorte rétrospective de 405 patientes

M. Matura-Bedouhene

Maternité régionale universitaire, Nancy, France
Correspondance : matura.magda@gmail.com

Introduction. L'augmentation des taux de césarienne au cours des dernières années pose le problème du choix de la voie d'accouchement chez les patientes porteuses d'utérus cicatriciel (11 % des parturientes en France en 2010). En France, 49 % des patientes porteuses d'utérus cicatriciel ont une tentative de voie basse après césarienne (TVBAC), dont le taux de succès se situe entre 60 et 80 %. L'objectif de notre étude était d'étudier les facteurs prédictifs de succès de TVBAC.

Méthodes. Notre étude de cohorte rétrospective a inclus, entre mai 2012 et décembre 2014, les patientes ayant un antécédent de césarienne et une TVBAC à terme. Les facteurs étudiés étaient l'âge maternel, l'indice de masse corporelle, l'antécédent d'accouchement par voie basse avant et après césarienne, l'indication de césarienne antérieure récurrente, les modalités de mise en travail, l'âge gestationnel, le poids de naissance, le score d'Apgar et le pH artériel à la naissance.

Résultats. Quatre cent cinq patientes ont été incluses ; 83 % des patientes porteuses d'un utérus unicatriciel ont eu une TVBAC, qui a été un succès pour 75 %. Deux facteurs étaient significativement associés au succès de TVBAC : l'antécédent d'accouchement par voie basse depuis la césarienne ($p = 0,001$) et l'entrée spontanée en travail ($p < 0,0001$). Il n'y avait pas de différence significative pour les facteurs néonataux. Le taux de rupture utérine était de 1,5 % (6 patientes).

Conclusion. Le taux de TVBAC était de 83 % dans notre étude, largement plus élevé que le taux moyen national rapporté par l'enquête périnatale de 2010. Le taux de succès de TVBAC était en accord avec les résultats de la littérature. Peu de facteurs prédictifs associés significativement à un succès de TVBAC ont été retrouvés. Ainsi, en l'absence d'indication formelle à une césarienne itérative, une TVBAC devrait être proposée de manière large et non restrictive aux patientes porteuses d'un utérus unicatriciel.

P49. L'absence de ménopause, le haut grade nucléaire, l'étendue > 30 mm et les marges chirurgicales positives sont des facteurs prédictifs de résidu tumoral après tumorectomie pour carcinome canalaire *in situ* du sein

S. Tixier

CHU Angers, Angers, France

Correspondance : sarah.tixier@gmail.com

Objectif. La chirurgie conservatrice associée à la radiothérapie est le traitement de référence du carcinome canalaire *in situ* (CCIS). Les reprises chirurgicales sont indiquées en cas de résection non in sano mais certaines se révèlent probablement inutiles car exemptes de résidu tumoral. L'objectif de notre étude rétrospective tricentrique est d'identifier les facteurs prédictifs de reprise chirurgicale positive après chirurgie conservatrice du sein pour CCIS.

Matériel et méthodes. Deux cent quatre-vingt-cinq patientes ont été reprises après traitement conservateur pour CCIS entre le 01/01/08 et le 31/12/13 dans 3 centres de référence en cancérologie du sein. Nous avons comparé, de manière rétrospective, les facteurs différenciant les patientes présentant un résidu tumoral des autres. Les critères étudiés étaient cliniques, radiologiques, chirurgicaux et histologiques.

Résultats. Cent quatre-vingts patientes (63 %) présentaient un résidu tumoral après traitement conservateur. Six facteurs étaient prédictifs en analyse univariée : jeune âge ($p = 0,025$), absence de ménopause ($p = 0,016$), absence de biopsie préopératoire ($p = 0,0029$), haut grade nucléaire ($p = 0,0181$), étendue des lésions > 30 mm ($p = 0,032$) et marges positives ($p = 0,0016$). Quatre facteurs étaient indépendants en analyse multivariée : absence de ménopause ($p = 0,0017$), haut grade nucléaire ($p = 0,0031$), étendue des lésions > 30 mm ($p = 0,012$) et marges positives ($p = 0,0013$). Nous avons calculé une probabilité de reprise positive de 93 % si ces 4 facteurs sont associés. À l'inverse, s'ils sont tous absents, ce taux chute à 18 %.

Conclusion. Dans le CCIS, entre facteurs de risque de marges de tumorectomie atteintes et facteurs de risque de récurrence, qui sont tous deux bien étudiés, la connaissance de facteurs de risque de résidu tumoral est une information susceptible d'aider les choix thérapeutiques.

P50. Facteurs prédictifs de douleurs sévères lors d'une interruption volontaire de grossesse par aspiration du premier trimestre sous anesthésie locale au CHU de Rennes

S. Duros¹, M. Voltzenlogel¹, L. Vandenbroucke¹, L. Boyer¹, P. Lemeut¹, I. Leroux¹, B. Laviolle², J. Levêque¹, P. Poulain¹, V. Lavoué¹

1. Service de gynécologie-obstétrique - Hôpital Sud, Rennes, France

2. Centre d'investigation clinique, Rennes, France

Correspondance : duros.solene@gmail.com

Introduction. L'interruption volontaire de grossesse chirurgicale (IVG) sous anesthésie locale (AL) est l'une des interventions le plus couramment pratiquées dans le monde mais qui reste particulièrement douloureuse.

