

120 questions en gynécologie- obstétrique

H. Marret
J. Wagner-Ballon
H. Guyot
A.-M. Lehr Drylewicz

- > Situations les plus fréquentes
- > Conduites à tenir
- > Conseils pour les patientes

2^e édition

**120 questions en
gynécologie-obstétrique**

Chez le même éditeur

- La pratique du diagnostic prénatal, par G. Body, F. Perrotin, A. Guichet, C. Paillet, Ph. Descamps. 2001, 416 pages.
- La ménopause, par E. Drapier-Faure. Collection Gynécologie-obstétrique. 2003, 2^e édition, 320 pages.
- La pratique chirurgicale en gynécologie-obstétrique, par J. Lansac, G. Body, G. Magnin. 2004, 2^e édition, 528 pages.
- Urgences en gynécologie obstétrique, par B. Langer. 2004, 228 pages.
- Assistance médicale à la procréation, par F. Olivennes, A. Hazout, R. Frydman. 2006, 3^e édition, 200 pages.
- Gynécologie-obstétrique, par F. Lamazou, S. Slama, Mémo infirmier. 2006, 216 pages.
- Pratique de l'accouchement, par J. Lansac. 2006, 4^e édition, 576 pages.
- Chirurgie coelioscopique en gynécologie, par G. Mage. 2007, 208 pages.
- Fausse couches et morts fœtales, par V. Lejeune et B. Carbonne. 2007, 248 pages.
- Chirurgie des cancers gynécologiques, par D. Querleu, E. Leblanc, P. Morice, G. Ferron. 2008, 224 pages.
- Chirurgie de l'incontinence urinaire et du prolapsus, par M. Cosson, F. Haab, B. Deval. 2008, 238 pages.
- Protocoles cliniques en obstétrique, par D. Cabrol, F. Goffinet, coll. Abrégés de médecine. 2008, 224 pages.
- Urgences chirurgicales en gynécologie-obstétrique, par F. Lamazou. 2009, 252 pages.

120 questions en gynécologie- obstétrique

H. Marret

Professeur des universités, Praticien hospitalier,
Service de gynécologie-obstétrique, Hôpital Bretonneau,
Centre hospitalier et universitaire de Tours

H. Guyot

Professeur associé des universités, Médecin généraliste,
Faculté de médecine de Tours

J. Wagner-Ballon

Professeur associé des universités, Médecin généraliste,
Faculté de médecine de Tours

A.-M. Lehr Drylewicz

Professeur associé des universités, Médecin généraliste,
Faculté de médecine de Tours

avec la collaboration de:

O. Acker, E. Autret-Leca, M. Ayeva-Derman, R. Bénichou, G. Body,
J.-L. Brun, M. Chevillot, J.-F. Ciavaldini, H. Cissoko, C. Couet,
L. de Poncheville, Ph. Descamos, W. El Hage, S. Farad-Bensenouci,
A. Fignon, A. Fournié, H. Geoffrion, F. Golfier, J.-M. Gonnet,
A. Jacquet, B. Jonville-Béra A.-P., O. Jourdian, J. Lansac, J. Levêque,
C. Lionnet, F. Maillot, S. Mesrine, F. Perrotin, J. Potin, A. Ramos,
E. Roussillon, A. Schiano, N. Trignol-Viguier, F. Vaudoyer



ELSEVIER
MASSON



Ce logo a pour objet d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, tout particulièrement dans le domaine universitaire, le développement massif du « photocopillage ». Cette pratique qui s'est généralisée, notamment dans les établissements d'enseignement, provoque une baisse brutale des achats de livres, au point que la possibilité même pour les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que la reproduction et la vente sans autorisation, ainsi que le recel, sont passibles de poursuites. Les demandes d'autorisation de photocopier doivent être adressées à l'éditeur ou au Centre français d'exploitation du droit de copie : 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris. Tél. : 01 44 07 47 70.

Tous droits de traduction, d'adaptation et de reproduction par tous procédés réservés pour tous pays.

Toute reproduction ou représentation intégrale ou partielle, par quelque procédé que ce soit, des pages publiées dans le présent ouvrage, faite sans l'autorisation de l'éditeur est illicite et constitue une contrefaçon. Seules sont autorisées, d'une part, les reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective, et d'autre part, les courtes citations justifiées par le caractère scientifique ou d'information de l'œuvre dans laquelle elles sont incorporées (art. L. 122-4, L. 122-5 et L. 335-2 du Code de la propriété intellectuelle).

© 2009, Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
978-2-294-70459-8

Liste des collaborateurs

- ACKER Olivier, praticien hospitalier, service de gynécologie-obstétrique, hôpital Bretonneau, centre hospitalier et universitaire de Tours.
- AUTRET-LECA Elisabeth, professeur des universités, Centre régional de pharmacovigilance et d'information sur le médicament, service de pharmacologie, hôpital Bretonneau, centre hospitalier et universitaire de Tours.
- AYEVA-DERMAN Michael, gynécologue, polyclinique de l'Atlantique, Nantes.
- BÉNICHOU Renaud, praticien hospitalier, service de gynécologie-obstétrique, hôpital Robert Boulin, Libourne.
- BODY Gilles, professeur des universités, praticien hospitalier, service de gynécologie-obstétrique, hôpital Bretonneau, centre hospitalier et universitaire de Tours.
- BRUN Jean-Luc, praticien hospitalier, service de gynécologie-obstétrique, hôpital Pellegrin.
- CHEVILLOT Muriel, praticien hospitalier, service de gynécologie-obstétrique, CHG Chambéry.
- CIAVALDINI Jean-François, praticien hospitalier, centre d'orthogénie, hôpital Bretonneau, centre hospitalier et universitaire de Tours.
- CISSOKO Hawaré, centre régional de pharmacovigilance et d'information sur le médicament, service de pharmacologie, hôpital Bretonneau, centre hospitalier et universitaire de Tours.
- COUET Charles, professeur des universités, praticien hospitalier, service de médecine A, hôpital Bretonneau, centre hospitalier et universitaire de Tours.
- DE PONCHEVILLE Loïc, gynécologue, clinique du Mail, La Rochelle.
- DESCAMPS Philippe, professeur des universités, praticien hospitalier, service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier et universitaire d'Angers.
- EL HAGE Wissam, praticien hospitalier, service de psychiatrie, centre hospitalier et universitaire de Tours.
- FARAD-BENSENOUCI Samia, praticien hospitalier, service de gynécologie-obstétrique, hôpital Bretonneau, centre hospitalier et universitaire de Tours.
- FIGNON Alain, chirurgien gynécologue, clinique Saint-Grégoire, Tours.
- FOURNIÉ Alain, professeur des universités, praticien hospitalier, service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier et universitaire d'Angers.
- GEOFFRION Huges, gynécologue, service de gynécologie-obstétrique, clinique des Landes, Mont-de-Marsan.
- GOLFIER François, professeur des universités, praticien hospitalier, service de gynécologie-obstétrique, hôpital Lyon – Sud, Lyon.
- GONNET Jean-Marie, chirurgien gynécologue, service de gynécologie, clinique Jean Vilar, Bordeaux.
- GUYOT Hervé, professeur associé des universités, médecin généraliste, faculté de médecine de Tours.

VI Liste des collaborateurs

- JACQUET Annie, praticien hospitalier, service de gynécologie-obstétrique, hôpital Bretonneau, centre hospitalier et universitaire de Tours.
- JONVILLE-BÉRA Anne-Pierre, praticien hospitalier, centre régional de pharmacovigilance et d'information sur le médicament, service de pharmacologie, hôpital Bretonneau, centre hospitalier et universitaire de Tours.
- JOURDAIN Olivier, chirurgien gynécologue, service de gynécologie, clinique Jean Vilar, Bordeaux.
- LANSAC Jacques, professeur des universités praticien hospitalier, service de gynécologie-obstétrique, hôpital Bretonneau, centre hospitalier et universitaire de Tours.
- LEHR DRYLEMICZ Anne-Marie, professeur associé des universités, médecin généraliste, faculté de médecine de Tours.
- LEVÊQUE Jean, professeur des universités, praticien hospitalier, service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier et universitaire de Rennes.
- LIONNET Corinne, praticien hospitalier, pédiatre, hôpital Bretonneau, centre hospitalier et universitaire de Tours.
- MAILLOT François, praticien hospitalier, service de gynécologie-obstétrique, hôpital Bretonneau, centre hospitalier et universitaire de Tours.
- MARRET Henri, professeur des universités, praticien hospitalier, service de gynécologie-obstétrique, hôpital Bretonneau, centre hospitalier et universitaire de Tours.
- MESRINE Sylvie, gynécologue, Tours.
- PERROTIN Franck, professeur des universités, praticien hospitalier, service de gynécologie-obstétrique, hôpital Bretonneau, centre hospitalier et universitaire de Tours.
- POTIN Jérôme, praticien hospitalier, service de gynécologie-obstétrique, hôpital Bretonneau, centre hospitalier et universitaire de Tours.
- RAMOS Anna, praticien hospitalier, service de gynécologie-obstétrique, hôpital Porte Madeleine, Orléans.
- ROUSSILLON Emmanuel, chirurgien gynécologue, service de gynécologie, clinique Jean Vilar, Bordeaux.
- SCHIANO Alain, chirurgien gynécologue, service de gynécologie, clinique Jean Vilar, Bordeaux.
- TRIGNOL-VIGUIER Nathalie, praticien hospitalier, centre d'orthogénie, centre hospitalier et universitaire de Tours.
- VAUDOYER Fabien, praticien hospitalier, service de gynécologie-obstétrique, hôpital de l'Hôtel-Dieu, Lyon.
- WAGNER-BALLON Jacques, professeur associé des universités, médecin généraliste, faculté de médecine de Tours.

Abréviations

AMM	autorisation de mise sur le marché
ASP	abdomen sans préparation
AVK	antivitamines K
ATCD	antécédents
DES (syndrome)	diéthylstilboestrol [syndrome utérin dû au <i>Distilbène</i>]
DIU	dispositif intra-utérin
FSH	hormone fllliculostimulante
GEU	grossesse extra-utérine
GhRH	gonadolibérine [syn. LH-RH]
GnRH	<i>gonadotropin-releasing hormone</i>
HBPM	héparine de bas poids moléculaire
HTA	hypertension artérielle
IMC	indice de masse corporelle
IMG/ITG	interruption médicale/thérapeutique de grossesse
IVG	interruption volontaire de grossesse
KOF	kyste ovarien fonctionnel
LH	hormone lutéinisante
LH-RH	<i>luteinizing hormone-releasing hormone</i>
MAMA	allaitement maternel et aménorrhée
MAP	menace d'accouchement prématuré
MFK	mastopathie fibrokystique
MTHFR	méthylène-tétra-hydrofolate réductase
NFS	numération-formule sanguine
OAS	oligoasthénozoospermie
PPC	puberté précoce d'origine centrale
PUPP	papules et plaques urticariennes prurigineuses
RCIU	retard de croissance intra-utérin
RR	risque relatif
RS	rapports sexuels
SA	semaine(s) d'aménorrhée
sDHEA	sufate de déhydroépiandrostérone
SERM	modulateur sélectif des récepteurs aux œstrogènes
SHBG	<i>sex hormone binding globulin</i>
SOPK	syndrome des ovaires polykystiques
TBG	<i>thyroxine binding globuline</i>
THS	traitement hormonal substitutif
TPHA	<i>treponemal hemagglutination</i> [test d'héماغglutination pour le diagnostic de syphilis]
UTLD	unité terminale ductulolobulaire
VIN	<i>vulvar intraepithelial neoplasia</i> [néoplasie intraépithéliale vulvaire]

Avant-propos

Pour le médecin de famille, un patient adulte sur deux est une femme ; 4,6 millions d'entre elles prennent la pilule, 1,8 a un stérilet, une sur trois a un fibrome. Tous les ans en France, plus d'un million de femmes sont enceintes, 200 000 demanderont une IVG, 800 000 accoucheront, 400 000 seront ménopausées, 45 000 auront un cancer du sein.

On pourrait prolonger la liste sans difficultés. C'est dire que la gynécologie-obstétrique fait partie de la pratique habituelle du médecin de famille et les questions que les femmes posent au généraliste sont fréquentes.

Henri Marret, gynécologue-obstétricien, Jacques Wagner Ballon, Hervé Guyot et Anne-Marie Lehr Drylewicz qui pratiquent et enseignent la médecine générale à la faculté de médecine de Tours en ont isolé 120 auxquelles ils essayent d'apporter une réponse claire, bien documentée avec une ou deux références bibliographiques. Après un bref rappel des données physio-pathologiques, ils proposent une conduite pratique qui va de la prescription raisonnée de quelques examens complémentaires nécessaires à la confirmation diagnostique, à la rédaction d'une prescription et au suivi de la patiente.

Les solutions aux questions posées s'appuient sur les recommandations de l'HAS, de l'AFSSAPS ou du Collège des gynécologues-obstétriciens français ou quand il n'y en pas à pas, sur leur pratique.

La faculté de médecine de Tours a toujours été très attentive à la pédagogie et à la formation du médecin de famille mais aussi des sages-femmes. Nous souhaitons à cet ouvrage dont la forme pédagogique est nouvelle, améliorée pour la seconde édition d'arbres décisionnels, d'atteindre son but, c'est-à-dire d'améliorer la prise en charge des problèmes quotidiens des femmes.

J. Lansac, président du CNGOF

Question 1

Elle a 30 ans, elle est en bonne santé, n'a aucun antécédent pathologique et débute une grossesse. Comment suivre cette grossesse ?

La demande

« Docteur, j'ai un retard de règles de huit jours. J'ai fait un test qui est positif. »

Le préliminaire

Le suivi sera assuré dans le cadre d'un réseau.

Le médecin généraliste formé et intégré dans un réseau de périnatalité (auquel participent sages-femmes, généralistes, obstétriciens et autres spécialistes si nécessaire), suit une grossesse normale et détecte une grossesse pathologique ou à risques, afin de l'adresser le plus tôt possible au réseau.

Il prescrit les examens légaux.

La première consultation

Afin d'éliminer tout risque pour la grossesse, le médecin procède à un interrogatoire complet, surtout si la patiente est peu ou pas connue. Il est important de connaître toutes les pathologies que la patiente a présentées, pour rechercher tout facteur de risque supplémentaire pendant la grossesse.

Il lui explique les différentes étapes du suivi d'une grossesse en s'aidant du carnet de maternité, qui contient tous les items indispensables au bon suivi d'une grossesse.

Il prescrit les examens obligatoires.

Il l'informe conformément à la loi de l'intérêt du dosage des marqueurs sériques de la trisomie 21.

Il l'informe des circonstances à éviter si elle n'est pas immunisée contre la toxoplasmose (éviter les contacts avec les chats, ne pas manger de viandes crues et bien laver toutes les crudités).

L'utilisation rigoureuse du carnet permet de respecter les règles de bonne pratique et d'assurer la liaison entre les différents intervenants.

Il est primordial de faire un examen clinique complet : poids, taille, pression artérielle, auscultation cardiaque et pulmonaire, aires ganglionnaires, palpation de la thyroïde, examen des seins, palpation de l'abdomen, inspection de la vulve, examen au spéculum avec inspection du col, frottis cervical (si pas de frottis depuis deux ans) et enfin toucher vaginal à la recherche d'une anomalie du col et des annexes.

N'ayant constaté aucune anomalie, il va lui donner les conseils d'hygiène de vie de la femme enceinte (diététique, voyages, travail, sexualité, automédication, etc.).

Il lui remet le carnet de maternité en lui rappelant la nécessité de l'apporter à chaque consultation.

Le point de vue du gynécologue

Les recommandations de l'HAS pour le suivi d'une grossesse normale sont les suivantes.

Consultations

Les consultations prénatales obligatoires sont au nombre de sept, et une consultation postnatale (dans les huit semaines) ; elles ont un double objectif :

- s'assurer du bon déroulement de la grossesse ;
- rechercher la présence ou la survenue d'éléments anormaux susceptible de rendre la grossesse pathologique.

Il est recommandé si la grossesse est normale d'adresser la patiente avec son dossier au plus tard au septième ou huitième mois de grossesse à la maternité où elle désire accoucher.

Examen clinique

Examen général

- Pesée (prise de poids < 12 kg).
- Recherche d'une glycosurie et d'une albuminurie.
- Mesure de la pression artérielle (normale < 14/9).
- Inspection générale (états des téguments, cicatrices, état veineux).
- Auscultation cardiopulmonaire (systématique lors de la première consultation).
- Examen des seins (systématique lors de la première consultation).

Examen obstétrical

- Mesure de la hauteur utérine (normale = terme en semaines d'aménorrhée - 4 cm).
- Palpation utérus (apprécier le relâchement, la sensibilité de l'utérus, la présentation foetale, le volume utérin et le liquide amniotique).
- Auscultation des bruits du cœur.
- Examen de la vulve et du périnée : recherche de lésions herpétiques.
- Examen au spéculum (examen du col, présence d'un écoulement, examen du vagin et des pertes vaginales) (frottis cervicovaginal possible jusqu'à trois mois de grossesse).
- Toucher vaginal (apprécier le volume utérin, la présentation, les modifications cervicales).

Examens

Imagerie

Échographies

Au nombre de trois pendant la grossesse à 11-12 SA, 20-22 SA, 30-32 SA.

Recommandées mais non obligatoires.

Première échographie : 11-12 SA

Nombre de fœtus, chorionicité pour grossesse multiple, activité cardiaque, détermination de l'âge gestationnel, pathologies associées (fibrome, kyste de l'ovaire), dépistage anomalies chromosomiques (clarté nucale, hygroma), dépistage précoce de certaines malformations (anencéphalie, holoprocéphalie).

Troisième échographie : 30-32 SA

Évaluation biométrique, diagnostic tardif de malformations, volume de liquide amniotique, présentation fœtale, Doppler ombilical, localisation et aspect placentaires.