Objectif. L'objectif de cette étude était de déterminer le taux et les facteurs prédictifs de douleurs sévères lors des IVG chirurgicales sous AL du premier trimestre.

Matériel et méthode. Entre novembre 2013 et janvier 2014, nous avons inclus prospectivement les patientes subissant une IVG chirurgicale avant 14 semaines d'aménorrhées sous AL. Grâce à un questionnaire anonyme, les participantes étaient invitées, seules, à exprimer leur niveau de douleur perçue 30 min après la fin du geste en utilisant l'échelle visuelle analogique (EVA) (0 à 10 cm). Le critère de jugement principal était le taux de douleurs sévères, définies comme une EVA ≥ 7 . Les critères de jugement secondaire étaient les facteur(s) prédictif(s) de douleurs sévères.

Résultats. Cent quatre-vingt-quatorze femmes ont été incluses. Le taux de la douleur sévère était de 46 % (IC 95 % [39 %-53 %]). L'analyse univariée a révélé que la douleur sévère était significativement associée avec l'âge < 28 ans (OR : 2,65 IC 95 % : [1,47 à 4,77]), avoir 0 ou 1 enfant (OR : 5,80 [IC 95 % : 2,29 à 14,67]), un terme > 10 semaines d'aménorrhée (OR : 2,56 [IC 95 % : 1,17 à 5,63]), la présence d'un accompagnant (OR : 2,95 [IC 95 % : 1,49 à 5,96]), le bloc paracervical (OR : 1,96 [IC 95 % : 1,01 à 3,49]) et l'utilisation d'une canule > 8 mm (OR : 2,18 IC 95 % [1,13 à 3,40]). L'analyse multivariée a confirmé que le terme > 10 semaines d'aménorrhée (OR : 2,530 [IC à 95 % : 1,1 à 5,81] $p = 0,0287$) et avoir 0 ou 1 enfant (OR : 5,206 [IC 95 % : 1,87 à 14,49] $p = 0,0016$) étaient des facteurs prédictifs indépendants.

Conclusion. Un terme > 10 semaines d'aménorrhée et la parité sont des facteurs prédictifs de douleur sévère. À partir de ces facteurs, il serait intéressant de définir un score prédictif de douleur sévère qui permettrait d'orienter spécifiquement les patientes à risque vers une anesthésie générale.

P51. Évaluation de la sexualité des patientes bénéficiant d'une chirurgie réparatrice du clitoris après mutilation sexuelle féminine

S. Wylomanski¹, M. Vital¹, S. de Visme², M. Hanf², H. Philippe¹, N. Winer¹

1. CHU de Nantes, Nantes, France

2. Inserm CIC 1413, Nantes, France

Correspondance : sophie.wylomanski@gmail.com

Objectifs. Les mutilations sexuelles féminines (MSF) concernent 130 millions de femmes dans le monde. Cette étude évalue pour la première fois l'évolution du bien-être sexuel des patientes opérées pour une réparation chirurgicale du clitoris à l'aide d'un questionnaire validé : le *Female Sexual Function Index* (FSFI).

Matériel et méthode. Il s'agissait d'une étude prospective, monocentrique, approuvée par un comité d'éthique, réalisée en 2014. Les patientes bénéficiant d'une chirurgie de réparation étaient incluses. Un questionnaire (histoire de l'excision, sociodémographie, questionnaire FSFI) était réalisé avant, à 3 mois et 6 mois de l'intervention.

Résultats. Sur les 12 patientes incluses, 9 (75 %) présentaient une MSF de type II, 10 (80 %) souhaitaient améliorer leur sexualité. En préopératoire, l'évaluation du bien-être sexuel montrait une dysfonction sexuelle globale (score FSFI total médian à 16,95 pour un seuil à 23). Les sensations clitoridiennes étaient absentes chez 9 patientes (75 %). En postopératoire, toutes les dimensions du FSFI excepté la lubrification étaient significativement améliorées avec un score total médian de 28,80. Toutes les patientes ressentaient des sensations clitoridiennes. Onze (90 %) d'entre elles étaient satisfaites de l'intervention.

Conclusion. La réparation chirurgicale du clitoris semble améliorer le bien-être sexuel des femmes mutilées. L'évaluation standardisée de l'impact psychique et esthétique permettrait d'affiner ces résultats.

P52. Le transfert d'embryon congelé : résultats d'une étude de cohorte appariée

M. Bourdon¹, P. Santulli¹, V. Gayet¹, K. Pocate², C. Chapron¹

1. Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, faculté de médecine, Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), hôpital universitaire Paris Centre, CHU Cochin, service de gynécologie-obstétrique II et médecine de la reproduction
 2. Université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, faculté de médecine, Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), hôpital universitaire Paris Centre, CHU Cochin, service d'histologie-embryologie-biologie de la reproduction
- Correspondance : mathilde_bourdon@hotmail.com

Objectif. Comparer le taux de grossesse évolutive après transfert d'embryons, congelés ou frais, au stade J2 afin de préciser s'il existe un potentiel effet de la stimulation ovarienne sur l'implantation.

Matériels et méthodes. Nous avons conduit une étude de cohorte appariée entre octobre 2012 et décembre 2014. Trois cent vingt-cinq transferts frais J2 ont été appariés à 325 transferts d'embryons congelés au stade J2 sur l'âge et le rang de la stimulation ovarienne contrôlée type fécondation *in vitro*/Intracytoplasmic-sperm-injection (FIV/ICSI). Le critère de jugement principal était le taux de grossesse évolutive.

Résultats. Un total de 650 transferts ont été inclus dans l'analyse : 325 dans le groupe transfert frais (TF) et 325 dans le groupe transfert d'embryons congelés (TEC). Les caractéristiques de la population n'étaient pas différentes entre les deux groupes mis à part le taux d'AMH et le compte de follicules antraux (CFA) qui étaient légèrement plus élevés dans le groupe TEC ($3,7 \pm 3,5$ versus $2,87 \pm 2,1$, $p = 0,001$ et $14,44 \pm 8,28$ versus $13,17 \pm 6,72$, $p = 0,039$ respectivement). Cependant, le nombre d'embryons 2 pronuclei (2PN) n'était pas statistiquement différent entre les deux groupes. Le taux de grossesse évolutive n'était pas significativement différent entre le groupe TEC et le groupe TF (18,5 % versus 21,9 % respectivement, $p = 0,281$). De la même façon, le taux d'implantation ($0,17 \pm 0,31$ versus $0,20 \pm 0,33$ respectivement, $p = 0,258$), le taux de grossesse clinique (26,2 % versus 30,2 %, $p = 0,256$) ainsi que le taux de fausses couches (25,5 % versus 27,5 %, $p = 0,777$) n'étaient pas statistiquement différents entre les 2 groupes.

Conclusion. Notre étude ne montre pas de bénéfice au stade J2 du transfert d'embryons congelés par rapport au transfert frais en termes de taux de grossesse évolutive. La stimulation ovarienne contrôlée ne semble pas altérer la réceptivité endométriale dans ce cas.

P53. Comparaison d'un morcellateur à un résectoscope dans le traitement des polypes utérins sous hystérocopie

F. Stoll

Hôpitaux universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France
Correspondance : francois.stoll@gmail.com

Objectif. Comparer la morcellation hystérocopique à la résection hystérocopique classique dans le traitement des polypes utérins.

Matériel et méthodes. Étude prospective monocentrique non randomisée. Toutes les patientes traitées pour un polype utérin unique entre septembre 2014 et juillet 2015 au CMCO de Schiltigheim ont été incluses et traitées soit par morcellation, soit par résection standard, en hystérocopie.

Résultats. Au total, 73 patientes ont été incluses : 27 ont été traitées par morcellation et 46 par résection hystérocopique standard. La procédure opératoire était significativement plus rapide dans le groupe morcellation : 5,8 *versus* 10,2 minutes ($p < 0,001$). La quantité de fluide utilisée durant la procédure était plus faible ($p < 0,001$) avec l'utilisation du morcellateur, tout comme le déficit du bilan entrées-sorties à la fin de la chirurgie ($p < 0,001$). Les notes moyennes du chirurgien pour la qualité de la vision ($p < 0,001$) et son confort ($p < 0,001$) étaient meilleures dans le groupe morcellation. Le dispositif opératoire était moins fréquemment réinséré lorsque le morcellateur était utilisé ($p < 0,001$). Une conversion vers une procédure de résection classique a été nécessaire une fois lors de l'utilisation du morcellateur (3,7 %). Un syndrome d'absorption intravasculaire au cours d'une hystérocopie opératoire, asymptomatique, a été relevé pour un cas de résection standard (2,2 %). L'opérateur principal était plus souvent un interne dans le groupe des résections (58,7 %) alors qu'il s'agissait plus souvent d'un médecin senior dans le groupe des morcellations (77,8 % ; $p = 0,006$), pouvant ainsi induire un biais.

Conclusion. La morcellation hystérocopique comparée aux techniques de résection standard pour le traitement des polypes utérins semble plus rapide, avec un déficit du bilan entrées-sorties plus faible, un meilleur confort et une meilleure vision du chirurgien. Ces résultats nécessitent d'être confirmés par un essai prospectif randomisé.

P54. Devenir obstétrical et néonatal des grossesses induites par citrate de clomifène exclusivement

D. de Villardi de Montlaur, D. Desseauve, S. Robert, T. Ndiaye, S. Désurmont, F. Pierre

CHU Poitiers, Poitiers, France

Correspondance : diane92m@hotmail.com

Introduction. Mis sur le marché en 1967, le citrate de clomifène est l'inducteur actuellement le plus prescrit en France. L'indication principalement retenue est l'induction de l'ovulation dans les cas de dysovulation de type IIb de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), sous réserve d'un contrôle préalable de la perméabilité tubaire et d'un spermogramme normal. Des travaux récents suggèrent pourtant que le citrate de clomifène pourrait être un facteur de risque de retard de croissance intra-utérin. Devant ces résultats il nous a semblé pertinent d'étudier l'impact de ce mode d'induction de l'ovulation sur les grossesses au-delà de 25 SA.

Objectif. Comparer les pathologies gravidiques, les termes et poids de naissance et le devenir néonatal des grossesses induites par citrate de clomifène à ceux des grossesses spontanées.

Matériel et méthodes. Étude rétrospective du 1^{er} janvier 2000 au 31 décembre 2008 incluant toutes les femmes accouchant après 25 SA dans la maternité de type III de la région Poitou-Charentes et ayant eu une grossesse induite par citrate de clomifène (n = 98). Les femmes ont été appariées selon l'âge, la parité, le caractère simple ou multiple de la grossesse et, dans ce dernier cas, de la chorionicité, à deux autres femmes ayant eu une grossesse spontanée.