Radiopelvimétrie (Pelviscan)

Présentation du siège, utérus cicatriciel, bassin cliniquement rétréci et taille maternelle < 1,5 m à faire en fin de grossesse vers 36 SA.

Examens biologiques**Obligatoires**

- **Pour la déclaration de début de grossesse** : recherche syphilis (TPHA, VDRL), sérologie toxoplasmose, sérologie rubéole, groupe et rhésus, albuminurie et glycosurie, recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) si rhésus négatif ou antécédent de transfusion.
- **Mensuel** : albuminurie et glycosurie, sérologie toxoplasmose si non immunisée.
- **Au troisième mois** information du couple sur le dépistage des anomalies chromosomiques (marqueurs sériques).
- **Au sixième mois** : dosage antigène HbS (hépatite B), NFS.
- **Aux sixième, huitième et neuvième mois** : RAI si rhésus négatif.
- **Au quatrième mois** : rubéole si négatif.

Recommandés

- **Lors de la déclaration** : VIH avec accord de la patiente, VHC en cas de facteurs de risque.
- **Entre 8 et 14 SA**, le dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β hCG libre), couplé à la mesure de la clarté nucale ou dépistage combiné des anomalies chromosomiques est recommandée par l'HAS. Le couple doit être informé du fait qu'il s'agit d'un dépistage avec des faux positifs et des faux négatifs et que si le risque est supérieur à 1/250 on leur proposera un prélèvement fœtal (amniocentèse ou biopsie de trophoblaste).
- **Entre 14 et 18 SA** : le dosage les marqueurs sériques du deuxième trimestre (α FP et β hCG plasmatiques) peut encore être proposé comme au premier trimestre.
- **Entre 24 et 26 SA** : dépistage du diabète gestationnel par test de O'Sullivan.
- **Entre 34 et 38 SA** : le dépistage systématique du portage vaginal des streptocoques du groupe B. Le prélèvement sera réalisé avec un écouvillon sur l'ensemble de la cavité vaginale en incluant absolument le balayage des parois de la moitié inférieure du vagin jusqu'au vestibule et la vulve (Rec grade B). Ce dépistage est inutile chez les femmes ayant un antécédent d'infection materno-fœtale à streptocoque B ou ayant présenté une bactériurie à streptocoque B car chez elles l'antibiothérapie prophylactique per-partum sera systématique.

■ **au neuvième mois** : bilan NFS, plaquette, TP, TCA et consultation d'anesthésie pour analgésie péridurale.

Les examens de dépistage qu'il ne faut pas faire sont :

- la sérologie du CMV ;
- la sérologie du parvovirus B19.

Leur prescription n'est utile qu'en cas de contage, d'éruption, ou de pathologie fœtale.

La consultation avec le médecin anesthésiste au huitième mois est réglementaire, elle permet de s'assurer de la sécurité d'une éventuelle anesthésie.

À vingt-huit semaines chez la femme rhésus négatif dont le mari ou l'enfant (si le génotypage est accessible) est rhésus positif, la *prescription systématique de 300 µg intramusculaire d'immunoglobuline anti-D (Rophylac)* permet de réduire de 63 % à 80 % les nouvelles allo-immunisations. Après cette injection il ne faut plus rechercher les RAI en vue de dépister une immunisation anti-D jusqu'à l'accouchement. L'injection d'immunoglobulines reste bien sur nécessaire en cas d'hémorragie, de prélèvement fœtal (amniocentèse, biopsie de trophoblaste) de version (recommandations CNGOF 2006).

► **Mots clés** : sérologie ; échographie ; grossesse.

Références

HAS. Suivi et orientation des femmes enceinte en fonction des situations à risque identifié, 2007.

HAS. Évaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21, 2007.

Anaes. Prévention anténatale du risque infectieux bactérien néonatal précoce, 2001.

Anaes. Évaluation de l'intérêt du dépistage de l'infection à cytomégalovirus chez la femme enceinte. 2004.

Benoist G, Herlicoviez M. Parvovirus et grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2008, 37 : F17-F21.

CNGOF, Carbonne B, Goffinet F, Marpeau L, Prévention de l'allo-immunisation rhésus D Fœto-maternelle. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2006, 35 : 1S85-1S86.

Question 2

Entretien du quatrième mois : le rôle du généraliste

La demande

Elle consulte en médecine générale pour son 3^e mois de grossesse et demande l'intérêt de faire une consultation particulière pour son 4^e mois comme l'a fait sa sœur à l'hôpital.

Le préliminaire

Cette consultation est recommandée. Le médecin doit la proposer systématiquement. Il est préférable de la faire dans le service où la patiente doit accoucher. En fonction du risque obstétrical maternofoetal, le médecin orientera la patiente vers une maternité de niveau adapté.

Cette consultation est le plus souvent assurée par une sage-femme.

Cet examen doit permettre un bon déroulement de la fin de la grossesse, en particulier de l'accouchement et des premiers jours de la vie du bébé.

La première consultation

Le médecin devra, après avoir effectué l'examen du 3^e mois, expliquer à la patiente la nécessité de cette consultation du 4^e mois.

Il adressera la patiente avec tous les résultats d'examens utiles au suivi de la grossesse (bilan biologique, échographie, dossier du suivi clinique).

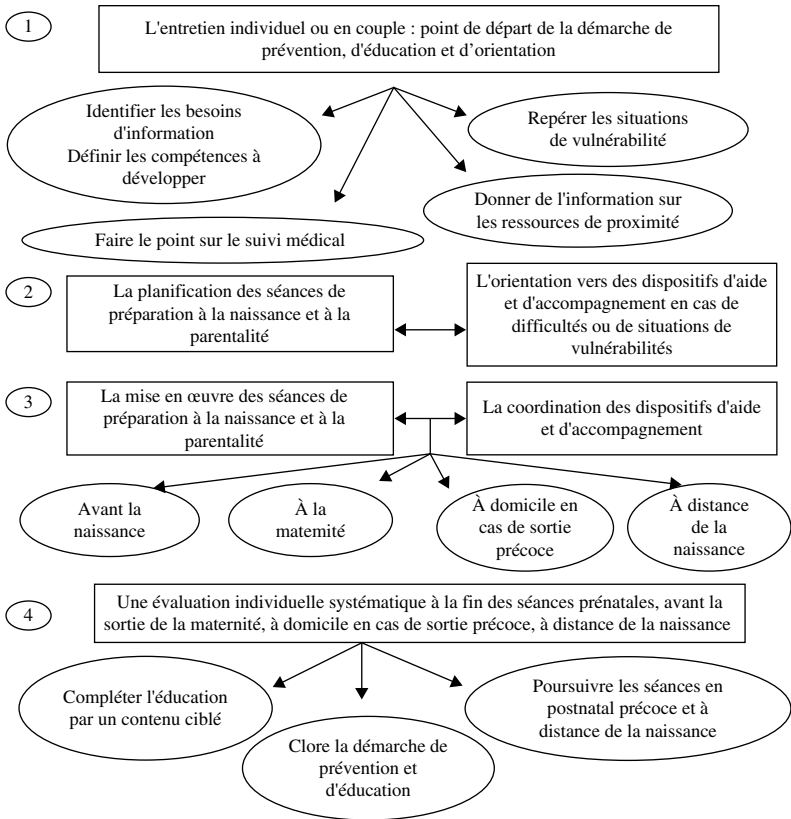
Il reverra la patiente pour les examens du 5^e, 6^e et 7^e mois.

Le point de vue du gynécologue

L'entretien du 4^e mois, ou entretien médico-psychosocial de début de grossesse, est un entretien individuel et/ou en couple, avec un médecin ou une sage-femme, devant être proposé systématiquement à toutes les femmes enceintes ou aux futurs parents afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant. Cet entretien constitue la première étape des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, autrefois appelée cours de préparation à la naissance (figure 2.1).

Quels sont les objectifs de l'entretien du quatrième mois ?

Cet entretien a été instauré par les décrets relatifs au plan de périnatalité 2007 afin de permettre un meilleur dépistage et une meilleure prise en charge de

**Fig. 2.1**

Étapes de la démarche de prévention, d'éducation et d'orientation pour la préparation à la naissance et à la parentalité.

facteurs de vulnérabilité sociaux ou psychologiques. Il s'agit d'un entretien centré sur l'expression des attentes de la femme enceinte et des futurs parents, de leurs besoins, de leur projet de naissance. Les points suivants seront abordés de façon plus ou moins détaillée selon l'orientation prise par l'entretien :

- une appréciation de la santé globale de la femme enceinte (aspects somatique, psychologique et social) vue de manière positive pour :
 - permettre à la femme enceinte de mettre en avant ses ressources sociales et personnelles, ses capacités physiques pour faire face aux changements corporels, mentaux, sociaux et familiaux liés à la naissance de l'enfant,
 - permettre aux professionnels de santé de mieux connaître la femme ou le couple,
 - explorer l'expérience que la grossesse leur fait vivre tout en consolidant les compétences personnelles de la femme,

- conforter le couple dans son projet de grossesse et de naissance : choix des modalités d'accouchement, possibilités d'accompagnement pendant la grossesse et après la naissance
- *une information sur les ressources de proximité* (offre de soins, missions et fonctionnement du réseau de santé quand il existe, ressources matérielles, services, etc.) ;
- *une identification des besoins d'information et des compétences à développer* (connaissances, savoir-faire, attitudes) pour la naissance, l'accueil de l'enfant et la fonction parentale ;
- *un repérage des vulnérabilités* susceptibles de perturber l'instauration du lien entre les parents et l'enfant, voire de nuire à la protection et à la sécurité de l'enfant ;
- *un échange sur le contenu* des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ;
- *un premier lien, si besoin, avec des dispositifs d'aide et d'accompagnement* et/ou avec un réseau de professionnels activé autour de la femme et de sa famille, de la période anténatale à la période postnatale.

Cet entretien individuel ou en couple ne se substitue pas aux consultations médicales de suivi de la grossesse. Il peut être réalisé par le praticien effectuant le suivi de la grossesse (en particulier le généraliste) ; celui-ci devra toutefois reprendre avec la femme ou le couple les éléments médicaux mais aussi sociaux et psychologiques de la grossesse.

Quels sont les facteurs de vulnérabilité devant être recherchés par l'entretien du quatrième mois ?

Les principaux facteurs de vulnérabilité devant être abordés au cours de l'entretien sont les suivants (en fonction de l'orientation, une attention et un développement particulier peuvent être donnés à chacun d'eux) :

- *les problèmes de type relationnel, en particulier dans le couple*, avec comme conséquence l'isolement et un sentiment d'insécurité par absence de soutien de l'entourage ;
- *la violence domestique*, en particulier conjugale, est un processus au cours duquel un partenaire utilise la force ou la contrainte pour perpétuer et/ou promouvoir des relations hiérarchisées et de domination ;
- *le stress* décrit la relation entre une situation qui se modifie et une personne confrontée à cette situation : challenge à surmonter ou menace à laquelle elle peut succomber. Le stress est sous-tendu par la perception qu'a la personne, à la fois des exigences de la situation, et de ses capacités à y répondre ;
- *l'anxiété* est un processus de blocage cognitif avec des manifestations somatiques, à la différence de la peur (de l'accouchement par exemple) qui se nomme et peut être exprimée par la femme enceinte ;
- *les troubles du sommeil* du début de grossesse peuvent être un signe d'alerte d'une anxiété ou d'une dépression ;
- *un épisode dépressif durant la grossesse* se caractérise par une perte d'intérêt ou de plaisir (perte de l'élan vital) pour presque toutes les activités ;

- *la dépression du post-partum* se dépiste au moyen d'un instrument d'auto-évaluation, validé et traduit en français (EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*) ;
- *la dépendance ou l'addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments)* entraînent des effets néfastes, physiques et/ou psychologiques ;
- *la précarité* représente l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations et leurs responsabilités ;
- *le risque social* est lié à des évènements dont la survenue incertaine et la durée variable pourraient mettre en danger la capacité d'un individu ou d'un ménage à répondre à ses besoins à partir des ressources disponibles, financières ou autres (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parents isolés ou rupture conjugale) ;
- *la naissance à haut risque psychoaffectif* après l'annonce pré- ou postnatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap.

En fonction du ou des risques pointés par l'entretien, toute femme enceinte ou couple peut avoir besoin au cours de la grossesse ou en période postnatale, de manière ponctuelle ou répétée, d'une forme de support social comme d'un soutien émotionnel, un partage d'information médicale, une mise à disposition de ressources matérielles et de services, de visites à domicile répétées, de séances postnatales thématiques, etc.

Quels sont les aides et orientations pouvant être proposées à la fin de l'entretien du quatrième mois ?

En fonction de la situation, l'entretien individuel ou en couple débouche sur l'orientation de la patiente vers :

- un encouragement des femmes à participer aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité, ainsi qu'à accepter l'aide proposée en cas de difficultés ou de situation de vulnérabilité identifiées. Il peut s'agir de :
 - favoriser l'instauration du lien parent-enfant (attachement) et soutenir le développement de la fonction parentale par des bonnes pratiques professionnelles et organisationnelles,
 - encourager l'arrêt de la consommation de drogues, d'alcool et de tabac et orienter la femme vers une consultation d'aide au sevrage et un service médico-social spécialisés pour être aidée. Des informations complémentaires peuvent être obtenues auprès du numéro vert : « Drogues alcool tabac Info-Service » (0800 23 13 13) ou auprès de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (www.drogues.gouv.fr),
 - proposer un accompagnement des femmes ou des couples en situation de précarité (réseau d'aide associatif, interprète, points de rencontre femmes enceintes, travailleur social, permanence juridique),
 - en cas de violences domestiques, envisager avec la femme des interventions adaptées et un réseau de professionnels autour d'elle : sage-femme, puéricultrice de PMI, médecin traitant, psychologue,
 - apporter des aides humanitaires et matérielles aux difficultés rencontrées par les femmes ayant un handicap sensoriel, une maladie invalidante ou venant d'un pays étranger,

- enfin proposer aux parents soucieux d'être accompagnés dans leur fonction parentale des dispositifs tels que les réseaux d'écoute, d'aide et d'accompagnement des parents (www.familles.org) ;
- un suivi médical complémentaire en cas de problème somatique ou de difficultés psychologiques nécessitant l'avis d'un psychologue ou d'un psychiatre ;
- un support social : soutien psychologique, partage d'information, mise à disposition de ressources matérielles ou de services.

► **Mots clés** : entretien médico-psychosocial ; dépression ; grossesse ; accouchement ; préparation à la naissance ; couple ; addiction.

Références

- Plan périnatalité 2005-2007 (« Humanité, proximité, sécurité, qualité »), 10 novembre 2004, (www.sante.gouv.fr/hm/actu/perinatalite04/planperinat.pdf)
- Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité, dite « circulaire Molénat » (www.sante.gouv.fr/adm/dagpb/bo/2005/05-08/a0080026.htm)
- Recommandations de la HAS sur la préparation à la naissance et à la parentalité, novembre 2005 (www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272500/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite)

Question 3

Elle débute une grossesse et veut un enfant normal, que faire ?

La demande

« Docteur, j'ai un retard de règles de huit jours. J'ai fait un test qui est positif. Ma meilleure amie vient de mettre au monde un enfant anormal. Docteur, je ne pourrai pas supporter cela. »

Le préliminaire

Il lui expliquera la notion d'appartenance ou non à un groupe à risque, et des possibilités de détection précoce grâce aux marqueurs sériques, à la clarté nucale.

Le suivi sera assuré dans le cadre d'un réseau pour assurer le diagnostic anténatal.

La première consultation

À l'interrogatoire, le médecin recherche les principaux facteurs de risque d'anomalies chromosomiques, en particulier l'âge, les antécédents familiaux (mucoviscidose, X fragile, etc.) et/ou personnels, dont la présence nécessite une consultation spécialisée.

Le médecin prescrit l'échographie entre 10 et 13 SA (clarté nucale).

Il a l'obligation de proposer à la patiente la recherche des marqueurs sériques de la trisomie 21 au second trimestre. Il l'adresse à un laboratoire agréé avec les formulaires signés par eux deux.

Il a le devoir de lui expliquer l'intérêt de ces examens biologiques et échographiques, il lui expose les conséquences en lui décrivant l'amniocentèse et il peut lui proposer des alternatives comme la surveillance échographique simple.

Il fait un examen clinique complet (cf. Question 1).

À la fin de cette consultation, la patiente doit avoir reçu tous les éléments nécessaires pour comprendre que même des résultats normaux ne peuvent éliminer totalement le risque d'anomalies.

Le laboratoire ayant obligation légale de ne transmettre les résultats qu'au médecin traitant, celui-ci devra revoir sa patiente pour les lui communiquer et les commenter.

Le point de vue du gynécologue

L'évolution démographique des dernières décennies est caractérisée par une diminution progressive du nombre moyen d'enfants par couple et par un vieillissement des parturientes. Cette évolution va de pair avec une plus grande exigence quant à l'enfant parfait. Il est difficile au médecin de répondre à cette demande en raison de son caractère un peu abstrait et de la variabilité de ce qu'elle implique selon les couples. Si le souhait d'un enfant non porteur d'une

pathologie lourde ou handicapante peut être comprise et semble légitime, il faut également faire comprendre aux parents que tout n'est pas accessible au diagnostic prénatal malgré les progrès récents dans ce domaine. Par ailleurs les lois de bioéthique encadrent les pratiques de diagnostic prénatal afin d'éviter le glissement vers des pratiques eugéniques.

Quels sont les principaux risques pendant la grossesse ?

Les principaux risques encourus par le fœtus, pouvant mener à une pathologie lourde et handicapante ou à une malformation sont les suivants.

Le risque héréditaire

On entend ainsi principalement le risque de survenue d'une maladie génétique. Bien que la plupart de ces pathologies aient un mode de transmissions connu répondant aux lois mendéliennes, il arrive qu'une néomutation (mutation apparue lors de la fécondation) en soit à l'origine. D'autre part, certaines maladies génétiques répondent à des modes de transmission plus complexes faisant intervenir des prémutations chez les ascendants du sujet atteint (exemple le syndrome de l'X fragile).