Résultats. Aucune différence significative n'a été retrouvée parmi les singletons. Les nouveau-nés issus de grossesses gémellaires ont un poids de naissance significativement plus petit que ceux issus de grossesses monofœtales ($p = 0,01$). Il en a été de même pour le pourcentage de pH < 7,10 à la naissance ($p = 0,04$), la durée des séjours en réanimation néonatale ($p = 0,01$), et le nombre d'hospitalisations en néonatalogie ($p = 0,04$).

Conclusion. L'impact de la médecine de la reproduction dans l'incidence des grossesses multiples reste une préoccupation en santé publique, du fait du risque de prématurité et d'hypotrophie des jumeaux par rapport aux singletons. Ces résultats permettent d'insister sur la nécessité d'encadrer la prescription et la surveillance de ce traitement.

P55. Évaluation de la perception des facteurs de risque de cancer du sein par les femmes après traitement en Guadeloupe

P. Kadhel¹, C. Schuster², A. Ghassani¹, N. Grossat³, L. Benoit², E. Janky¹

1. Service de gynécologie et obstétrique, pôle parent-enfant, CHU de Pointe-à-Pitre Abymes, Pointe-à-Pitre, France
 2. Service d'oncologie et équipe mobile de soins palliatifs, centre hospitalier de Basse-Terre, Basse-Terre, France
 3. Service d'oncologie et de radiothérapie, hôpital Albert Clarac, Fort-de-France, France
- Correspondance : philippe.kadhel@orange.fr

Objectifs. Les facteurs de risque du cancer sein (FRCS) perçus par la patiente sont étudiés. Influencés par des facteurs contextuels, leur corrélation avec les FRCS reconnus ou avec le risque réel est faible. Nous rapportons ici les FRCS perçus aux Antilles.

Patients et méthodes. Nous avons réalisé une étude prospective déclarative sur questionnaire proposé à des femmes en suivi post-thérapeutique. Ont été relevés les principaux FRCS autodéclarés et des FRCS proposés et évalués par une échelle à 5 degrés de Likert.

Résultats. Pour les FRCS spontanément évoqués pour toute femme, 19 % n'avaient pas d'avis, 35 % citaient le stress psychologique et 24 % la génétique comme 1^{er} FRCS. Les autres FRCS ne dépassaient pas 10 % chacun. Pour les FRCS personnels à l'origine de leur propre cancer, 10 % des patientes n'avaient pas d'avis, 38 % citaient le stress et 11 % la contraception en 1^{er} FRCS. Les patientes étaient « d'accord » ou « tout à fait d'accord » pour les FRCS proposés à : 27 % pour les radiations, 32 % pour la pollution, 35 % pour la pression socio-économique et culturelle, 54 % pour le mode de vie personnel avec le stress principalement.

Conclusion. Spontanément évoqué ou proposé en choix, la tendance est nette pour incriminer le stress comme FRCS dans notre population. Les FRCS reconnus médicalement, tels que les antécédents gynéco-obstétricaux ou l'allaitement, sont plus rarement cités. S'il est rapporté que le stress durable induisant une baisse de l'immunité favoriserait le développement de certains types de cancers, il n'a pas démontré de lien pour le cancer du sein. Un rôle protecteur est même rapporté. Dans notre étude, les FRCS peu ou non contrôlables par les patientes sont plus fréquemment cités que ceux qu'elles pourraient contrôler. Cette tendance correspondrait à des stratégies de défense psychologique. Par leur importance en prévention et pour les soins de support, cette information sur les FRCS perçus par la patiente pourrait donc être un élément du dossier médical.

P56. Faisabilité et apport de l'hydrosonographie réalisée dans un contexte d'urgence en période aiguë dans l'exploration des ménométrorragies

A. Bouzid¹, A. Bouzid², M. Ben Khedija², S. Menjli², M. Mourali²

1. Hôpital régional de Manzel Tmime, Nabeul, Tunisie

2. Hôpital universitaire de Bizerte, Bizerte, Tunisie

Correspondance : arij2009@voila.fr

Objectif. Le but de notre étude était d'évaluer la faisabilité, la tolérance et l'apport diagnostique de l'hydrosonographie réalisée en salle d'urgences en période aiguë chez des patientes consultant pour des métrorragies en dehors de toute grossesse et de tout contexte d'infertilité.

Matériel et méthode. Nous avons effectué une étude prospective durant la période entre le 1^{er} janvier 2015 et le 31 juillet 2015, afin d'évaluer la faisabilité de la réalisation de l'hydrosonographie en salle d'urgence, incluant toutes les patientes consultant nos urgences pour des ménométrorragies, qu'elles soient en activité génitale ou ménopausées et chez lesquelles le saignement était objectivé à l'examen clinique. Une échographie par voie endovaginale a été réalisée en salle d'urgence suivie d'une hydrosonographie. Ont été précisés le degré de gêne et la tolérance de la patiente, la qualité des images obtenues, la nécessité d'un deuxième contrôle échographique à distance, les consultations ultérieures pour fièvre ou algies pelviennes. De plus, nous avons effectué une comparaison entre les conclusions en échographie endovaginale et celles au décours de l'instillation de produit de contraste. Le diagnostic final a été retenu suite à un geste chirurgical ou endoscopique avec résultat anatomopathologique.

Résultats. Deux cent seize patientes ont été incluses dont 48,1 % ménopausées. La durée moyenne de l'examen a été de 11,2 minutes. L'hydrosonographie a pu être effectuée dans 98,6 % des cas et a dû être abandonnée dans trois cas. Des complications mineures ont été notées dans 3,7 % des cas à type de douleurs pelviennes. Aucune complication différée n'a été relevée. L'apport de l'hydrosonographie pour la détection des anomalies endométriales était supérieur à celui de l'échographie, avec une sensibilité de 91,78 % (IC : 82,96-96,90) *versus* 89,04 % (IC 75,94-95,13), une spécificité de 60 % (IC : 38,68-78,84), un LR+ à 2,29 (IC ; 1,41-3,73) *versus* 2,02 (IC : 1,29-3,17) et un LR- à 0,14 (IC : 0,06-0,31) *versus* 0,20 (IC : 0,09-0,41). L'analyse des courbes ROC montre que cet apport était important en matière de détection des polypes et des myomes intracavitaires.

Conclusion. L'hydrosonographie est un examen compatible avec la réalisation aux urgences et sa réalisation en période hémorragique ne diminue en rien son apport diagnostique par rapport à l'échographie conventionnelle.

P57. Évaluation de la prise en charge obstétricale des enfants ayant une encéphalopathie anoxo-ischémique pris en charge au CHRU de Lille et traités par hypothermie contrôlée

S. Hanssens¹, S. Depret¹, F. Flamein², L. Storme², P. Deruelle¹, D. Subtil¹

1. Pôle femme, mère, nouveau-né, hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille, Lille, France

2. Pôle réanimation néonatale, hôpital Jeanne de Flandre, CHRU de Lille, Lille, France

Correspondance : sandyhg@free.fr

Contexte. L'asphyxie perpartum est à l'origine de décès néonataux et de séquelles neurologiques chez l'enfant. C'est pourquoi il est nécessaire de la prévenir en sachant identifier les situations à risque, interpréter correctement un enregistrement du rythme cardiaque fœtal (RCF) et savoir quand recourir à un examen de 2^e ligne. En cas d'encéphalopathie néonatale, l'hypothermie thérapeutique permet d'améliorer le pronostic neurologique de l'enfant.

Objectif. Évaluer la qualité de la prise en charge obstétricale chez les enfants ayant présenté une anoxie périnatale modérée à sévère et mis en hypothermie thérapeutique.

Matériel et méthodes. Étude rétrospective incluant les enfants pris en charge par hypothermie dans le service de réanimation néonatale de l'hôpital Jeanne de Flandre pour anoxie perpartum entre 2005 et 2013. La prise en charge obstétricale au moment de l'accouchement était évaluée et classée en 2 groupes : prise en charge optimale ou sub-optimale.

Résultats. Soixante-dix-sept patientes ont été incluses. Il y avait des anomalies du RCF dans 77,33 % des accouchements et ces anomalies n'étaient pas signalées dans 18,97 % des cas ou non caractérisées dans 56,90 % des cas. Le pH au scalp n'était réalisé que dans 37,93 % des cas lorsqu'il était faisable. Les prises en charge obstétricales n'étaient considérées comme optimales que dans 36,36 % des cas. Les encéphalopathies néonatales étaient dues à des urgences obstétricales (32,47 %), à une difficulté d'extraction (11,69 %) et à des anomalies du RCF (51,95 %). Il y avait une amélioration des prises en charge obstétricales depuis 2010 ($p = 0,0006$), année de début des formations professionnelles dans notre région, consécutives aux recommandations pour la pratique clinique et aux démarches d'évaluation des pratiques professionnelles.

Conclusion. Les actions de formation sur l'interprétation des anomalies du RCF et les évaluations des pratiques professionnelles actuellement menées au sein de la région doivent être poursuivies afin de faire diminuer le taux d'encéphalopathies anoxo-ischémiques.

P58. Rupture prématurée des membranes \geq 35 SA : identification des facteurs prédictifs d'une expectative bénéfique

C. Huret, D. Gallot, B. Pereira, V. Collonge, D. Lémery, V. Sapin, M. Accocheberry

CHU Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France

Correspondance : dgallot@chu-clermontferrand.fr

Introduction. L'objectif principal de cette étude était d'identifier les critères prédictifs d'une expectative bénéfique en cas de rupture prématurée des membranes (RPM) après 35 SA. L'expectative bénéfique était définie comme l'entrée en travail spontané ou une évolution vers un score de Bishop favorable (≥ 6) dans les 24 heures suivant la RPM. Nous avons comparé la survenue de complications obstétricales et néonatales en fonction de l'issue bénéfique ou non de l'expectative. Nous avons réalisé une analyse comparative entre un groupe « RPM clinique » et un groupe « RPM biologique » pour lesquelles il a été nécessaire de réaliser un test biologique pour permettre le diagnostic.

Matériels et méthode. Étude rétrospective des patientes consultant pour RPM après 35 SA pour lesquelles il a été décidé une attitude expectative. Le critère de jugement principal était la mise en travail spontané ou l'évolution vers un score de Bishop favorable (≥ 6) dans les 24 heures suivant la RPM.