Le risque chromosomique

En dehors des couples porteurs d'une anomalie chromosomique équilibrée (translocation, inversion, etc.) le risque d'anomalie chromosomique pour l'enfant à naître est proportionnel à l'âge de la mère (figure 3.1). Pour la trisomie 21, la plus fréquente des aneuploïdies, le risque dépasse 1 % à partir de 38 ans.

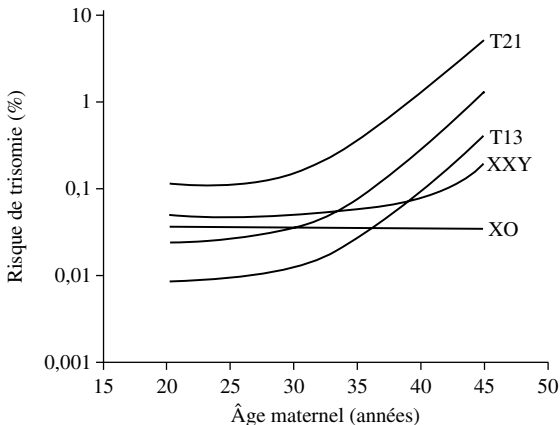


Fig. 3.1
Risque de trisomie et âge maternel.

Le risque malformatif

Ce risque est d'environ 2 à 3 %, toute malformation confondue, dans la population générale. Toutes les malformations n'ont pas la même gravité et elles ne pas

forcément en rapport avec des antécédents familiaux. Certaines, toutefois, peuvent se rencontrer chez plusieurs membres d'une même famille (uropathies, cardiopathies, fentes labiales). Une cause précise à la malformation est rarement retrouvée, mais il faut penser au diabète sucré (même non diagnostiqué) comme important pourvoyeur dans ce domaine.

Le risque tératogène

Correspond au risque d'atteinte du fœtus exposé à un ou plusieurs médicaments. La période lors de laquelle le risque malformatif est le plus élevé est la période d'embryogénèse (3 premiers mois de grossesse). Certains médicaments peuvent également avoir des effets, en fin de grossesse, sur la physiologie fœtale puis néonatale.

Le risque infectieux

Beaucoup d'infections virales bactériennes ou parasitaires peuvent se transmettre de la mère au fœtus. Heureusement, seulement quelques-unes peuvent donner une fœtopathie grave. Il s'agit principalement de la rubéole, de la toxoplasmose, de la varicelle et du cytomégalovirus. Pour certaines de ces infections la gravité dépend du terme de l'infection maternelle.

Les risques sont donc multiples en cours de grossesse. Si certains d'entre eux peuvent être prévenus, il en est d'autres pour lesquels la seule arme reste le diagnostic précoce.

Quels dépistages et conseils donner ?

Afin d'éviter la naissance d'un enfant handicapé il est possible de faire de la prévention primaire (éviter que les malformations ou pathologies n'apparaissent) ou de la prévention secondaire (mettre en évidence précocement). Pour de nombreuses malformations, un diagnostic précoce va permettre une prise en charge adaptée dans un centre de médecine fœtale afin d'en améliorer le pronostic néonatal (exemple les cardiopathies). Dans les rares cas où la malformation est sans possibilités thérapeutiques efficace, l'interruption de la grossesse évite la naissance d'un enfant handicapé.

Les conseils

- Avant la grossesse, la prescription systématique d'acide folique 0,4 mg/j au moins deux mois avant la conception et un mois après est actuellement préconisée en France (recommandations DGS 31 août 2000). L'acide folique permet de réduire significativement le risque d'anomalie de fermeture du tube neural (spina-bifida, anencéphalie).
- Interroger la patiente sur ses antécédents familiaux et ceux de son mari. Il faut rechercher la notion d'un enfant malformé ou présentant un handicap psychomoteur, décédé en période périnatale ou ayant nécessité une prise en charge en réanimation néonatale. Cet interrogatoire ne nécessite le recours à un généticien que s'il s'avère nécessaire d'approfondir l'analyse généalogique.
- Interroger la patiente et préciser son âge, la notion de fausse couche à répétition et la façon dont se sont déroulées les grossesses précédentes. Le dépistage des anomalies chromosomiques passe actuellement en France par un dosage des marqueurs sériques entre 14 et 18 SA (cf. Question 1). Bien qu'encore

non promue par les autorités de santé, le dépistage basé sur la mesure de l'épaisseur de la nuque fœtale entre 11 et 13,5 SA semble de performance au moins identique. Si la patiente appartient à un groupe à risque élevé ($\geq 1/250$) il faudra lui proposer la réalisation d'une amniocentèse.

- Préconiser trois échographies de grossesse par un échographiste ayant l'expérience en matière de dépistage prénatal. Ces échographies doivent être réalisées entre 11 et 13,5 SA pour la première, entre 22 et 24 SA pour la seconde et entre 30 et 32 pour la troisième. Il faut toutefois se rappeler que la performance de l'échographie pour le dépistage des malformations n'est pas absolue mais varie de 40 à 75 % selon le type d'anomalie rencontrée.

- Éviter pendant la grossesse, surtout au cours du premier trimestre, la prise de médicaments sans en avoir bien pesé le rapport risque/bénéfice. Inciter la patiente à stopper une consommation de tabac, d'alcool ou d'autres toxiques dès le début de grossesse, en ayant recours si besoin aux consultations antitabac.

- Prescrire dès le début de la grossesse les sérologies de la syphilis, rubéole et de la toxoplasmose lui donner les conseils alimentaires et hygiéno-diététiques si elle n'est pas immunisée (cf. Question 1).

Par ces informations et dépistages, la patiente se situe dans la situation à plus faible risque malformatif, elle est responsabilisée dans son projet d'enfant normal tout en ayant compris les limites des dépistages.

Que faire si une anomalie est dépistée ?

La mise en évidence d'une anomalie échographique nécessite d'adresser au plus vite la patiente à un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal afin :

- de compléter le bilan morphologique par une échographie de niveau II et de s'assurer que l'anomalie est isolée ;
- de proposer éventuellement d'autres explorations telles une amniocentèse pour caryotype fœtal, pour étude de l'ADN ou pour recherche causale (PCR infectieuse), une IRM fœtale pour compléter un bilan morphologique, un examen détaillé des parents (avec avis d'un généticien) ;
- d'aider à l'élaboration d'un pronostic qui sera expliqué aux parents avec l'aide dans certains cas d'un spécialiste pédiatre ou généticien.

Le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal réunit les praticiens et les compétences nécessaires à cette mission. Ils font l'objet d'un agrément ministériel et sont seuls habilités à donner accord à une interruption médicale de grossesse en cas de pathologie d'une particulière gravité.

► **Mots clés** : diagnostic anténatal ; malformations ; dépistage ; marqueurs sériques ; amniocentèse ; interruption de grossesse ; nuque.

Références

- Body G, Perrotin F, Guichet A, Paillet C, Descamps P. *Pratique du diagnostic prénatal*. Paris, Masson, 2001.
- Mirlesse V. *Interruption médicale de grossesse pour pathologie fœtale*. Paris, Médecine-Sciences Flammarion, 2002.

Question 4

Elle est enceinte et l'échographie révèle une grossesse multiple

La demande

« Docteur, à l'échographie, ce sont des jumeaux. »

Le préliminaire

Toute grossesse multiple doit être considérée à risques.

Le suivi sera assuré dans le cadre d'un réseau.

La première consultation

Le médecin doit informer la patiente qu'une grossesse gémellaire est une grossesse à risques mais que maintenant l'évolution est le plus souvent favorable grâce à un suivi particulier.

Après avoir fait la déclaration (cf. Question 1), il l'adresse au réseau avec les informations nécessaires.

Il va lui expliquer le fonctionnement du réseau dans lequel elle trouvera le suivi médical intensif et l'aide sociale spécifique à cette situation.

Dans ce cadre, il va pouvoir assurer le suivi de cette grossesse alternativement avec les spécialistes du réseau.

Le point de vue du gynécologue

Les grossesses multiples dont la fréquence est en augmentation en raison des activités de procréation médicalement assistée, constituent des grossesses à haut risque tant sur le plan maternel que sur le plan fœtal et néonatal. Les grossesses gémellaires représentent 1,2 % des naissances et les grossesses triples moins de 0,1 %.

Dans une grossesse gémellaire les jumeaux peuvent être dizygotes (faux jumeaux, issus de deux ovocytes distincts fécondés par deux spermatozoïdes différenciés) ; il y a alors toujours deux placentas distincts, séparés ou parfois fusionnés. Moins fréquemment, les jumeaux peuvent être monozygotes (vrais jumeaux, issus du même embryon) ; il peut dans ce cas n'y avoir qu'un seul placenta si le clivage embryonnaire intervient plus de trois jours après la fécondation mais dans certains cas deux placentas si le clivage intervient avant trois jours. Il ne faut donc pas dire « il y a deux placentas donc ce sont des faux jumeaux », car seul est vrai le contraire : « il n'y a qu'un placenta donc ce sont de vrais jumeaux ».

Tableau 4.1**Les différents types de placentation**

Deux placentas et deux poches amniotiques	Grossesse bichoriale, biamniotique
Un placenta et deux poches amniotiques	Grossesse monochoriale, biamniotique
Un placenta et une poche amniotique	Grossesse monochoriale, monoamniotique

Quels sont les risques ?

Le principal risque des grossesses gémellaires est la survenue d'un accouchement prématuré (AP) dans 17 à 25 % des cas avec en pareil cas une mortalité périnatale de 6 à 12 % (quatre fois supérieure à celle des enfants nés uniques). En France, les grossesses multiples sont actuellement à l'origine de 25 % des cas de prématurité.

Sur le plan fœtal

La gémellité expose au risque élevé de retard de croissance intra-utérin (RCIU) pouvant toucher l'un ou les deux fœtus dans 20 à 50 % des cas. Les autres risques fœtaux sont représentés par une fréquence quasi doublée de malformations fœtales ou d'anomalies chromosomiques.

Les grossesses monochoriales exposent quand à elles à des complications liées à l'existence d'anastomoses intraplacentaires faisant communiquer les deux circulations fœtales : syndrome transfuseur-transfusé dans environ 30 % des grossesses monochoriales, jumeau acardiaque complication exceptionnelle (1/100 grossesses monochoriales) caractérisée par l'involution d'un des fœtus en une masse tissulaire dépourvue de cœur et en général d'extrémité céphalique.

Sur le plan maternel

Les complications habituelles sont la pré-éclampsie (PE ; hypertension artérielle avec protéinurie de plus de 0,5 g/24 h), le diabète gestationnel, et lors de l'accouchement, l'hémorragie de la délivrance liée à l'atonie par surdistention utérine ou à des anomalies de position du placenta (placenta prævia).

Tout débute par l'échographie de 12 SA

La première étape fondamentale de la surveillance d'une grossesse gémellaire est l'échographie de 12 SA dont les objectifs sont triples.

- Elle permet une **datation précise de la grossesse**. Le paramètre fœtal le plus précis pour la datation est la longueur cranio-caudale de l'embryon (LCC) jusqu'à 12 SA. Le diamètre bipariétal ne devient plus précis qu'après cette date. Il faut se méfier des discordances précoces de taille entre les deux embryons qui peut traduire une pathologie (anomalie chromosomique, infection, maladie génétique) touchant un seul des deux jumeaux.
- Elle permet une **détermination du type de placentation** (grossesse mono-ou bichoriale), renseignement qu'il faut exiger car sa connaissance va moduler la surveillance de la grossesse.
- Elle permet d'**évaluer le risque de trisomie 21** pour chacun des deux fœtus par la mesure de l'épaisseur de la nuque fœtale. Ce dépistage est plus pertinent

que le dosage des marqueurs sériques dans le sang maternel dont l'interprétation est délicate en cas de grossesse gémellaire.

Toute échographie du premier trimestre ne comportant pas ces renseignements devra de nouveau être prescrite.

Comment organiser la surveillance ?

Une fois le diagnostic fait à l'échographie, la prise de contact avec le lieu d'accouchement doit être précoce (dans les trois premiers mois) afin d'établir le planning de surveillance qui dépend du type de gémellité. Le lieu d'accouchement doit être un centre apte à la prise en charge des accouchements à risque (niveau II ou III). Toutefois, afin d'éviter les déplacements inutiles, la surveillance peut et doit être faite proche du domicile.

Après cette première consultation, les consultations ultérieures doivent, outre la surveillance habituelle, s'attacher à dépister une menace d'accouchement prématuré (MAP), un RCIU ou la survenue d'une pré-éclampsie. Il faut prévoir un examen clinique mensuel jusqu'à 24 SA, bimensuel de 24 à 34 SA, hebdomadaire au-delà. Sur le plan des examens biologiques, outre ceux habituellement préconisés dans la surveillance de la grossesse, il faut rechercher à partir de 20 SA et de façon hebdomadaire une protéinurie, prendre à partir de 24 SA la TA tous les quinze jours, réaliser une échographie mensuelle pour biométrie complète des jumeaux avec établissement d'une courbe de croissance. En cas de ralentissement de la croissance, une exploration Doppler avec mesure de l'index de résistance placentaire des deux jumeaux est utile. La mesure de l'index de résistance utérin au-delà de 24 SA est également utile.

La mise au repos doit être systématique au-delà de 24 SA, même s'il n'y a pas de signe d'accouchement prématuré. La surveillance à domicile doit être développée dans le cadre du réseau. L'hospitalisation classique est réservée aux risques graves (MAP, RCIU, pré-éclampsie ou souffrance fœtale).

Fin de grossesse, accouchement, post-partum

Afin de réduire le risque de mort fœtale *in utero* l'accouchement doit avoir lieu entre 38 et 39 SA. La voie d'accouchement dépendra des présentations. L'analgésie péridurale est conseillée en raison des possibles manœuvres pouvant être réalisées sur J2.

Un séjour à la maternité plus long que pour une grossesse singleton est souvent nécessaire. L'allaitement maternel est favorisé mais nécessite souvent un encadrement et un soutien de la part de l'équipe (sage-femme et puéricultrice). La proposition d'une contraception efficace est un point important afin d'éviter une nouvelle grossesse trop rapprochée dont les conséquences physiologiques (sur un organisme carencé) et psychologiques risquent d'être désastreuses. Avant la sortie de la maternité, une aide psychosociale est souvent proposée à la patiente.

► **Mots clés** : grossesse ; gémellaire ; échographie.

Références

- Andem. Les grossesses multiples. In: *Guide de surveillance de la grossesse* (pp. 61-3), 1996.
Pons JC, Charlemaine C, Papiernik E (eds.). *Les grossesses multiples*. Paris, Médecine-Science Flammarion, 2000.

Question 5

Elle est enceinte et elle a un âge supérieur à 38 ans

La demande

« Docteur, j'ai un retard de règles de huit jours. Faites-moi faire un test. »

Le préliminaire

Toute grossesse à partir de 38 ans est une grossesse à risques.

À partir de cet âge, il est inutile de prescrire un dépistage par marqueurs sériques.

L'amniocentèse doit être proposée d'emblée (prise en charge à 100 %), mais il existe une alternative de plus en plus souvent proposée, l'association nuque fœtale/marqueurs sériques.

Le suivi sera assuré dans le cadre d'un réseau.

La première consultation

Le médecin procède à un interrogatoire complet à la recherche d'antécédents personnels et familiaux.

Il fait la déclaration (cf. Question 1).

Le médecin informe la patiente des risques d'une grossesse à cet âge : hypertension, prématurité, césarienne plus fréquente, accidents thromboemboliques accrus, mortalité fœtale, malformation fœtale, etc.

Il est légalement obligé de la prévenir de la probabilité accrue de trisomie 21.

Il lui explique le motif de la première échographie, avec recherche et mesure de la nuque fœtale : couplée à un dépistage des marqueurs biologiques, elle permet d'éviter l'amniocentèse dans certains cas.

Il lui explique la possibilité et les risques de l'amniocentèse et lui précise qu'en fonction des résultats, elle pourra demander une interruption médicale de grossesse.

Elle a ainsi tous les éléments pour prendre sa décision.

Il décrit le fonctionnement du réseau dans lequel elle trouvera le suivi médical intensif.

Il l'adresse au réseau avec les informations nécessaires.

Le point de vue du gynécologue

La proportion de femmes âgées de 38 ans est en constante augmentation et ces grossesses tardives constituent aujourd'hui un fait de société, tant en France qu'à l'étranger. Entre les années quatre-vingt et deux mille, la proportion de ces grossesses est passée de 3 % à plus de 8 % (AUDIPOG). Ces patientes vont nécessiter une surveillance toute particulière car elles exposent à un surcroît de

risque maternel et fœtal qu'il est important de prendre en compte. Ainsi la mortalité périnatale est, pour ces patientes, 2,5 fois plus élevée que pour les patientes moins âgées. De même, la mortalité maternelle, est quatre fois plus élevée pour une patiente de 40 ans que vers 30 ans.

Quels sont les risques pendant la grossesse ?

Pour le fœtus, les risques sont dominés par une augmentation du risque d'anomalie chromosomique dont la plus fréquente, la trisomie 21 voit sa fréquence passer de 0,4 % à 30 ans à 1 % à 38 ans puis 10 % à 45 ans (cf. figure 3.1). D'autres aneuploïdies (anomalies numériques non multiples de 23), comme les trisomies 13 ou 18 ou encore les XXY ont une évolution parallèle. À l'opposé, les malformations fœtales de nature non chromosomiques ne voient pas leur fréquence s'accroître avec l'âge maternel. Cette augmentation du risque chromosomique est à l'origine d'une plus grande fréquence des fausses couches spontanées du premier trimestre : une grossesse sur cinq à 38 ans, une sur trois à 40 et une sur deux à 45 ans et d'un accroissement de la fréquence des morts fœtales *in utero* aux second et troisième trimestres.