Résultats. De janvier 2013 à décembre 2014, 542 patientes ont été incluses avec 75,2 % d'expectative bénéfique. Les facteurs prédictifs d'une expectative bénéfique retrouvés sont la multiparité ($p = 0,02$), la RPM clinique ($p < 0,0001$), un score de Bishop ≥ 4 ($p < 0,01$) et une dilatation cervicale à l'orifice interne ≥ 2 cm ($p < 0,01$). Les facteurs de risque d'échec de l'expectative sont la RPM biologique et la primiparité. En cas d'échec de l'expectative on retrouve un taux de césarienne significativement plus important (24 % *versus* 8,8 % $p < 0,01$) mais pas de différence concernant le score d'Apgar < 7 à 5 minutes (4,5 % *versus* 4,7 %), le taux d'infection materno-fœtale prouvée (3,7 % *versus* 4,7 %) ou le taux de transfert en pédiatrie (6,0 % *versus* 5,4 %). Le seul facteur prédictif d'une expectative bénéfique retrouvé en cas de RPM biologique est un col modifié (Bishop ≥ 4 et dilatation orifice interne ≥ 2 cm).

Discussion-conclusion. L'expectative bénéfique est l'issue de la majorité des RPM au-delà de 35 SA (75,2 %). La multiparité, le caractère franc de la rupture et un col modifié apparaissent comme les principaux facteurs prédictifs d'une expectative bénéfique. Quelle que soit l'issue de l'expectative, le taux d'infections néonatales est comparable. Dans les cas de RPM biologiques, l'expectative bénéfique ne concerne plus que 57 % des patientes contre 81 % en cas de RPM clinique.

P59. Validation prospective d'un nomogramme évaluant le risque réel d'accouchement prématuré lors d'une menace d'accouchement prématuré (MAP)

Y. Dabi¹, S. Nedellec¹, C. Bonneau², B. Trouchart¹, R. Rouzier², A. Benachi¹

1. Hôpital Antoine Bécélère, Clamart, France

2. Institut Curie, Saint-Cloud, France

Correspondance : yohann.dabi@gmail.com

Objectifs. L'objectif de notre étude était la validation externe d'un nomogramme d'aide à la décision de transfert en maternité de niveau adapté pour les patientes admises pour MAP. Notre second objectif était la détermination du seuil optimal à appliquer.

Matériels et méthodes. Ont été prospectivement incluses toutes les patientes transférées pour MAP entre 22 semaines d'aménorrhée et 32 semaines d'aménorrhée via la cellule de transfert *in utero* d'Ile-de-France en 2013. Deux cohortes ont ensuite été constituées : 279 grossesses singleton sans RPM ni cerclage (cohorte 1) et 102 grossesses gémellaires sans RPM ni cerclage (cohorte 2). Pour chaque patiente, le nomogramme permettait le calcul de la probabilité d'un accouchement dans les 48 heures suivant l'admission. La discrimination et la calibration du modèle ainsi que le seuil optimal à utiliser pour chaque cohorte ont été déterminés grâce au logiciel R studio.

Résultats. Le nomogramme a été efficace pour prédire l'issue obstétricale dans les deux cohortes. La discrimination et la calibrations étaient excellentes avec une aire sous la courbe à 0,88 (IC 95 % 0,86-0,90) pour la cohorte 1, et 0,73 (IC 95 % 0,66-0,80) pour la cohorte 2. Le seuil optimal serait de 15 % pour la cohorte 1 et de 10 % pour la cohorte 2. Les performances du modèle seraient alors : sensibilité 80 % (cohorte 1) et 69 % (cohorte 2), VPN 94,8 % (cohorte 1) et 91,3 % (cohorte 2). Seules 2,1 % des patientes de la cohorte 1 qui auraient dû être transférées ne l'auraient pas été à tort en utilisant ces seuils. Ce nomogramme aurait permis d'éviter 253 transferts inutiles au sein de la cohorte 1.

Conclusions. Le nomogramme est efficace et cliniquement pertinent. Un seuil de 15 % au-delà duquel un transfert est nécessaire permettrait d'optimiser la gestion des patientes admises pour MAP au sein des maternités.

P60. Obésité maternelle et grossesse : évolution de la prévalence et du lieu d'accouchement à partir des données AUDIPOG

C. Garabedian¹, E. Servan-Schreiber², O. Rivière³, F. Vendittelli⁴, P. Deruelle²

1. Hôpital Jeanne de Flandre, CHRU Lille, Lille, France

2. Hôpital Jeanne de Flandre, Lille, France

3. Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie (Audipog), Lyon, France

4. Association des utilisateurs de dossiers informatisés en pédiatrie, obstétrique et gynécologie (Audipog), Clermont-Ferrand, France

Correspondance : charles.garabedian@gmail.com

Objectif. Décrire l'évolution de la prévalence de l'obésité maternelle en France. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'évolution par région française et le lieu d'accouchement en fonction du type d'établissement et du type de soins prodigués.

Matériel et méthodes. Étude au sein d'une cohorte historique comprenant toutes les naissances, entre 1999 et 2009, incluses dans le réseau sentinelle AUDIPOG. Notre critère de jugement principal a été l'indice de masse corporelle (IMC) en début de grossesse divisé en classes. Une technique de standardisation directe des taux a été appliquée.