Pour la patiente présentant une grossesse tardive, on note une augmentation de l'incidence de certaines pathologies spécifiques comme le diabète gestationnel ou l'hypertension artérielle. Pour certains auteurs, la survenue de métrorragie au troisième trimestre serait également accrue de même que les placentas prævia. La plus grande fréquence de ces pathologies n'explique pas complètement l'augmentation du taux de césarienne, tant chez les multipares que chez les primipares âgées. Ce taux atteint dans certaines équipes, près de 50 % chez les primipares peut-être en raison d'une moins grande souplesse des tissus maternels lors de l'accouchement.

Prise en charge du risque chromosomique

Toute femme enceinte âgée de 38 ans et plus à la date de l'amniocentèse est en droit de demander la réalisation d'un caryotype. Néanmoins cette politique d'amniocentèse systématique est mauvaise en terme de santé publique puisqu'elle mène à la réalisation d'un prélèvement chez près de 10 % des femmes enceintes et qu'elle ne permet de dépister qu'environ 1/3 du nombre total des fœtus trisomiques (car bien qu'ayant un risque plus faible la majorité des femmes enceintes sont moins âgées) et que sa iatrogénie n'est pas négligeable (1 % de perte fœtale). La notion de grossesse précieuse allant souvent de pair avec l'âge maternel avancé (baisse de la fécondité, fréquence des procréations médicalement assistées) il n'est pas rare que les patientes de plus de 38 ans s'interrogent sur des alternatives à l'amniocentèse.

La mesure de la clarté nucale lors de l'échographie de 11-14 SA permet de mettre en évidence 75 à 80 % des fœtus trisomiques. Toutefois, alors que nos collègues anglo-saxons utilisent la mesure de la nuque pour calculer un risque basé sur ce paramètre et sur l'âge maternel, nous utilisons encore en France la valeur seuil de 3 mm alors qu'il s'agit d'une variable quantitative (plus l'épaisseur est importante et plus le risque est élevé). De plus l'épaisseur de la nuque fœtale augmente avec la taille de l'embryon. Si l'on utilise une valeur seuil il est alors préférable de réaliser l'échographie le plus tard possible pendant la période propice à la mesure (donc plutôt vers 13 SA que vers 10 SA).

Le dosage des marqueurs sériques du second trimestre est en France, la politique de dépistage promue par les autorités de santé (encadrement réglementaire, agrément ministériel). Elle permet de mettre en évidence environ 65 % à 70 % des T21 au prix de 5 à 6 % d'amniocentèse. Chez les patientes de plus de 38 ans, ce dépistage perd de sa spécificité (30 % d'amniocentèse, soit un gain de 2/3 par rapport à une politique systématique) mais gagne en sensibilité (95 % des T21 dépistées).

Ainsi chez la patiente ne désirant prendre réellement aucun risque vis-à-vis de la T21, l'amniocentèse systématique est envisageable. Toutefois, dans les autres cas, une mesure attentive de la nuque fœtale à 13 SA et un dosage des marqueurs sériques entre 14 et 18 SA est préférable.

Comment surveiller la grossesse après 38 ans ?

Après 38 ans une consultation précoce (visite de déclaration de grossesse) avec le centre amené à prendre en charge l'accouchement est souhaitable en raison du caractère « à risque » de la grossesse. Après cette première consultation, la surveillance est prise en charge conjointement par le médecin de famille et le spécialiste. Cette surveillance comportera en plus des prescriptions habituelles et de l'évaluation du risque d'anomalie chromosomique :

- un test de O'Sullivan dès 24 SA et une HGPO à 100 g de glucose en cas de test positif (glycémie à jeun > 5,5 mmol/l ; glycémie à 1 h > 7,7 mmol/l) afin de dépister un diabète gestationnel ;
- la mesure de l'index de résistance utérin lors de l'échographie morphologique de 20-24 SA et la recherche d'une incisure protodiastolique (notch) sur le spectre Doppler. La présence d'un notch bilatéral ou un index de résistance utérin moyen > 0,6 exposant à un risque accru de pré-éclampsie ou de retard de croissance vasculaire au troisième trimestre ;
- une surveillance attentive des chiffres de tension artérielle au cours du troisième trimestre et une vérification à chaque consultation de l'absence de protéinurie (examen par ailleurs obligatoire).

La patiente sera systématiquement adressée pour la visite du huitième mois, dans le centre devant prendre en charge l'accouchement afin d'envisager les possibilités d'accouchement par voie vaginale.

► **Mots clés** : grossesse ; diagnostic anténatal ; trisomie 21 ; amniocentèse ; nuque ; âge maternel.

Références

- Mamelle N, David S, Vendittelli F, Pinquier D, Claris O, Maria B, Mares P. Indicateurs de la santé périnatale en France en 2001 et leur évolution depuis 1994. Données du réseau Sentinel AUDIPOG. *Gynecol Obstet Fertil*, 2002, 30(Suppl 1):6-39.
- Belaisch-Allard J. Grossesses et accouchement après 40 ans. Paris, Elsevier-Masson, *Encycl Med Chir, Gynécologie/Obstétrique*, 5-016-B-10, 2000.
- Müller F, Benattar C, Audibert F, Roussel N, Dreux S, Cuckle H. First-trimester screening for Down syndrome in France combining fetal nuchal translucency measurement and biochemical markers. *Prenat Diagn*, 2003, 23:833-6.

Question 6

Elle saigne au troisième trimestre

La demande

« Docteur, je saigne mais je suis seulement à 7 mois ? »

Le préliminaire

Les saignements se produisent en dehors de toute contraction utérine ou après un traumatisme direct (accident de la voie publique). Ils peuvent être spontanés, indolores ou associés à des douleurs.

Il faudra rechercher des antécédents personnels de troubles de la coagulation ou de pathologies cervicales (dysplasie, ectropion,...) et des antécédents de saignements au premier et au deuxième trimestre.

La première consultation

Elle permet :

- de préciser le terme exact de la grossesse ;
- de rechercher des antécédents obstétricaux pour une grossesse précédente ou actuelle : antécédents de placenta prævia, d'hypertension gravidique, de décollement placentaire marginal lors des éventuelles grossesses antérieures ;
- de rechercher les antécédents personnels ou familiaux de pré-éclampsie ou d'éclampsie, de diabète gestationnel et pré-gestationnel ;
- de préciser l'état hémodynamique (prise de tension artérielle et pouls), de vérifier la carte de groupe sanguin, de détecter la présence de contractions et de vérifier les bruits du cœur fœtal.

Il ne faut pas faire de toucher vaginal pour éviter le risque hémorragique en présence d'un placenta prævia.

Dans tous les cas, une consultation spécialisée s'impose et devra être demandée en urgences à la maternité. Le mode de transport sera adapté aux critères de gravité obstétricale.

Le point de vue du gynécologue

La survenue d'un saignement au cours du troisième trimestre de la grossesse n'est pas un événement rare, puisqu'il touche de 5 à 7 % des femmes enceintes. Dans la majorité des cas, il s'agit de métrorragies bénignes n'ayant pas de retentissement sur le cours évolutif de la grossesse. Parler de métrorragies bénignes suppose toutefois qu'aient été éliminées les causes graves que sont les décollements placentaires plus ou moins étendus (hématome rétroplacentaire) et les

anomalies de localisation du placenta (placenta prævia). En outre, il convient de ne pas trop minimiser la gravité de ces saignements « pré-partum » car ils peuvent faire le lit d'une hémorragie du post-partum, première cause de mortalité maternelle.

Quelles sont les causes possibles ?

Les causes placentaires sont au premier plan, mais un examen au spéculum attentif permettra de différencier les saignements endo-utérins des rares causes de saignement d'origine vaginale ou cervicale. Par ordre de fréquence, les causes possibles de métrorragies du troisième trimestre sont les suivantes.

L' hématome rétroplacentaire

Encore appelé hématome décidual basal, il s'agit d'un décollement plus ou moins étendu du placenta, celui-là étant cependant inséré normalement (c'est-à-dire non prævia). Cause la plus fréquente de métrorragies au troisième trimestre, touchant 1 % des grossesses avec une mortalité périnatale de 10 à 30 %. Les facteurs favorisants sont l'utilisation de tabac ou de cocaïne, l'hypertension artérielle – qu'il s'agisse d'une pré-éclampsie ou d'une HTA chronique –, les thrombophilies maternelles, les traumatismes abdominaux ou la décompression utérine brutale (par exemple après rupture des membranes), ou encore un antécédent d' hématome rétroplacentaire à la précédente grossesse. Il associe cliniquement un saignement d'abondance et de couleur très variables à une douleur utérine persistant entre les contractions (parfois douleur lombaire) et, dans les formes étendues, des altérations du rythme cardiaque foetal.

Le placenta prævia

Le placenta prævia, c'est-à-dire une insertion placentaire en totalité ou en partie sur le segment inférieur de l'utérus. Il en existe différents types, fonction de l'étendue de la zone d'insertion prævia : recouvrant (sur l'orifice interne du col) ou marginal (c'est-à-dire ne recouvrant pas l'orifice interne). On ne doit parler de placenta prævia qu'au troisième trimestre, car auparavant, la probabilité d'une « ascension » du placenta reste possible. C'est la cause d'environ 10 à 30 % des métrorragies du troisième trimestre. Les facteurs favorisants sont représentés par l'âge, la parité élevée, les antécédents de césarienne ou d'intervention endo-utérine et l'intoxication par le tabac. Cliniquement, les métrorragies sont au départ constituées de sang rouge, d'abondance variable. Elles sont toujours indolores. Le rythme cardiaque foetal est en général normal, sauf hémorragie massive avec choc maternel.

L'hématome décidual marginal

Il correspond à une rupture du sinus marginal (veine située sur le pourtour du placenta) ou à un décollement d'un bord du placenta. C'est une cause plus rare de métrorragies du troisième trimestre et le diagnostic est parfois difficile à affirmer avant l'accouchement (et l'analyse histologique du placenta). Cliniquement il s'agit de métrorragies de sang rouge parfois abondantes, sans douleurs et sans contractions utérines. Le rythme cardiaque foetal est là aussi normal. L'échographie permettra d'éliminer les deux précédentes causes.

Les vaisseaux *prævia*

Ce sont des vaisseaux vélamenteux, courant sur les membranes entre le col et la présentation, en rapport avec une insertion anormale du cordon, à distance de la masse placentaire. Il s'agit d'une cause rare de saignement (1 pour 2 500 naissances) mais dont les conséquences sont rapidement catastrophiques pour le fœtus en raison de l'exsanguination qui peut résulter de leur rupture (mortalité périnatale avoisinant les 30 %). Cliniquement, l'apparition des métrorragies indolores, faites de sang rouge, est contemporaine de la rupture spontanée des membranes. Des anomalies sévères du rythme cardiaque fœtal traduisent l'hypovolémie liée à l'exsanguination (la volémie fœtale à terme ne dépasse pas 250 ml).

La rupture utérine

Très rare en dehors du travail. Elle est principalement le fait des patientes ayant un antécédent d'une ou de plusieurs césariennes. Les métrorragies sont associées à une douleur médiane, hypogastrique, d'apparition brutale et continue. Les conséquences fœtales vont dépendre de l'étendue de la rupture, du décollement placentaire ou de la compression du cordon pouvant être associée.

Cervicite ou saignement liés à la dilatation du col

Il ne s'agit pas alors de métrorragies à proprement parler mais plus d'un diagnostic différentiel. Bien que souvent évoquées, les causes cervicales ne doivent toutefois être considérées qu'à deux conditions impératives : que les causes précédentes aient été éliminées formellement, et que l'origine cervicale du saignement ait été attestée par l'examen au spéculum.

En dehors du travail, les trois causes les plus fréquentes à ne pas méconnaître sont l'hématome rétroplacentaire, le placenta *prævia* et l'hématome décidual marginal. Dans plus d'un tiers des cas, toutefois, aucune cause n'est retrouvée.

Quelles sont les questions à poser et les éléments cliniques à rechercher ?

L'interrogatoire et l'examen clinique sont orientés dans un premier temps sur l'appréciation de l'importance de l'hémorragie puis sur la recherche étiologique de ce saignement.

■ **Appréciation de l'importance de l'hémorragie** : abondance de la quantité de sang perdue, nombre de garnitures souillées. En décubitus dorsal, le saignement s'écoulant de l'orifice externe se collecte au niveau du cul-de-sac vaginal postérieur et coagule. Lors du passage à la position assise ou debout, le caillot est expulsé du vagin donnant alors l'impression d'une hémorragie brutale et massive souvent impressionnante pour la patiente. Il faut se souvenir que l'estimation visuelle de l'hémorragie tend à minimiser l'importance du saignement.

■ **Recherche de signes maternels associés** : douleurs abdominales dont on fera préciser le type et l'intensité, signes fonctionnels urinaires ou hématurie pouvant évoquer un placenta accreta, signes fonctionnels neurosensoriels (phosphènes, acouphènes, céphalées) évoquant une pré-éclampsie. On recherchera à également une exagération des réflexes ostéotendineux.

■ L'examen, outre la prise de la pression artérielle et de la fréquence cardiaque, recherchera d'éventuels signes de choc en cas de saignement abondant. Les

patientes ayant de tels signes devront être immédiatement perfusées par une voie veineuse de fort calibre.

■ **L'examen gynécologique** comprend : la palpation abdominale à la recherche de contractions utérines, d'une sensibilité ou d'une contracture utérine, la mesure de la hauteur utérine et un examen au spéculum. Le toucher vaginal ne sera entrepris qu'après avoir éliminé un placenta prævia, et il sera réalisé de façon particulièrement prudente pour éviter de déclencher une hémorragie cataclysmique.

■ **Recherche de signes de gravité fœtaux** : baisse des mouvements actifs, hauteur utérine trop faible pour le terme, évoquant soit l'engagement de la tête fœtale dans le bassin (accouchement imminent) soit un retard de croissance associé (facteur de gravité ou pouvant orienter vers certaines étiologies comme l'hématome rétroplacentaire). Au contraire, une hauteur utérine trop importante pour le terme (ou plus exactement une augmentation brutale de cette dernière) est un élément fortement évocateur du remplissage sanguin d'un hématome rétroplacentaire.

■ **Recherche de signes d'orientation étiologique** : on fera préciser les antécédents gynécologiques et obstétricaux de la patiente. Ainsi, des curetages répétés ou une intervention endo-utérine sont des facteurs de risque de placenta prævia.

Les risques sont donc multiples en cours de grossesse. Si certains d'entre eux peuvent être prévenus, il en est d'autres pour lesquels la seule arme reste le diagnostic précoce.

Quels examens complémentaires sont-ils à demander ?

En cas de métrorragie sévère, la patiente sera adressée en urgence (transfert médicalisé) à la maternité la plus proche. Dans le cas d'une hémorragie minime ou passée, l'évaluation comporte :

■ un bilan biologique permettant de préciser le retentissement maternel de la spoliation sanguine. Il comporte : groupe sanguin, RAI, NFS avec numération plaquettaire, bilan de la coagulation (TP et TCA), dosage du fibrinogène et, en cas de saignement abondant ou de suspicion hématome rétroplacentaire, dosage des produits de dégradation de la fibrine et D-dimères ;

■ un enregistrement du rythme cardiaque fœtal permettant de vérifier la vitalité fœtale, de rechercher d'éventuels signes d'asphyxie *in utero* et de préciser l'activité utérine (contraction, hypertonie) ;

■ l'échographie obstétricale est l'examen clé de la recherche étiologique. Elle doit être réalisée le plus rapidement possible lors de l'épisode métrorragique. Outre l'évaluation du bien-être fœtal (activité cardiaque, mouvements actifs, score de Manning) elle s'attache à préciser la localisation placentaire (prævia ou non) et l'insertion du cordon (recherche de vaisseaux prævia). Elle peut, au besoin, être complétée par une échographie endovaginale (prudente mais non contre-indiquée en cas de placenta prævia) qui permettra de mieux localiser le bord inférieur du placenta (on parle de placenta prævia si le bord inférieur du placenta est à moins de 2 cm de l'orifice interne du col). En période aiguë, l'hématome rétroplacentaire n'est pas visible à l'échographie car son échogénicité est identique à celle du placenta. Un signe indirect peut toutefois être une

impression de placenta épais. Les bords du placenta seront tout particulièrement analysés à la recherche d'un hématome ou d'un décollement décidual marginal.

Quelle conduite à tenir ?

La sévérité et les conséquences possiblement lourdes de la plupart des causes d'hémorragies du troisième trimestre nécessitent, dans pratiquement tous les cas, que la patiente soit référée à l'équipe obstétricale choisie pour l'accouchement, ou à la plus proche dans les hémorragies sévères. Au terme de l'évaluation clinique, biologique et échographique, il pourra être décidé, selon le terme, la cause et l'importance du saignement : une naissance (déclenchement ou césarienne), une hospitalisation ou une surveillance rapprochée à domicile.

► **Mots clés** : placenta prævia ; hématome rétroplacentaire ; décollement décidual marginal ; asphyxie périnatale ; hémorragie de la délivrance.

Références

Lansac J, Magnin G. *Obstétrique pour le praticien*. Paris, Elsevier-Masson, 2008.
Cabrol D, Goffinet F. *Protocoles cliniques en obstétrique* (coll. Abrégés). Paris, Masson, 2003.

Question 7

Elle est enceinte et a un stérilet, que faire ?

La demande

« Docteur, j'ai un retard de règles de huit jours, malgré le stérilet que vous m'avez posé il y a huit mois. Je ne peux pas être enceinte, Docteur ! »

Le préliminaire

Il faut craindre avant tout une grossesse extra-utérine (GEU).

Dans le cas d'une grossesse intra-utérine, le stérilet n'est pas forcément un obstacle au bon déroulement de la grossesse.

La première consultation

Le médecin fait l'interrogatoire pour préciser la date des dernières règles et un examen gynécologique complet (cf. Question 1). Il se méfiera de faux saignements provoqués par le stérilet.

Il recherche les signes de grossesse, et les signes de grossesse extra-utérine (métrorragies, douleurs pelviennes).