Résultats. Notre échantillon a porté sur 74 046 grossesses. L'IMC moyen était de $22,9 \pm 4,5$ kg/m² avec une augmentation entre 1999-2001 et 2008-2009 ($22,6 \pm 4,3$ versus $23,1 \pm 4,7$ kg/m², $p = < 104$). Le Nord de la France était la première région en termes de patientes en surpoids (18 %) et obèses (10,2 %). On observait une augmentation du pourcentage d'accouchements dans les maternités publiques et dans les types II et III quel que soit l'IMC. Seules les patientes avec un IMC > 40 kg/m² accouchaient plus en type III avec une augmentation entre le début et la fin de l'étude (20,8 % versus 36,8 %, $p = 0,02$).

Conclusion. L'IMC des patientes continue d'augmenter avec de plus en plus de patientes avec un IMC > 40 kg/m² référées dans les types III. Dès lors se pose la question de l'organisation des soins et du suivi de ces patientes.

P61. Analyse de la variabilité cardiaque fœtale pour le dépistage précoce de la chorioamniotite dans les ruptures prématurées des membranes avant terme

L. Vandenbroucke¹, P. Poulain¹, A. Beuchée², G. Carrault³, P. Pladys²

1. Département d'obstétrique - CHU Rennes, Rennes, France

2. Département de pédiatrie - CHU Rennes, Rennes, France

3. Inserm 1099 - Laboratoire traitement du signal et de l'image, Rennes, France

Correspondance : laurent.vandenbroucke@chu-rennes.fr

Objectifs. La rupture prématurée des membranes (RPM) avant terme expose le fœtus au risque de chorioamniotite qui augmente, indépendamment de la prématurité, la morbidité et la mortalité néonatales. Il n'existe actuellement pas de marqueur spécifique pour le dépistage de cette complication.

Matériel et méthode. Afin d'évaluer l'intérêt de l'analyse de la variabilité cardiaque fœtale pour le diagnostic précoce de la chorioamniotite dans les RPM avant terme, une étude pilote rétrospective a été menée incluant toutes les patientes admises pour RPM avant terme entre 2007 et 2012 et ayant bénéficié d'au moins six enregistrements consécutifs du rythme cardiaque fœtal via le dispositif Sonicaid FetalCare Oxford 8002® avant l'accouchement.

Résultats. En cas de chorioamniotite histologiquement prouvée, il existait une augmentation de la fréquence cardiaque de base ($p = 0,02$), une augmentation des épisodes de basse variation ($p = 0,04$), une diminution de la variation à court terme ($p = 0,003$) et des épisodes de haute variation ($p < 0,001$). L'évolution des épisodes de haute variation dans le temps (indice des épisodes de haute variation) semble un outil prometteur pour le diagnostic précoce de la chorioamniotite dans les RPM avant terme (sensibilité 90 %, spécificité 84,6 %, VPP 71,5 %, VPN 95,2 %, AUC = 0,88, IC à 95 % 0,73-100).

Conclusion. Cette étude suggère donc que l'analyse des paramètres de variabilité cardiaque fœtale est une voie de recherche encore inexploitée pour le dépistage précoce de la chorioamniotite lors de la phase de latence des RPM avant terme.

P62. Formation des internes à la version par manœuvre interne et à la grande extraction lors de l'accouchement du deuxième jumeau

E. Raimond¹, C. Delorme²

1. CHU de Reims, 51092 Reims, France

2. Maternité Alix de Champagne, CHU de Reims, Reims, France

Correspondance : emilie_raidmond@hotmail.com

Objectif. Évaluer sur le plan national la formation des internes de gynécologie-obstétrique à la version par manœuvre interne (VMI) et à la grande extraction de siège (GES) lors de l'accouchement par voie basse du deuxième jumeau.

Matériel et méthode. Il s'agit d'une enquête nationale descriptive par sondage envoyé par email à 1 064 internes entre juillet et octobre 2014. Les internes devaient préciser le type de formation théorique et pratique reçue, les pratiques de leur CHU et le nombre de VMI et GES du deuxième jumeau qu'ils avaient observé et pratiqué.

Résultats. Le taux de participation était de 38,7 % (n = 412). Concernant le type de formation reçue, 39,8 % des internes (n = 164) avaient obtenu un DIU de mécanique et techniques obstétricales ; 47,6 % (n = 196) avaient reçu une formation théorique lors des enseignements du DES et 29,4 % (n = 121) une formation pratique sur mannequin. Cette étude montre qu'en moyenne les internes avaient observé et pratiqué entre 1 et 5 VMI et GES sur deuxième jumeau lors d'un accouchement par voie basse au cours de leur internat. En fin d'internat, 45,6 % des internes (n = 36) avaient pratiqué plus de 5 VMI et GES lors de l'accouchement du deuxième jumeau et 11,4 % d'entre eux (n = 9) n'en ont jamais pratiqué.

Conclusion. La VMI et GES du deuxième jumeau est une manœuvre essentielle lors de l'accouchement des jumeaux dont l'apprentissage est difficile. La formation actuelle des internes sur le plan théorique et pratique semble insuffisante. Il est nécessaire de combler ce manque de formation et que celle-ci soit équivalente dans les différentes régions.