Le médecin doit donner le temps à la patiente de s'exprimer sur cette grossesse afin de l'accompagner dans sa décision de la garder ou non.

S'il y a suspicion de GEU, le médecin prescrit un dosage des β hCG et une échographie pelvienne en urgence dans un milieu spécialisé pouvant traiter la GEU éventuelle.

Sinon, ces examens peuvent être faits dans les 24 heures. Il revoit la patiente le lendemain avec les résultats.

Devant une grossesse intra-utérine confirmée avec stérilet accessible sans risque pour la grossesse, le médecin peut l'enlever immédiatement.

S'il n'est pas accessible, il paraît licite de le laisser en place et l'adresser pour avis spécialisé.

Le point de vue du gynécologue

Il est impératif avant toute pose de stérilet de vérifier l'absence de grossesse par la prescription d'hCG, la pose d'un dispositif intra-utérin (DIU) sous contraception efficace et en fin de règles.

Le taux cumulatif de grossesse sur Stérilet est de 0,4 % par an pour les DU au cuivre, il est de 0,5 % à cinq ans pour le stérilet au lévonorgestrel (*Mirena*). L'indice de Pearl pour la GEU est de 0,02 pour le *Mirena* et de 0,06-0,25 pour le DIU au cuivre.

Les mesures à prendre

Si une grossesse est suspectée chez une porteuse d'un DIU, il convient de prendre les mesures suivantes :

- confirmer la grossesse (taux quantitatif de β hCG) ;
- savoir si la grossesse est désirée ou non ;
- datée et localisée cette grossesse, DDR et échographie pelvienne endovaginale si le terme le permet ;
- confirmer la présence et localiser le stérilet par l'échographie ;
- examen au spéculum pour localiser les fils ;
- l'abdomen sans préparation (ASP) ne sera réalisé que si le DIU est en dehors de l'utérus à l'échographie avec des fils non visibles ; dans ce cas le DIU a migré dans la cavité abdominale, une coelioscopie pour ablation est justifiée.

En présence d'une grossesse intra-utérine évolutive

Jusqu'à la douzième semaine de grossesse (14 SA)

- Retrait immédiat du DIU si les fils de repère sont visibles, que la grossesse soit désirée ou pas ; en prévenant la patiente du risque de fausse couche estimé à 50 %.
- Si la patiente souhaite ne pas conserver la grossesse, il s'agit d'une interruption volontaire de grossesse ou, si la grossesse est contre-indiquée, d'une interruption thérapeutique de grossesse.

Au-delà de la douzième semaine ou si les fils ne sont pas visibles

- La patiente souhaite l'interruption de grossesse, cela peut être une interruption thérapeutique (avec ses propres indications) en sachant que les risques liés à l'interruption de grossesse augmentent avec l'âge de la gestation. Elle permet en général l'expulsion associée du DIU.
- La femme est décidée à poursuivre sa grossesse en laissant le DIU à sa place, elle doit être dirigée sans tarder vers un centre de surveillance prénatale spécialisé. Il existe un risque accru d'avortement septique. Le début de l'infection peut être insidieux, la patiente doit être surveillée et signaler immédiatement tout symptôme anormal tel que syndrome grippal, fièvre, douleurs abdominales, métrorragies ou pertes vaginales.
- Le DIU est généralement expulsé avec le placenta et les membranes lors de l'accouchement ; sinon, il est impératif de le localiser par radiographie (ASP) et échographie. Il convient d'en faire l'ablation en post-partum immédiat. Une coelioscopie est parfois nécessaire si le DIU à perforer l'utérus.
- À ce jour, rien n'indique que le fait de laisser une grossesse se poursuivre chez une porteuse d'un DIU puisse entraîner un risque d'anomalie fœtale.

En présence d'une grossesse extra-utérine démontrée ou probable

Les DIU protègent mieux contre les grossesses intra-utérines que contre les grossesses extra-utérines. Lorsqu'une grossesse ectopique est suspectée, un diagnostic

précoce est d'importance parfois vitale. Les signes cliniques habituels sont ceux d'une grossesse au début avec aménorrhée de six à huit semaines et douleurs pelviennes unilatérales violentes, accompagnées ou non de saignements vaginaux souvent peu abondants et de sang noir.

Il convient d'adresser la patiente avec ses résultats d'examen dans un service de gynécologie où il sera réalisé l'ablation immédiate du DIU et décision de prise en charge de la GEU par cœlioscopie ou par traitement médical (méthotrexate).

En l'absence d'une pathologie reproductible (AINS, malformation utérine) et selon les souhaits de la patiente une nouvelle pose de DIU n'est pas contre-indiquée.

► **Mots clés** : grossesse ; grossesse extra-utérine ; stérilet ; DIU.

Références

Marret H, Golfier F, Vollerin F, Legoaziou Mf, Raudrant D. DIU en médecine générale Études de 300 cas. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2002, 31:465-470.
www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_02_7_fr/rhr_02_07_q17.html.

Question 8

Elle est mineure, enceinte et veut une interruption volontaire de grossesse (IVG). Quand, comment, où ?

La demande

« Docteur, je suis enceinte. Je ne peux pas garder cette grossesse à 16 ans. N'en parlez pas à mes parents. »

Le préliminaire

Quelles que soient ses convictions personnelles, le médecin a obligation d'aider la patiente à obtenir cette interruption dans les meilleures conditions médicales et légales.

Il peut aussi lui présenter des alternatives en l'assistant dans sa réflexion.

Seuls les centres agréés peuvent pratiquer les IVG jusqu'à 14 SA.

La première consultation

L'interrogatoire s'assure autant que possible de la réalité de cette demande d'IVG.

Avec empathie et neutralité, il soutient la patiente dans cette épreuve difficile.

Il l'informe que cette IVG ne peut se faire qu'avant la fin de la quatorzième semaine et dans un centre agréé dont il lui donne l'adresse et le numéro de téléphone.

Il lui garantit le secret médical, même vis-à-vis de ses parents.

Il l'incite à rechercher une personne capable de l'aider (amie, enseignant, famille, etc.).

Il lui prescrit un dosage quantitatif de β hCG ou plutôt l'échographie pelvienne endovaginale de datation afin de vérifier la date du terme.

Il lui prescrit en même temps un groupe rhésus et un bilan de coagulation si la patiente a des antécédents personnels ou familiaux de trouble de la coagulation.

Il envisage avec elle une consultation post-intervention pour discuter avec elle de contraception.

Le point de vue du gynécologue

La consultation

Elle permet d'entendre la demande de la jeune fille et d'échanger de façon neutre. Le médecin doit essayer de voir si la jeune fille peut en parler à ses parents, ou à l'un d'entre eux – souvent la mère. La présence d'un des parents en soutien

est importante et facilite le geste de la jeune fille. Le médecin doit néanmoins s'assurer que la patiente est bien en accord avec le parent et que l'IVG est son propre choix et non celui de ses parents auxquels elle obéit. Le médecin vérifie le bon état général, donne une information sur l'IVG et l'adresse des CIVG locaux. Une échographie est prescrite pour affirmer une grossesse intra-utérine et la dater. Une lettre de résumé de consultation sera remise à la patiente pour le CIVG.

L'information

Comme pour les adultes majeures la grossesse doit être inférieure à 14 SA (= 12 semaines de grossesse) le jour de l'intervention¹. Réalisée par un médecin dans un centre agréé privé ou public, (éventuellement surveillée à domicile pour l'IVG médicamenteuse, si le service existe), l'IVG est prise en charge par la Sécurité sociale et les mutuelles des parents de la mineure ou de son tuteur (à défaut, pour que ses parents ne soient pas informés, elle peut bénéficier d'une aide médicale). La confidentialité est assurée dans tous les cas. Un « dossier guide » détaillé leur est systématiquement remis.

Toute femme **mineure** doit avoir l'accord écrit de l'un des deux parents (ou tuteurs) : en cas d'impossibilité, elle doit choisir une personne majeure (« référent ») qui l'accompagnera dans sa demande et sa prise en charge. Si elle souhaite garder le secret ou en cas de refus parental, l'IVG et les soins, y compris l'anesthésie, sont pratiqués à sa seule demande.

Un **entretien psychosocial** avec une conseillère conjugale est systématiquement proposé, avant et après l'IVG. Il est obligatoire en pré-IVG pour la mineure. Il ne faut pas sous-estimer les possibilités d'agression sexuelle chez ces jeunes filles.

Les techniques

Quelle que soit la méthode utilisée :

- les seuls examens biologiques obligatoires sont, comme pour la femme majeure : **groupe rhésus et RAI** ;
- des examens complémentaires éventuels (pas de consensus) peuvent être prescrits (NFS, plaquettes, TP, TCA, sérologie VIH, dépistage ciblé des *Chlamydia*, etc.).

Deux techniques d'IVG peuvent être proposées, selon le contexte.

L'IVG médicamenteuse : grossesse ≤ 7 SA (49 jours). Elle est peu indiquée si la mineure n'a pas averti ses parents car l'évacuation utérine se fera à la maison, et sera parfois peu discrète. Elle n'est pas contre-indiquée par ailleurs. L'administration de mifépristone (ou « RU 486 », un antiprogestérone) sera suivie 48 heures plus tard, lors d'une hospitalisation d'une demi-journée, de celle de misoprostol (analogue de prostaglandine). L'expulsion de l'œuf, avec saignements et contractions utérines, sera effective dans plus de 99 % des cas. Une rétention parcellaire peut subsister dans 3 % des cas. Une échographie et un examen clinique sont nécessaires dix à quinze jours après.

¹Au-delà de 14 SA, l'IVG peut être réalisée dans certains pays étrangers.

L'**IVG instrumentale** sera souvent préférée chez la mineure : l'aspiration endo-utérine :

- sous AL, permettant la discrétion vis-à-vis des parents si elle ne les a pas informés ;
- ou sous AG, parfois moins traumatisant chez les mineures très jeunes.

Une injection de gammaglobuline anti-D est prescrite si nécessaire. Le taux de rétention est identique à l'adulte < à 2 %, d'échec total < 1 ‰. Un contrôle clinique, quinze jours après, est conseillé au CIVG.

Les deux méthodes n'ont pas d'incidence ultérieure sur la fécondité, retard de croissance intra-utérin (RCIU), prématurité. Aucune étude ne démontre une meilleure tolérance psychologique d'une méthode par rapport à l'autre chez la mineure. Les risques psychologiques sont toujours importants, mais ils sont moindres chez les mineures qui bénéficient du soutien d'un parent, et s'il n'existe pas d'ambivalence, de coercition, d'instabilité psychosociale, de troubles psychiatriques préexistants.

La prescription d'une contraception adaptée est préconisée le jour de l'IVG. Elle fera l'objet d'un dialogue avec la jeune fille dès la consultation pré-IVG afin de lui proposer l'ensemble des moyens contraceptifs disponibles en gardant à l'esprit que **la meilleure contraception est celle qu'elle choisit**. La contraception orale est souvent le plus simple pour une jeune fille, et doit être commencée le jour même ou au plus tard le lendemain de l'IVG. Elle n'est pas indispensable si la patiente n'a eu qu'un seul rapport sans lendemain, il faut alors lui expliquer les possibilités de contraception occasionnelle ou la contraception du lendemain. Elle sera gratuite pour la mineure.

► **Mots clés** : IVG ; mineure ; délai ; techniques ; complications.

Références

vosdroits.Service-public.fr.

www.planning-familial.org.

www.info-femmes.com.

www.ancic.asso.fr.

Cesbron P. *L'interruption de grossesse depuis la loi Veil*. Paris, Flammarion, 1997.

Question 9

Elle veut une IVG

La demande

« Docteur, j'ai fait un test de grossesse qui est positif, je ne peux pas le garder ! »

Le préliminaire

L'interruption volontaire de grossesse (IVG) n'est pas une méthode contraceptive. Elle signe l'échec d'une des méthodes contraceptives destinées à éviter aux femmes d'être enceintes quand elles n'en ont pas le désir.

Il existe deux techniques d'IVG disponibles actuellement : l'IVG médicamenteuse et l'IVG dite « chirurgicale » par aspiration.

Une interruption volontaire de grossesse peut être demandée par toute femme estimant que sa grossesse la place dans une situation de détresse.

Les IVG sont pratiquées dans un établissement de santé. Toutefois, les IVG médicamenteuses réalisées dans un délai maximum de cinq semaines de grossesse (soit 7 SA) peuvent désormais être prescrites dans un cabinet de ville.

La première consultation

Le médecin devra conduire la consultation avec empathie. Seule la femme décide. Elle n'a pas besoin de l'autorisation de son conjoint, ni de ses parents, mais, si possible, il devra recevoir le couple ou les parents si la jeune fille est mineure.

Il donnera toutes les informations nécessaires à la patiente sans ingérer dans sa décision. Les détails sur la grossesse en cours seront précisés : date des dernières règles, date du début de grossesse si elle est déjà connue, déroulement de la grossesse, explorations déjà réalisées (dosages sanguins, échographie, etc.), il relèvera les antécédents et pratiquera l'examen clinique.

Une semaine de délai de réflexion est obligatoire entre la première et la deuxième consultation médicale. En cas d'urgence, ce délai d'une semaine est ramené à deux jours. Le médecin adressera la patiente à un centre d'IVG, s'il ne pratique pas l'IVG médicamenteuse ou si le délai pour celle-ci est dépassé.

Le point de vue du gynécologue

Depuis 1975 en France, l'avortement est dépénalisé. La loi du 4 juillet 2001, modifiant la loi Veil, permet à toute femme enceinte estimant que sa grossesse la place dans une situation de détresse d'en demander l'interruption à un médecin, qu'elle soit majeure ou mineure, jusqu'à douze semaines de grossesse, soit 14 SA. Seule la femme concernée peut faire cette demande.

Le médecin généraliste est souvent le premier consulté. Lors de cette consultation initiale, il est important d'établir un dialogue avec la femme afin de l'aider à comprendre les circonstances qui l'ont conduite à cet état de grossesse : absence

ou échec de contraception, contraception inadaptée, grossesse initialement désirée, questionnement sur sa propre fertilité, sans jugement ni prise de position et dans le respect de son choix. Cependant, tout médecin peut opposer la clause de conscience, mais se doit d'en informer la femme au plus vite et de lui donner les coordonnées d'un confrère ou d'un centre qui pourra répondre à sa demande.

La confirmation de la grossesse pourra se faire par un test urinaire, suffisant s'il est positif, ou par une recherche de β hCG qualitative. Cependant, le recours à l'échographie, même si elle n'est pas obligatoire, est fortement recommandé pour confirmer l'évolutivité de la grossesse, sa localisation intra-utérine, sa datation, son caractère unique ou multiple, ainsi que d'éventuelles anomalies utérines susceptibles d'interférer sur le geste endo-utérin à venir. En effet, la datation de la grossesse est basée sur l'échographie et non sur la date des dernières règles, les mesures échographiques étant fiables à ± 3 jours. Au-delà de 14 SA, l'IVG peut être réalisée dans d'autres pays européens dont la législation n'est pas la même que la nôtre, notamment en Hollande, Grande-Bretagne et Espagne. Le médecin pourra donc prescrire une échographie pelvienne de datation avant la consultation au centre d'interruption volontaire de grossesse (CIVG), et en urgence si le terme paraît proche de 14 SA.

Une lettre de résumé de consultation sera remise à la patiente permettant de prendre date pour la deuxième consultation, en laissant courir le délai de réflexion de sept jours (réduit à 48 heures entre 12 et 14 SA si nécessaire).

Un entretien psychosocial avec une conseillère conjugale est systématiquement proposé, avant et après l'IVG. Il est facultatif pour la majeure et reste obligatoire en pré-IVG pour la mineure.

La mineure doit aussi recueillir le consentement écrit de l'un des deux parents (ou tuteurs). Si elle souhaite garder le secret ou en cas de refus parental, l'IVG et les soins, y compris l'anesthésie, sont pratiqués à sa seule demande. Pour se faire, elle doit choisir une personne majeure, un « référent », qui l'accompagnera dans sa demande et sa prise en charge.

L'IVG sera réalisée par un médecin dans un centre agréé privé ou public, ou bien à domicile avec un médecin ayant signé une convention avec un CIVG référent.

L'IVG est prise en charge par la sécurité sociale à 80 % en établissement de soins et à 70 % en ville. Dans certaines circonstances la femme peut bénéficier d'une aide médicale de l'état (précarité sociale, mineure sans autorisation parentale, etc.). La confidentialité, à défaut d'anonymat, est assurée dans tous les cas. Un dossier-guide détaillé, téléchargeable sur www.sante.gouv.fr, est systématiquement remis.

Les techniques d'IVG seront présentées et la femme choisira la méthode qui lui paraît la plus adaptée, sous réserve de contre-indication médicale ou de terme : IVG médicamenteuse avec ou sans hospitalisation, IVG chirurgicale sous anesthésie locale ou générale.

IVG médicamenteuse : grossesse ≤ 7 SA (49 jours)

L'administration de mifépristone (antiprogéstérone : « RU 486 ») sera suivie 48 heures plus tard, de celle de misoprostol (analogue de prostaglandine) pendant une courte hospitalisation de 3 heures. Depuis juillet 2004, cette méthode

peut-être réalisée hors de l'établissement de soins, par l'intermédiaire d'un médecin libéral gynécologue ou généraliste pouvant justifier d'une expérience de l'IVG et ayant signé une convention avec le CIVG le plus proche. Depuis avril 2008, un décret permettant l'IVG médicamenteuse à domicile dans les centres de planification et d'éducation familiale est attendu. L'expulsion de l'œuf, avec saignements et contractions utérines, sera effective dans plus de 96 % des cas et pourra avoir lieu dans certains cas dès la prise de mifépristone, mais plus généralement dans les heures qui suivent la prise de misoprostol et jusqu'à 48 heures après. Une rétention parcellaire peut subsister dans 3 % des cas. Seuls une échographie ou un dosage de β hCG plasmatiques et un examen clinique permettent de confirmer l'IVG de 14 à 21 jours après. Un saignement, même abondant, ne peut pas suffire à confirmer l'IVG.

Les contre-indications médicales à l'IVG médicamenteuse sont essentiellement : l'asthme sévère mal équilibré, l'insuffisance surrénale chronique et la porphyrie héréditaire.

L'isolement ou l'éloignement à plus d'une heure du centre, la barrière de la langue ou les difficultés de compréhension sont des contre-indications à cette méthode pour la sécurité de la femme, en cas de nécessité d'hospitalisation en urgence pour hémorragie génitale incontrôlée.

IVG instrumentale : grossesse \leq 14 SA

L'aspiration endo-utérine sous anesthésie locale (avec prémédication la veille et le jour même : dilatateurs cervicaux, *Mifégyne* ou misoprostol, anxiolytiques et antalgiques), ou sous anesthésie générale (consultation anesthésique nécessaire et hospitalisation d'une journée au lieu d'une demie) est de courte durée (de 3 à 5 minutes). Le taux de rétention est inférieur à 2 % ; le taux d'échec total inférieur à 1 %. Un contrôle clinique quinze jours après est conseillé au CIVG.

Le « syndrome du 5^e jour », c'est-à-dire que fébricule, algies et gros utérus sont caractérisés et correspondant à la lyse du caillot, ne nécessite pas une réaspiration, car il cédera spontanément avec l'émission des caillots.

Quelle que soit la méthode utilisée, les éléments suivants sont à observer.

- Les seuls examens biologiques obligatoires sont : groupe rhésus et RAI.
- Une injection de gammaglobuline anti-D est réalisée en cas de rhésus négative.
- La prescription d'une contraception adaptée est préconisée le jour de l'IVG. Elle fera l'objet d'un dialogue avec la femme dès la consultation pré-IVG afin de lui proposer l'ensemble des moyens contraceptifs disponibles. Le médecin doit garder à l'esprit que la meilleure contraception est celle que la femme choisit. Dans le cas du dispositif intra-utérin (DIU) ou de l'implant sous-cutané, ils peuvent être posés le jour même (à l'exception du DIU pour l'IVG médicamenteuse). Sinon, la contraception orale doit être commencée le jour même ou au plus tard le lendemain de l'IVG.
- La consultation post-IVG permet, d'une part, de s'assurer du succès de l'IVG et de l'absence de complications tant médicales que psychologiques, et d'autre part, de vérifier que la femme dispose bien d'une contraception qui lui convient.

L'IVG, (en dehors de l'IVG itératif) n'a pas d'incidence ultérieure sur la fécondité, les retard de croissance intra-utérin (RCIU), ou la prématurité, ce dans

la mesure où l'interruption a été réalisée dans les conditions requises par la loi et que les éventuelles complications ont été prises en charge.

Aucune étude ne démontre une meilleure tolérance psychologique d'une méthode par rapport à l'autre. Les risques psychologiques peuvent être majeurs s'il n'existe pas d'ambivalence, de coercition, d'instabilité psychosociale et de troubles psychiatriques préexistants.

Le rôle du médecin est aussi de s'assurer de la prise de contraception efficace pour éviter une récurrence et de veiller au dépistage en particulier du cancer du col de l'utérus.

► **Mots clés** : IVG ; 14 SA ; aspiration ; mifépristone ; misoprostol.

Références

www.planning-familial.org

www.ancic.asso.fr

www.sante.gouv.fr

Question 10

Elle saigne au premier trimestre de grossesse, que faire ?

La demande

« Docteur, je suis affolée, je saigne depuis trois jours, alors que je suis enceinte de deux mois et demi. Dites-moi ce que je dois faire »

Le préliminaire

Au cours des trois premiers mois de la grossesse, les saignements génitaux sont fréquents. On estime qu'ils atteignent une femme enceinte sur quatre. La cause la plus fréquente est la fausse couche (environ un cas sur deux), surtout si le saignement est abondant et qu'il dure plus de six à sept jours. Mais ce n'est pas la seule étiologie possible.

Il ne faut surtout pas ignorer une grossesse extra-utérine (GEU), une môle hydatiforme, voire une endométrite.

Le suivi sera assuré dans le cadre d'un réseau.

La première consultation

Le médecin après l'interrogatoire, fait un examen gynécologique complet (cf. Question 1).

Il prescrit un dosage des β hCG, une NFS et un groupe sanguin phénotypé ainsi qu'une échographie pelvienne endovaginale.

Le bilan sanguin permet de vérifier si la grossesse poursuit son cours (il est souhaitable de pratiquer deux dosages à 72 heures d'intervalle), s'il y a une anémie à la suite du saignement, et si besoin, de connaître ou de confirmer le groupe rhésus.

L'échographie recherche la vitalité du fœtus, un décollement placentaire, une complication d'une grossesse gémellaire, une grossesse extra-utérine, bien que peu probable à ce terme, une malformation utérine non décelée jusqu'alors.

Si les résultats sont normaux, le médecin conseille le repos, seule réponse à ce problème, en prescrivant un arrêt de travail de deux semaines et prévoit de revoir la patiente.

Il ne s'agit pas nécessairement de rester au lit toute la journée mais surtout d'éviter les longs trajets en voiture, les efforts importants (soulever des charges, travailler bras levés).

Le point de vue du gynécologue

Objectifs

■ Éliminer une urgence vitale (grossesse extra-utérine rompue avec hémopéritoine et signes de choc, fausse couche spontanée hémorragique).

■ Faire le diagnostic de l'origine des saignements :

- la grossesse extra-utérine ;
 - les avortements provoqués ;
 - les lésions cervicales : la décidualisation, la cervicite, l'ectropion simple ou infecté, le polype muqueux, les kystes glandulaires, le cancer du col ;
 - la menace d'interruption spontanée de la grossesse ou menace d'avortement ;
 - rétention post-avortement spontané ou interruption volontaire de grossesse ;
 - l'interruption spontanée de la grossesse ou avortement spontané ;
 - la môle hydatiforme.
- Réaliser la prévention de l'immunisation rhésus si la patiente est rhésus négatif.

Diagnostic

■ Examen clinique :

- y a-t-il des signes de choc ? (TA, pouls, pâleur, troubles de la conscience, etc.) ;
 - y a-t-il un hémopéritoine ? (voussure ou douleur abdominale, cri du Douglas au toucher vaginal, troubles du transit) ;
 - origine et importance des saignements ? (origine endo-utérine ou non, rechercher une lésion du col ou du vagin, rechercher des débris dans le vagin, quantifier l'importance des saignements) ;
 - éliminer une infection (température, pertes nauséabondes ± prélèvement vaginal).
- Dosage quantitatif plasmatique des hCG (positif à dix jours de grossesse).
- Échographie de préférence endovaginale, dont le but est de : localiser la grossesse (intra- ou extra-utérine), évaluer la vitalité embryonnaire (activité cardiaque visible à partir de 6 SA par voie endovaginale), rechercher la présence d'une masse latéro-utérine ou d'un épanchement (à quantifier).
- Injection d'immunoglobulines anti-D si rhésus négatif.

Résultats

Après avoir éliminé des signes de chocs nécessitant une prise en charge en urgence, il s'agira d'une grossesse extra-utérine jusqu'à preuve du contraire.

Plusieurs cas de figures sont possibles :

- hCG > 1 000 UI/ml et utérus vide à l'échographie endovaginale : grossesse extra-utérine ;
- hCG > 1 000 UI/ml et sac endo-utérin visible : menace de fausse couche ou fausse couche en cours d'expulsion ou menace d'un décollement placentaire ;
- hCG < 1 000 UI/ml et utérus vide : grossesse extra-utérine, menace de fausse couche ou fausse couche en cours d'expulsion ;
- hCG très élevées pour une grossesse débutante, image hétérogène dans l'utérus à l'échographie et souvent signes sympathiques de grossesse importants orientent vers une môle hydatiforme dont le diagnostic n'est qu'anatomopathologie.

En pratique

- Grossesse extra-utérine ou doute : avis spécialiste. Différents traitements pourront être envisagés selon la symptomatologie de la patiente : traitement médical

par injection de méthotrexate ou traitement cœliochirurgical de type salpingotomie (conservation de la trompe) ou salpingectomie (ablation de la trompe).

■ Menace de fausse couche : repos \pm arrêt de travail, prise en charge psychologique avec explications complètes et adaptées, antalgiques de type paracétamol et antispasmodique. La prise de progestérone naturelle ne semble pas modifier le devenir de la grossesse.

■ Fausse couche en cours d'expulsion : abstention thérapeutique, pas d'hospitalisation obligatoire à condition que la patiente soit entourée et en lui donnant les consignes d'usage (le risque hémorragique est faible). Prescription d'antalgiques et d'antispasmodiques éventuels. Si le terme est avancé (au-delà de 8 SA) ou la patiente seule et sans entourage aidant, un avis spécialisé doit être demandé pour évaluer l'intérêt d'un traitement médical de type misoprostol (*Cytotec*) ou d'un traitement chirurgical de type aspiration endo-utérine.

■ Quel que soit le diagnostic, prévoir l'injection d'immunoglobulines anti-D (*NatéaD* 100 μ g en intraveineux) dans les 72 heures au plus tard après les premiers saignements si la patiente est rhésus négatif.

■ Si infection, on devra traiter l'infection par antibiothérapie adaptée pendant au minimum 48 heures avant d'envisager une éventuelle aspiration.

■ Rétention post-avortement spontané ou interruption volontaire de grossesse : aspiration endo-utérine sous contrôle échographique.

► **Mots clés** : grossesse extra-utérine ; fausse couche ; échographie ; hCG ; immunoglobulines anti-D.

Références

www.ahsc.health.nb.ca/Emerg/miscarriagefr.shtml.

Lansac J. *L'obstétrique* (4^e éd.). Paris, Masson, 2003.

Question 11

Elle a eu une grossesse extra-utérine (GEU) et a été traitée médicalement. Comment la suivre à domicile ?

La demande

« Docteur, je reviens de la maternité où ma grossesse extra-utérine a été traitée par méthotrexate. Voici la lettre de votre collègue du réseau. »

Le préliminaire

Malgré ce traitement, la première crainte est la persistance de la grossesse.

Il faut se méfier également du risque d'infection et des effets secondaires du traitement.

À distance, il faudra vérifier la perméabilité de la trompe.

La première consultation

Le médecin doit prévenir la patiente des risques qu'elle encoure.

Il contrôle les β hCG à J4 et J7, puis une fois par semaine jusqu'à normalisation, avec bilan hépatique et NFS il vérifie le groupe rhésus et la réalisation de la prophylaxie anti-D si besoin.

Il conseille à sa patiente de le contacter en urgence en cas de douleurs, de saignements, de pertes anormales ou de fièvre.

Chacune de ces anomalies nécessiterait une hospitalisation en urgence dans le service spécialisé du réseau.

Il lui prescrit une contraception orale efficace pour trois mois, après un examen gynécologique complet (cf. Question 1).

Suivi

À trois mois, une échographie sera pratiquée afin de s'assurer de l'intégrité des annexes et de l'utérus, ce qui permettra de rassurer la patiente sur la possibilité d'une nouvelle grossesse.

S'il y a suspicion de pathologie tubaire, une hystérosalpingographie sera proposée.

Il sera opportun de dépister une dysplasie cervicale et une infection à *Chlamydia* (terrain à risque identique à celui de la GEU).

Le point de vue du gynécologue

Objectifs

Le traitement médical de la grossesse extra-utérine se fait par l'injection le plus souvent en intramusculaire de méthotrexate (agent antifolate, empêchant la multiplication cellulaire). Son action est donc longue. En moyenne, 28 jours, soit 4 semaines, sont nécessaires pour obtenir la négativation des hCG. Ces patientes doivent être non algiques ou faiblement algiques pour pouvoir supporter l'attente de la négativation des hCG. Elles doivent résider à moins d'une heure de trajet d'une structure médicale et doivent avoir connaissance des risques d'échec (25 % en moyenne). Ce traitement est possible chez 30 % des patientes présentant une grossesse extra-utérine. Le but de la surveillance à domicile sera donc :

- d'évaluer la tolérance de la grossesse extra-utérine (éliminer une rupture);
- d'évaluer la tolérance du traitement médical ;
- de surveiller la décroissance des hCG.

Diagnostic

L'interrogatoire

Recherche de symptômes nouveaux orientant vers des saignements ou une rupture tubaire (douleur, pesanteur, ballonnements, troubles digestifs).

Recherche les effets secondaires du traitement : ils sont rares car les doses habituellement utilisées sont faibles (50 mg/m² en une fois renouvelé une fois au maximum à une semaine d'intervalle). On retrouve dans 30 % des cas des troubles digestifs à type de nausées, douleur gastrique, dans 7 % des cas des stomatites et dans 3 % des cas des alopecies réversibles. Chez certaines patientes, on peut mettre en évidence une cytolysé hépatique, une toxicité médullaire à type de neutropénie, thrombopénie, anémie, une insuffisance rénale mais cela est exceptionnel (voir le *Vidal*) et la plupart du temps réversible. Le spécialiste qui aura mis en place un tel traitement se sera assuré au préalable que le bilan sanguin était normal.

Examen clinique

Absence de douleur à l'examen abdominal et au toucher vaginal.

Échographie endovaginale

Elle n'est absolument pas obligatoire puisque c'est la clinique qui nous permettra de dire si l'on peut continuer une simple surveillance. L'échographie peut mettre en évidence une masse latéro-utérine qui mettra longtemps à se résorber. Elle n'est donc pas un bon examen de surveillance d'une patiente asymptomatique ou paucisymptomatique.

hCG plasmatique

hCG plasmatique dans le même laboratoire à J4 après l'injection de méthotrexate puis à J7 et une fois par semaine jusqu'à négativation.

Résultats et traitement

- Nouveaux symptômes orientant vers une rupture ou une prérupture avec douleurs abdominales importantes : avis spécialisé en urgences pour une éventuelle hospitalisation.
- Effets secondaires du traitement : stomatite nécessite un traitement symptomatique de type lidocaïne gel pour permettre une alimentation, asthénie, infection, etc. Bilan sanguin complet éventuel et avis spécialisé.
- Si décroissance $<$ à 15 % des hCG entre J4 et J7 nécessite une deuxième injection de méthotrexate.
- Si décroissance $>$ à 15 % entre J4 et J7 surveillance une fois par semaine des hCG jusqu'à négativation.

► **Mots clés** : grossesse extra-utérine ; traitement médical ; hCG ; méthotrexate.

Références

Fernandez H. La grossesse extra-utérine. Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 1997.

Question 12

Elle a fait une fausse couche spontanée (FCS) ou une interruption volontaire de grossesse (IVG) traitée par curetage. Comment la suivre à domicile ?

La demande

« Mme X revient de maternité où sa FCS ou son IVG a été traitée par curetage. Vous devez en surveiller les suites. »

Le préliminaire

Malgré ce traitement, il existe le risque de l'évolution d'une grossesse gémellaire passée inaperçue.

Il faut se méfier également du risque d'infection.

À distance, il faudra vérifier l'intégrité de l'utérus (synéchies, béance du col).

La première consultation

Le médecin doit donner le temps à la patiente de s'exprimer sur cette interruption de grossesse pour lui permettre de débiter son travail de deuil.

Le médecin doit prévenir la patiente des risques qu'elle encoure.

Il lui prescrit un dosage des β hCG sériques à faire dans les 48 heures s'il y a persistance de signes de grossesse.

Il conseille à sa patiente de le contacter en urgence en cas de douleurs, de saignements abondants ou persistants, de pertes anormales ou de fièvre.

Chacune de ces anomalies nécessiterait une hospitalisation en urgence dans le service spécialisé ayant institué le traitement.

Il vérifie qu'une injection d'anti-D a bien été faite si la patiente est de rhésus négatif.

Il lui prescrit une contraception orale efficace pour six mois, après un examen gynécologique complet (cf. Question 1).

À cette date, une échographie sera pratiquée afin de s'assurer de l'intégrité des annexes et de l'utérus, ce qui permettra de rassurer la patiente sur la possibilité d'une nouvelle grossesse.

Le point de vue du gynécologue

Objectifs

Il n'y a pas de surveillance particulière à mettre en place dans un **pareil cas**. Cependant, il arrive que l'évolution de ces deux situations ne se fasse pas correctement pour deux raisons essentielles qui surviennent habituellement sept jours après l'aspiration : la rétention intra-utérine et/ou l'infection de type endométrite.

Il ne faut pas oublier de rechercher une éventuelle GEU ou môle hydatiforme passées initialement inaperçues.

Diagnostic

L'interrogatoire

- Recherche la persistance des saignements en quantité importante à distance de l'aspiration (sept jours).
- Recherche des signes d'infection : tachycardie, fièvre, douleur abdominale, pertes nauséabondes, etc.

Examen clinique

- Évaluation de l'importance des saignements au spéculum.
- Qualité des pertes avec prélèvement vaginal au moindre doute.
- Douleur à la mobilisation utérine voire des culs-de-sac vaginaux.

Échographie endovaginale

Elle est indispensable. Elle évaluera l'importance de la rétention éventuelle et permettra de poser l'indication d'une deuxième aspiration. Elle doit être précise, décrire la taille de la rétention et son aspect, elle recherchera une GEU et l'étude du Doppler utérin sera parfois utile pour le diagnostic.

hCG plasmatique optionnelle

Le dosage ne doit être réalisé que s'il existe un doute vis-à-vis d'une GEU ou d'une image de môle hydatiforme.

Traitement

Endométrite

- Hospitalisation selon la tolérance de la patiente.
- Traitement par antalgiques et antibiotiques après prélèvements bactériologiques et avis auprès d'un spécialiste : habituellement et de façon empirique, amoxicilline et acide clavulanique.

Rétention post-aspiration sans infection

Seconde aspiration sous contrôle échographique avec examen anatomopathologique (éliminer une GEU ou une môle hydatiforme).

Rétention post-aspiration avec infection

- Hospitalisation.
- Mise en route d'une antibiothérapie adaptée après prélèvements bactériologiques.
- Aspiration après 48 heures d'antibiothérapie si la patiente est apyrétique.