P63. Recherche IMAGINAIRE : modelage du crâne fœtal observé *in vivo* en IRM 2D et 3D au cours de la 2^e phase du travail et de l'accouchement

O. Ami¹, J. Maran², M. Moyal³, D. Musset⁴, R. Frydman⁵, D. Lemery⁶, G. Mage⁶, C. Dubray⁶, M. Canis⁷, L. Boyer⁸

1. Ramsay Générale de santé, clinique de la Muette, Paris, France
 2. URDIA EA 4465 - Université Paris Descartes, Paris, France
 3. Clinique de l'Essonne, département de gynécologie-obstétrique, Évry, France
 4. Université Paris Sud, Paris, France
 5. Hôpital Foch, Suresnes, France
 6. Université de Clermont-Ferrand, Clermont-Ferrand, France
 7. Advanced Laparoscopy and Computer Vision (ALCoV) Group, ISIT, université d'Auvergne et CNRS, Clermont-Ferrand, France
 8. Université de Clermont-Ferrand 1, Image Science for Interventional Techniques, UMR 6284 Uda – CNRS, CaVITI, France, Clermont-Ferrand, France
- Correspondance : olivier.ami@watog.org

But de l'étude. Démontrer et décrire le modelage de la tête fœtale en IRM pendant le processus de la naissance en comparant les reconstructions tridimensionnelles de la tête fœtale avant l'entrée en travail et au cours de la deuxième phase du travail, lorsque la tête fœtale est engagée en dessous du détroit supérieur.

Matériels et méthodes. Après obtention d'une autorisation du CPP Ile-de-France II, 27 femmes enceintes ont été explorées avec des séquences d'IRM 3D avant l'entrée en travail, et 7 d'entre elles ont eu une nouvelle série d'IRM 3D pendant la deuxième phase du travail, dans une IRM à champ ouvert 1 Tesla Panorama (Philips, Royaume-Uni). Une plateforme de reconstruction 3D vectorielle équipée du logiciel Predibirth a été utilisée pour transformer les volumes d'images 2D en reconstructions 3D en éléments finis. Les maillages polygonaux de chaque partie du corps fœtal ont été utilisés pour l'étude biomécanique du modelage du crâne fœtal.

Résultats. Les 7 patientes étudiées avaient toutes des dimensions de bassin normales en imagerie. Les examens d'IRM durant le processus de la naissance ont démontré la présence d'un modelage du crâne fœtal visible sur tous les fœtus étudiés, comparé à l'acquisition faite avant la naissance. Une telle déformation n'était cependant plus observée après la naissance chez 5 des 7 nouveau-nés dont les périmètres crâniens mesurés en imagerie avant travail étaient identiques à ceux mesurés après la naissance. La forme du cerveau fœtal suivait le processus de modelage et des contraintes sur le tissu cérébral ont été observées chez tous les fœtus. Le liquide céphalo-rachidien avait une répartition différente pendant l'accouchement comparé à avant, et s'accumulait plus facilement dans la grande citerne cérébelleuse. Trois patientes ont présenté des modelages importants des os du crâne, parmi lesquelles 2 ont accouché par césarienne (dont 1 après échec de forceps) et 1 a accouché physiologiquement, mais avec un enfant présentant un Apgar bas.

Conclusion. L'IRM avec reconstructions 3D au cours de la deuxième phase du travail a démontré la présence d'un modelage du crâne fœtal systématique sur tous les cas étudiés lorsque la tête fœtale est engagée entre le détroit supérieur et le détroit moyen. Le cerveau fœtal est contraint par le modelage des os du crâne. Les modelages du crâne les plus intenses observés en imagerie correspondaient à un accouchement impossible ou à un score d'Apgar bas.

P64. Menace d'accouchement prématuré : reproductibilité du test de détection de la PAMG-1 avant puis après toucher vaginal et cervicométrie

S. Werlen

CHU Saint-Étienne, Saint-Étienne, France
Correspondance : sofy.w@hotmail.fr

Introduction. Les moyens diagnostiques actuels ne permettent pas de prévoir si une patiente consultant en urgence pour une menace d'accouchement prématuré (MAP) accouchera ou non prématurément. Un nouveau marqueur biochimique de détection d'accouchement prématuré a été développé et permettrait de prédire un accouchement dans les 7 à 14 jours. Les performances diagnostiques du test de détection de la PAMG-1 ont été validées avant la réalisation d'un toucher vaginal (TV). Cependant le TV est souvent réalisé en première intention.

Objectif. L'objectif de notre étude était de vérifier la reproductibilité de ces performances diagnostiques après TV et échographie endovaginale (EEV).

Matériel et méthodes. Une étude prospective, observationnelle, a été réalisée dans une maternité de type 3 (CHU de Saint-Étienne), entre juin 2013 et janvier 2014. Les patientes ayant consulté aux urgences obstétricales pour suspicion de MAP entre 24 et 34 SA (semaines d'aménorrhée) ont été incluses. La reproductibilité du test a été évaluée après TV, EEV et à distance de toute investigation.

Résultats. Quarante et une patientes ont été incluses dans notre étude. L'âge gestationnel moyen était de 29 SA, le TV était modifié chez 36 patientes, alors que l'EEV était inférieure à 26 mm chez seulement 17 patientes. Dans notre étude 100 % des résultats des tests ne se modifient pas après la réalisation d'un TV et 95,1 % après une échographie endovaginale. Nos résultats ont confirmé son excellente spécificité (97,5 % [IC 95 % ; 86,8-99,9]) et valeur prédictive négative (97,5 % [IC 95 % ; 86,8-99,9]).

Conclusion. Ce travail a permis de démontrer la reproductibilité du test de détection de la PAMG-1. Une prise en charge initiale ayant recours au test de détection de la PAMG-1 pourrait permettre de diminuer le taux d'hospitalisation inutile en ciblant plus précisément les patientes à fort risque d'accouchement prématuré.