Ne pas oublier de vérifier que l'injection d'anti-D a bien été effectuée si la patiente est de groupe rhésus négatif. Proposer une contraception adaptée.

► **Mots clés** : fausse couche ; IVG ; aspiration ; rétention ; endométrite.

Références

www.ahsc.health.nb.ca/Emerg/miscarriagefr.shtml

Question 13

Elle a fait une fausse couche spontanée (FCS) ou une interruption volontaire de grossesse (IVG) traitée médicalement. Comment la suivre à domicile ?

La demande

« Mme X revient de maternité où sa FCS ou son IVG a été traitée médicalement. Vous devez en surveiller les suites. »

Le préliminaire

Malgré ce traitement, la première crainte est la persistance de la grossesse.

Il faudra se méfier également du risque d'infection.

Se méfier des effets secondaires du traitement.

À distance, il faudra vérifier l'intégrité de l'utérus (synéchies, béance du col).

La première consultation

Le médecin doit donner le temps à la patiente de s'exprimer sur cette interruption de grossesse pour lui permettre de débiter son travail de deuil.

Le médecin doit prévenir la patiente des risques qu'elle encourt.

Il conseille à sa patiente de le contacter en urgence en cas de douleurs, de saignements abondants ou persistants, de pertes anormales ou de fièvre.

Il lui prescrit un dosage des β hCG sériques à faire dans les 48 heures s'il y a persistance de signes de grossesse.

Chacune de ces anomalies nécessiterait une hospitalisation en urgence dans le service spécialisé ayant institué le traitement.

Il vérifie qu'une injection d'anti-D a bien été faite si la patiente est de rhésus négatif.

Après un examen gynécologique complet (cf. Question 1), il lui prescrit une contraception orale efficace pour six mois.

Une échographie sera pratiquée à cette date, afin de s'assurer de l'intégrité des annexes et de l'utérus, ce qui permettra de rassurer la patiente sur la possibilité d'une nouvelle grossesse. Néanmoins, le risque de synéchie en l'absence de geste endocavitaire est minime.

Le point de vue du gynécologue

Objectifs

Il n'y a pas de surveillance particulière à mettre en place dans un cas pareil. Le traitement médical habituellement utilisé dans les fausses couches est le *Cytotec*

par voie vaginale sans que l'on connaisse réellement la dose nécessaire et suffisante. Pour ce qui est de l'IVG médicamenteuse, le protocole est bien établi : il fait appel à la mifépristone (*Mifégyne*) et au misoprostol (*Cytotec*). Cependant, il arrive que l'évolution de ces deux situations ne se fasse pas correctement pour deux raisons essentielles :

- rétention post-fausse couche ou IVG ;
- surinfection de type endométrite (beaucoup plus rare qu'après une aspiration).
Avoir tout de même en arrière-pensée une éventuelle grossesse extra-utérine (GEU) ou môle hydatiforme.

Diagnostic

L'interrogatoire

- Recherche la persistance des saignements en quantité importante à distance du diagnostic.
- Selon le type de protocole :
 - certains proposent pour les fausses couches, après pose du *Cytotec*, plusieurs semaines (un mois en Angleterre) de surveillance avant toute intervention ;
 - d'autres ne laissent sortir la patiente qu'après l'expulsion en milieu hospitalier avec contrôle échographique de vacuité utérine ; en cas d'échec à 24 heures l'aspiration sera réalisée ;
 - s'il s'agit d'une IVG médicale, il faudra contrôler à une semaine si des saignements abondants persistent.
- Recherche des signes d'infection : tachycardie, fièvre, douleur abdominale, pertes nauséabondes, etc.

Examen clinique

- Évaluation de l'importance des saignements au spéculum.
- Évaluation de la tolérance psychologique de la patiente à « attendre » que cette fausse couche s'expulse.
- Qualité des pertes avec prélèvement vaginal au moindre doute.
- Douleur à la mobilisation utérine voire des culs-de-sac vaginaux.

Échographie endovaginale

Elle est indispensable. Elle confirmera le diagnostic de rétention pour poser l'indication d'une aspiration s'il s'agit d'une IVG ou d'une simple surveillance selon la tolérance clinique et psychologique de la patiente s'il s'agit d'une fausse couche.

hCG plasmatique optionnelle

Ils ne doivent être réalisés que s'il existe un doute vis-à-vis d'une GEU ou d'une image de môle hydatiforme.

Traitement

Endométrite

- Hospitalisation selon la tolérance de la patiente.
- Traitement par antalgiques et antibiotiques après prélèvements bactériologiques et avis auprès d'un spécialiste : habituellement et de façon empirique, amoxicilline et acide clavulanique.

Rétention

- Rétention une semaine après une IVG médicale ou plus pour une fausse couche : aspiration sous contrôle échographique avec examen anatomopathologique (éliminer une GEU ou une môle hydatiforme)

Rétention avec infection

- Hospitalisation.
- Mise en route d'une antibiothérapie adaptée après prélèvements bactériologiques.
- Aspiration après 48 heures d'antibiothérapie si la patiente est apyrétique.
Ne pas oublier de vérifier que l'injection d'anti-D a bien été effectuée si la patiente est de groupe rhésus négatif. Proposer une contraception adaptée.

► **Mots clés** : fausse couche ; IVG ; traitement médical ; rétention ; endométrite ; misoprostol ; Mifégyne.

Références

www.ahsc.health.nb.ca/Emerg/miscarriagefr.shtml

Question 14

Elle a fait trois fausses couches consécutives, que faire ?

La demande

« Docteur, c'est ma troisième fausse couche. Il serait peut-être temps de faire quelque chose ! »

Le préliminaire

Il y a deux catégories de fausse couche spontanée (FCS) : jusqu'au deuxième mois et de deux à quatre mois.

Il paraît nécessaire de faire un bilan à partir de la troisième fausse couche.

Il y a un bilan commun à toutes, mais entre deux et quatre mois il y a plus de causes anatomiques (béance du col et malformations utérines).

Il est démontré que les problèmes d'ordre psychologique aggravent notablement les risques de fausses couches.

La prise en charge du couple est indispensable, en prenant en compte ses craintes et son ressenti.

La première consultation

Le médecin, avec empathie doit s'employer à répondre à l'angoisse de la patiente. Il va la rassurer tout en lui expliquant la nécessité d'un bilan.

Si la FCS est récente, il va faire un examen approfondi (cf. Questions 1 et 13) ; sinon il s'agit d'une consultation de prévention qui, sauf pathologies intercurrentes, ne nécessite pas d'examen.

S'il s'agit de FCS avant deux mois, le médecin explique à sa patiente qu'il s'agit le plus souvent de malformations fœtales lourdes incompatibles avec la vie.

Par contre, entre les deuxième et quatrième mois de la grossesse, il s'agit plutôt d'anomalies ou de malformations utérines.

Il lui prescrit le bilan en lui en faisant comprendre les enjeux :

- bilan hormonal (FSH, LH, œstradiol, progestérone, 17 OH) ;
- une échographie pelvienne à la recherche d'anomalies utérines mais surtout pelviennes ;
- une hystérosalpingographie pour détecter toute anomalie utérine et vérifier l'intégrité tubaire ;
- des prélèvements vaginaux et sérologie à la recherche d'infections.

Dans un second temps, il peut l'orienter vers un généticien pour caryotype, ainsi que son conjoint.

Il l'adresse avec tous ces résultats dans un service spécialisé, même en l'absence d'anomalies patentées.

Le point de vue du gynécologue

Définition

Trois interruptions spontanées de grossesse consécutives survenant avant 20 SA : ces patientes constituent un groupe à haut risque de voir survenir une nouvelle fausse couche. Le bilan étiologique sera positif dans plus de 75 % des cas et une prise en charge sera possible voire souhaitable.

Le bilan

Il n'y a pas d'urgence mais cela ne signifie pas délai ou abstention de prise en charge, car la détresse de ces couples est importante.

■ Comme tout problème d'infécondité, il est souhaitable de voir le couple en consultation.

■ Le premier examen est clinique, l'âge des parents, leurs mensurations (indice de masse corporelle [IMC]), leurs antécédents personnels et familiaux (*Distilbène*, génétiques) sont importants.

■ Il est utile de recueillir les circonstances précises des trois épisodes (date, terme, menace d'avortement, etc.), les gestes pratiqués (aspiration, curetage, protocole d'expulsion médicamenteuse), ainsi que les résultats d'une éventuelle analyse histologique des produits d'expulsion.

■ L'examen clinique général sera précis et orienté vers la recherche de signes associés pouvant faciliter le bilan étiologique. L'examen gynécologique vérifiera l'absence de pathologie vulvaire, vaginale, cervicale, utérine et pelvienne. Il est indispensable de poser un spéculum. Cet examen permet d'éliminer une pathologie malformative (cloison vaginale, utérus bicervical, atrophie cervicale), de rechercher une infection, d'effectuer un frottis si la date du dernier est trop ancienne. Le toucher vaginal permet d'apprécier la taille et la mobilité de l'utérus. Il peut dépister des anomalies annexielles. Le test à la bougie permet de dépister des béances cervicales.

■ Il est utile de vérifier si les sérologies rubéoles, toxoplasmose, syphilis (VIH et VHC si besoin) sont connues.

À l'issue de la première consultation, **les examens complémentaires** permettant la recherche des principales étiologies doivent être prescrits. Sont justifiés et suffisants en première intention :

- prélèvement vaginal si besoin avec recherche de *Chlamydia* et mycoplasme ;
- vérification de la qualité ou prescription de l'échographie endovaginale (celle-ci doit permettre d'éliminer malformation, polype, ou fibrome utérins, et masse annexielle). L'hystérosalpingographie n'est pas utile sauf si suspicion de malformation et impossibilité d'avoir une échographie en trois dimensions ;
- prise de sang comportant :
 - bilan hormonal : FSH, LH, E2, prolactine, TSH,
 - bilan sanguin : NFS, Pla, CRP, glycémie à jeun, créatininémie,
 - bilan de coagulation : TP, TCA, fibrinogène et facteur VIII, recherche de protéine C, S, antithrombine III, homocystéinémie, recherche des mutations génétiques après accord écrit des patientes portant sur les mutations de facteurs II

(G20 210 A) et V de Leiden et méthylène-tétra-hydrofolate réductase (MTHFR),

- bilan immunologique :
 - Ac antiprothrombinase,
 - Ac anticardioplipidiques,
 - Ac antinucléaires,
 - anticoagulants circulants,
 - bilan génétique avec caryotype des deux parents (consentement écrit et lettre de demande),
- si possible, anatomopathologie du produit d'aspiration et caryotype.

Une seconde consultation avec résultats des examens prescrits est possible, elle orientera vers une consultation spécialisée selon la pathologie retrouvée (généticien, rhumatologue, endocrinologue, hématologue). Il est également possible de conseiller à la patiente de consulter directement un gynécologue avec les résultats des examens.

La patiente doit posséder un double de tous les résultats d'examen, il faut l'informer qu'elle devra les présenter lors de la consultation spécialisée.

La conduite à tenir

Le médecin généraliste pourra proposer à la patiente :

- un conseil génétique si anomalie génétique connue ou retrouvée ;
- un traitement des infections cervicovaginales ;
- un traitement des anomalies utérines : résections de cloisons utérines ou de polypes endométriaux, myomectomies ou cure de synéchies ;
- équilibrer un diabète ou une dysthyroïdie ;
- entreprendre un traitement immunologique en accord avec le spécialiste : par aspirine et/ou anticoagulants en présence d'une thrombophilie ou corticothérapie devant un lupus.

Il est nécessaire de rappeler à la patiente que dans près d'un quart des cas, aucune étiologie n'est retrouvée. Le risque de récurrence est important et augmente avec le nombre de fausses couches.

Enfin il est capital que ce couple soit pris en charge psychologiquement, que ses craintes et son ressenti soient pris en compte. Les patientes doivent être rassurées. En effet, le risque de fausses couches est multiplié par trois en présence de problèmes d'ordre psychologique. Il est par ailleurs démontré qu'une simple prise en charge attentionnée est efficace. L'utilité du généraliste à cet effet est capitale.

► **Mots clés** : fausse couche ; immunologie ; thrombophilie ; utérus ; malformation.

Références

www.ahsc.health.nb.ca/Emerg/miscarriagefr.shtml

www.esculape.com/1_sommaireframe.html

Faure GC *et al.* Fausse couches à répétition quel bilan immunologique. *Gynecol Obstet Fertil*, 2003, 31(9):786-8.

Question 15

Elle va avoir une interruption médicale de grossesse (IMG) pour malformation fœtale. Que faire, que dire ?

La demande

« Docteur j'ai fait l'échographie (22 SA), on m'a dit qu'il n'a pas de cerveau. Qu'est ce que l'on va faire ? »

Le préliminaire

Une interruption thérapeutique de grossesse peut se faire quelque soit le terme. La femme peut refuser l'IMG.

La première consultation

Le médecin écoute la patiente avec empathie. Il lui laisse le temps d'exprimer ses angoisses. Il va lui expliquer que la malformation est létale et qu'il est possible d'interrompre la grossesse. Il va aider la patiente (par une information précise et objective) à prendre sa décision qu'il devra respecter, sans donner son avis. Il l'adresse au service spécialisé et l'accompagnera avant et après l'IMG, toujours très douloureuse à vivre pour le couple.

Le point de vue du gynécologue

En France, la loi autorise le recours à une interruption médicale de grossesse (IMG) quel que soit le terme de la grossesse lorsqu'il existe une forte probabilité pour que l'enfant à naître soit atteint d'une pathologie d'une particulière gravité reconnue comme incurable au moment du diagnostic (art. 13 de la loi 94-654 du 29 juillet 1994). En France, en 2006, près de 6 787 interruptions de grossesse ont été réalisées (Agence de la biomédecine, Rapport annuel, bilan des activités 2007).

Quelles sont les circonstances pouvant mener à l'IMG ?

Le législateur n'a volontairement fixé aucune liste des pathologies fœtales justifiant de l'IMG. Les centres pluridisciplinaires de diagnostic prénatal (CPDPN) agréés par le ministère de la Santé assurent un rôle de « contrôle » des indications d'IMG et délivrent les attestations indispensables à la réalisation de celle-ci. La loi du 29 juillet 1994 précise que, pour que l'IMG puisse être acceptée, il est indispensable que deux médecins, dont un au moins est un médecin agréé d'un CPDPN, aient attesté que l'enfant à naître est atteint d'une pathologie entrant

dans le cadre de l'article 13 de la loi du 29 juillet 1994. Il faut également préciser qu'interrompre la grossesse n'est pas une demande devant provenir des médecins mais bien au contraire du couple lui-même. Les principales circonstances conduisant à une IMG sont les suivantes.

Les anomalies chromosomiques

L'acceptation d'une IMG pour une anomalie chromosomique considérée comme létale (trisomie 13, 18) ne se discute généralement pas. Pour les anomalies comme la trisomie 21 ou certaines anomalies de structure pour lesquelles le risque de retard mental est proche, ou égal à 100 %, l'acceptation des CPDPN est également la règle. Certaines anomalies numériques (45X ou autres anomalies des gonosomes), ou certaines anomalies de structures pour lesquelles le phénotype est plus incertain ou le handicap moins sévère, peuvent donner lieu à discussion. Lorsque l'avis de l'équipe est partagé il est important de tenir compte des arguments apportés par le couple qui souhaite renoncer à la poursuite de la grossesse.

Certaines malformations

Ce sont principalement :

- les polymalformations ;
- les cardiopathies pour lesquelles la restauration anatomique ne peut être espérée (interventions seulement palliatives) ;
- les malformations du système nerveux central associées à un retard mental (dans certains cas une forte probabilité seulement, par exemple l'agénésie du corps calleux) ou à un handicap moteur ou sensoriel majeur (cécité, surdité, paraplégie) ;
- les malformations ou anomalies uronéphrologiques qui s'accompagnent d'une insuffisance rénale terminale à la naissance ;
- certaines anomalies thoraciques associées à un pronostic respiratoire très altéré (certaines formes de hernie diaphragmatique) ;
- certaines anomalies digestives ayant un risque certain ou majeur de syndrome du « grêle court ».

D'autres cas, donnant lieu à une discussion dans laquelle interviennent le type d'anomalie, la demande du couple et ses antécédents, et le terme, peuvent parfois aussi conduire à une IMG.

Certaines infections fœtales

Il s'agit surtout des infections à *Toxoplasma gondii* avec contamination fœtale (prouvée par un prélèvement) et atteinte fœtale (mise en évidence à l'échographie), des infections à cytomégalovirus, et plus rarement celles survenues à un terme précoce et liées aux virus de la varicelle ou de la rubéole.

Retard de croissance intra-utérin (RCIU)

Certains RCIU sévères et précoces, liés à des formes majeures d'insuffisance placentaire, et pour lesquels il n'est pas possible d'espérer une évolution de la grossesse jusqu'à un terme suffisamment avancé pour espérer donner une chance significative de survie à l'enfant.

Certaines situations à risque génétique

Il s'agit principalement de génopathies de transmission autosomiques dominantes ou récessives mais aussi liées à l'X pour lesquelles un ou plusieurs cas familiaux sont rapportés. Il peut également s'agir du diagnostic d'un cas index possible par des signes échographiques (ex : mucoviscidose, myopathie...).

Indications maternelles

Les indications maternelles d'IMG sont plus rares, elles représentent moins de 5 % des indications d'IMG. Les situations les plus fréquemment rencontrées sont les cardiopathies maternelles sévères (avec HTA pulmonaire), les cancers maternels, certaines néphropathies sévères.

La non-acceptation de l'IMG

Certaines situations peuvent amener à s'opposer à une demande forte d'IMG de la part du couple. Une prise en charge médicale et psychologique étroite, par un nombre minimum d'intervenants, peut, après avoir apporté des éléments de compréhension par rapport à cette demande, permettre de faire accepter cet enfant par un couple au départ réticent.

Quelles sont les étapes de la réalisation de l'IMG ?

Consultation d'IMG

Lorsque la décision est prise, il est nécessaire de revoir le couple en consultation afin d'expliquer au mieux le déroulement de l'IMG. Cette consultation est difficile. Le couple est encore en état de choc ou au stade de révolte. Il désire souvent une évacuation rapide de l'utérus, sans risque et indolore. Une césarienne est souvent demandée car elle est associée dans l'esprit des couples au caractère indolore et rapide de l'évacuation utérine. La consultation doit être réalisée par un médecin ayant l'expérience de la prise en charge des IMG. Il contrôle que le couple est en accord avec l'indication d'IMG. Un formulaire de consentement n'est pas obligatoire, mais il existe dans certains services. Le médecin doit par contre vérifier la présence des certificats des deux médecins experts. Le couple est informé des procédures techniques qui vont être utilisées, de la durée variable de ces procédures ainsi que des risques de complications. La prise en charge de la douleur physique et morale est abordée lors d'une consultation avec l'anesthésiste : discussion des moyens d'analgésie, recherche de contre-indications. Une troisième consultation est proposée le même jour avec le ou la psychologue. Les problèmes du fœticide et de l'autopsie sont abordés ainsi que les démarches administratives en rapport avec les déclarations à l'état civil et le devenir du corps.

Hospitalisation

On privilégie une hospitalisation en chambre seule, mais non à l'écart du service d'obstétrique car ce sont les professionnels d'obstétrique – obstétriciens, sage-femme, aides-soignantes – qui sont le plus « spécialisés » pour l'accompagnement de ces parturientes, lourd sur le plan psychologique, et dont le sentiment de culpabilité pourrait être majoré par une mise à l'écart.

IMG proprement dite

Voir *infra* : les techniques de l'IMG.

Suites obstétricales immédiates

On proposera aux parents de voir leur enfant lorsque le terme et l'aspect de son corps le permettent. L'enfant est habillé. Il est montré par une personne de l'équipe soignante. Cela permet aux parents de faire le deuil. La bromocriptine (*Parlodel*) est prescrite à partir de 15 SA pour éviter la montée laiteuse. La prévention de l'incompatibilité rhésus doit être réalisée pour toutes les femmes rhésus négatif. Si les suites sont simples, la sortie pourra être envisagée rapidement.

Prise en charge psychologique

Le soutien psychologique est d'abord assuré par les membres de l'équipe soignante : sage-femme, obstétricien, anesthésiste, personnel soignant. L'ensemble du personnel veillera à proposer, sans imposer, une consultation avec un psychologue permettant un accompagnement qui facilite le travail de deuil dans les suites.

Consultation post-IMG

Elle doit être faite par le médecin qui a pris en charge la patiente pour l'IMG. Elle permet d'expliquer au couple les causes et mécanismes supposés de la pathologie ayant conduit à l'IMG, les risques de récurrence et les modalités de surveillance et de prise en charge d'une éventuelle grossesse ultérieure. Elle doit bien entendu n'être effectuée que lorsque les résultats des examens de fœtopathologie sont récupérés. Les parents peuvent parfois être adressés à un généticien s'il est nécessaire d'évaluer un risque de récurrence.

Enfin, il ne faudra pas hésiter à revoir le couple en consultation préconceptionnelle avant une nouvelle grossesse afin de refaire préciser les modalités de surveillance de cette future grossesse (acide folique, surveillance échographique, prélèvement fœtal).

Quelles sont les techniques de l'IMG ?

Au premier trimestre

Les techniques utilisées sont les mêmes que pour des interruptions volontaires de grossesse : chirurgicale ou médicale.

Technique chirurgicale

Une préparation cervicale est recommandée (*Mifégyne* 600 mg *per os* 36 h avant l'aspiration ou *Cytotec* 400 µg par voie vaginale 2 h avant l'aspiration). L'évacuation utérine est réalisée par aspiration, éventuellement sous contrôle échographique. Cette technique ne permet pas d'examen fœtopathologique, et si cet examen est indispensable, la technique médicale est privilégiée.

Technique médicale

Elle associe la prise de *Mifégyne* (600 mg *per os* 36 h avant l'IMG) suivie de prostaglandines (*Cytotec* 400 µg par voie vaginale toutes les 3 h jusqu'à expulsion complète). Un contrôle échographique de la vacuité utérine est recommandé.

Au deuxième ou au troisième trimestre

Les techniques médicales sont privilégiées et l'association la plus utilisée est *Mifégyne* (600 mg *per os* 36 h avant l'IMG), préparation de la dilatation cervicale par pose de laminaires la veille de l'IMG puis, sous analgésie péridurale et après réalisation d'un geste fœticide (injection intracordone de 2 mg de *Sufentanil* et de 5 à 20 ml de *Xylocaine* 1 % non adrénalinée), rupture des membranes et *Cytotec* 400 µg par voie vaginale toutes les 3 h jusqu'à expulsion complète. Dans les termes de plus de 34 SA, le *Syntocinon* peut être envisagé.

Après l'IMG

Au-delà de 22 SA ou si le poids est de plus de 500 g, qu'il y ait eu ou non un fœticide, le fœtus est considéré comme un enfant présenté sans vie. Les parents doivent donc lui attribuer un prénom, il figure sur le livret de famille et a le droit à une inhumation. Par ailleurs, passé ce terme, la mère bénéficie d'un congé maternité.

Avant 22 SA et 500 g de poids, il n'était réalisé, jusqu'à la parution des décrets 2008-798 et 2008-800 du 20 août 2008, aucun acte civil. Le fœtus pouvait, suite à des accords locaux passés avec certains services de l'état civil, faire l'objet d'une inscription sur un registre d'embryon (non officiel) et bénéficier d'une crémation avec dispersion des centres dans un « jardin du souvenir » de certains funéraires. Depuis peu il est possible de déclarer à l'état civil les fœtus nés sans vie à moins de 22 SA et de moins de 500 g. Les fœtus présentés sans vie à ce stade pourront donc obtenir des funérailles et avec cela une reconnaissance familiale, ce qui est présenté par les défenseurs de cette façon de faire comme une véritable avancée, permettant de favoriser le travail de deuil des parents mais aussi une possibilité d'accès à des avantages pécuniaires ultérieurs.

► **Mots clés** : diagnostic prénatal ; malformations ; dépistage ; échographie ; interruption de grossesse.

Références

- Body G, Perrotin F, Guichet A, Paillet C, Descamps P. *Pratique du diagnostic prénatal*. Paris, Masson, 2001.
- Mirlesse V. *Interruption médicale de grossesse pour pathologie fœtale*. Paris, Medecine-Sciences Flammarion, 2002.

Question 16

Elle est enceinte et a un herpès génital

La demande

« Docteur, je viens pour ma consultation du quatrième mois et j'ai peur que mon herpès génital ne récidive. Est-ce dangereux pour mon enfant ? »

Le préliminaire

Le danger de l'herpès génital est uniquement lié au contact direct lors de l'accouchement par voie basse.

Lors de poussées avérées ou suspectées dans un délai de sept jours avant l'accouchement, celui-ci doit être fait par césarienne.

Pendant la grossesse et à distance de l'accouchement, les infections herpétiques peuvent être traitées par aciclovir, cela réduit le risque de récurrences lors du terme.

La première consultation

Le médecin commence par l'interrogatoire et l'examen clinique complet (cf. Question 1).

Il lui confirme la présence de son herpès génital et lui prescrit le traitement.

Il lui rappelle qu'à ce terme, il n'y a aucun risque pour le fœtus, mais qu'une nouvelle récurrence proche de l'accouchement nécessiterait peut-être une césarienne.

Au sixième mois, il l'adressera dans un service spécialisé avec les informations nécessaires qui permettront à l'obstétricien de prendre en charge cette fin de grossesse sans risques pour l'enfant.

S'il s'agit d'une primo-infection ou qu'il y a un doute d'herpès génital, il peut alors faire un prélèvement virologique.

Le point de vue du gynécologue

5 % des femmes enceintes ont un antécédent clinique d'herpès génital. Mais 75 % séropositifs sont complètement asymptomatiques.

L'agent causal de l'herpès est le virus dit *Herpes simplex* de type 1 et 2 :

- HSV2 est retrouvé dans 80 à 90 % des herpès génitaux, il est responsable des récurrences ;
- HSV1 est incriminé dans l'herpès labial essentiellement, il est parfois génital en situation de rapports orogénitaux.

Le mode d'infestation est variable, il peut s'agir d'une contamination interhumaine type maladie sexuellement transmissible par contact direct avec un sujet

atteint (poussée symptomatique/excrétion virale asymptomatique/poussée non diagnostiquée) ou d'une contamination fœtale en per-partum par lésions filière génitale ou enfin d'une rare contamination transplacentaire. C'est le risque per-partum qu'il ne faut pas méconnaître.

Ce virus est caractérisé par une immunité humorale peu efficace sur les récurrences.

Diagnostic

Il est important de faire le diagnostic, celui est souvent facile et cliniquement évocateur, reconnu par la patiente devant des antécédents d'herpès génital, associé à une éruption vésiculeuse puis à des ulcérations génitales. Il est parfois plus délicat, mais la primo-infection est souvent très symptomatique avec douleurs et vésicule typique.

Il est nécessaire de confirmer le diagnostic devant une primo-infection ou devant un doute diagnostique ou parfois en fin de grossesse avant l'accouchement.

Diagnostic virologique

Diagnostic direct

- Cytologie : coloration permettant le diagnostic d'infection herpétique par mise en évidence de la ballonnisation cellulaire et de la margination de la chromatine. Manque de spécificité, examen rapide, faible coût et absence de milieu de transport.
- Isolement sur culture : écouvillonnage des lésions, il demande 48 heures.
- Transport rapide sur milieu de transport.
- Technique sensible et rapide par diagnostic de l'effet cytopathogène.
- Typage viral.

Diagnostic indirect

- Sérodiagnostic : peu d'intérêt dans la démarche diagnostique.
- La présence d'IgM n'affirme pas la primo-infection.
- Primo-infection : séroconversion ou ascension significative du taux d'Ig à quinze jours d'intervalle.

Le risque fœtal

Épidémiologie

50 à 75 % des enfants nés pendant une poussée de primo-infection herpétique feront un herpès néonatal. HSV2 est responsable de 75 à 85 % des herpès néonataux. En présence d'une récurrence maternelle symptomatique à l'accouchement le risque est de 4 %. En l'absence, il est de 0,04 %.

Clinique

- J2 à J20 de vie : éruption vésiculeuse, forme localisée ou atteinte multiviscérale.
- J11 en moyenne : méningo-encéphalite de mauvais pronostic.

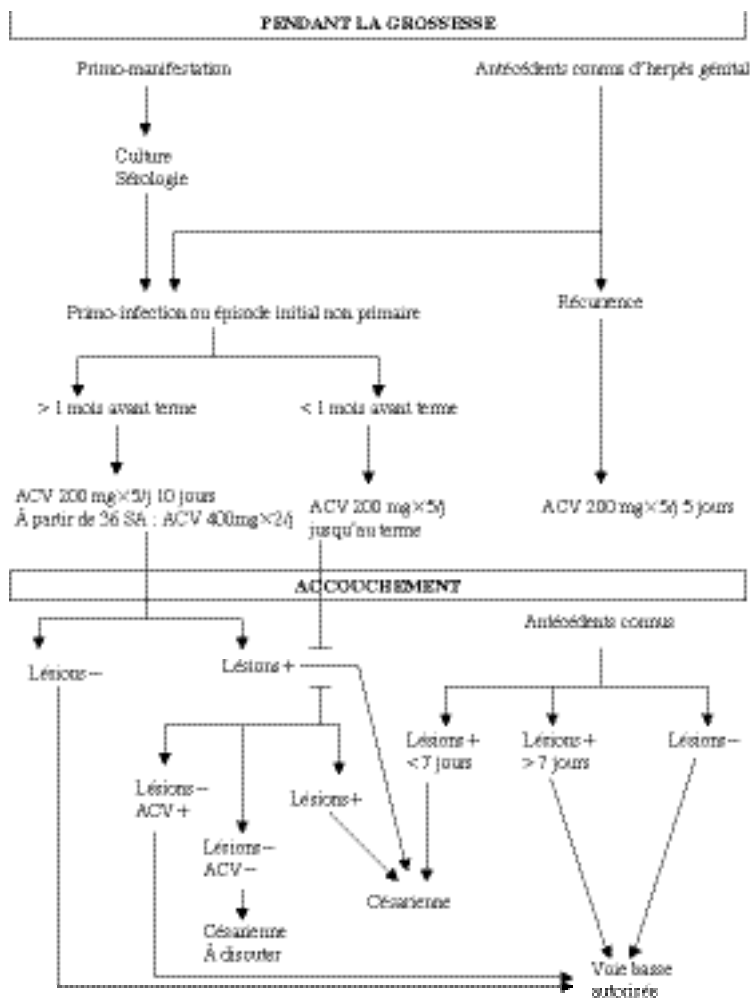


Fig. 16.1
Traitement de l'herpès pendant la grossesse et lors de l'accouchement.

Pronostic

Précocité des diagnostics maternel et néonatal pour rapidité d'instauration du traitement. L'aciclovir (ACV ou *Zovirax*) ou le valaciclovir (*Zélitrex*), qui doit lui être préféré, ont démontré leur efficacité pour réduire la fréquence des crises d'herpès en fin de grossesse et diminuer le taux de césariennes prophylactiques.

La césarienne prophylactique

Devant des lésions cliniques, une césarienne prophylactique sera proposée si les lésions datent de moins de 7 jours pour une récurrence ou quel qu'elles soient pour une primo-infection.

En l'absence de lésion, seule une primo-infection datant de moins d'un mois et sans traitement par aciclovir fera discuter la césarienne.

Si la voie basse est maintenue, traitement systématique du nouveau-né par aciclovir IV après prélèvement.

Traitement

Traitements antiviraux + topiques anesthésiants (tableau 16.1).

Tableau 16.1
Traitements antiviraux + topiques anesthésiants

Primo-infection	
Topiques anesthésiants	Bain de siège aseptisant suivi de séchage puis crème émollissante, pomade anesthésiante
Antiviral	Aciclovir (ACV) <i>Zovirax</i> 1 g/j en 5 prises pendant 10 jours
Récurrence	
Antiviral	Aciclovir (ACV) 1 g/j en 5 prises pendant 5 jours

Traitement pendant la grossesse : valaciclovir 250 : 500 mg × 2/j pendant sept jours associé à des antalgiques si nécessaire. à la même posologie qu'en dehors de la grossesse.

Principe : prévenir le risque de transmission foetale en évitant contact entre foetus et virus (figure 16.1).

Il faut également faire attention dans le post-partum pour éviter tout contact entre le nouveau-né et les lésions.

► **Mots clés** : herpès ; grossesse ; césarienne ; aciclovir.

Références

Recommandations de l'Anaes 2002.
www.esculape.com/fmc/grossesseherpes.html

Question 17

Elle est enceinte et a une toxoplasmose

La demande

« Docteur, je vous ramène mes examens pour la déclaration. On m'a dit au laboratoire qu'il fallait que je vous voie pour la toxoplasmose. Ça ne m'inquiète pas car ma nièce de dix ans en a fait une l'année dernière. »

Le préliminaire

La séroconversion de toxoplasmose n'est à risques que pendant la vie *in utero*.

Plus elle est précoce, plus l'atteinte fœtale est grave mais moins elle est fréquente.

Le suivi sera assuré conjointement avec un service spécialisé, compte tenu de la gravité potentielle.

Le traitement par spiramycine (*Rovamycine*) est d'autant plus efficace qu'il est donné dans la semaine suivant la séroconversion.

La première consultation

À l'interrogatoire, le médecin vérifie la séroconversion (deux sérologies à trois semaines d'intervalle) et pratique ensuite un examen gynécologique complet (cf. Question 1).

Il informe la patiente des risques encourus.

Il lui prescrit la *Rovamycine*.

Il lui explique la nécessité d'un contrôle biologique, d'un suivi échographique régulier (par un échographiste habitué au dépistage des malformations fœtales) et d'une amniocentèse, tout en l'informant des risques inhérents au geste.

Il l'adresse dans un service spécialisé avec les informations nécessaires.

Le point de vue du gynécologue

En France, 54 % des femmes sont immunisées contre la toxoplasmose. Le taux de contamination pendant la grossesse, pour les femmes non immunisées est de 3,1 pour 1 000.

L'agent causal est un parasite, *Toxoplasma gondii*, transmis par le chat.

La contamination maternelle se transmet par voie orale à partir des oocystes (réservoir tellurique par mains souillées ou aliments) ou à partir des kystes (réservoir alimentaire viande insuffisamment cuite). La contamination fœtale survient par atteinte placentaire après parasitémie maternelle sous forme de trophozoïte.

Diagnostic

Le diagnostic clinique est peu spécifique (asymptomatique [60 %], polyadénopathies, syndrome pseudo-grippal) et de ce fait il sera souvent sérologique, rappelons que la sérologie de toxoplasmose est obligatoire pour toute déclaration de grossesse afin de connaître le statut des patientes. La séroconversion sera affirmée par deux techniques sérologiques obligatoires l'une quantifiant les IgG, l'autre les IgM et sur deux dosages effectués dans le même laboratoire à trois semaines d'intervalle (figure 17.1).

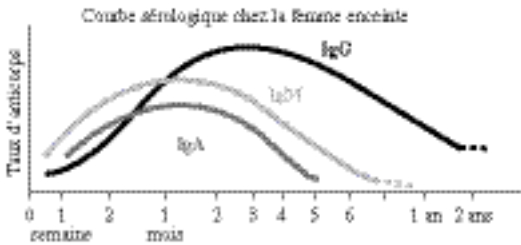


Fig. 17.1
Cinétique des anticorps toxoplasmiques (d'après esclape.com).

IgG

- Apparition après la première semaine après la contamination.
- Taux maximal à la fin du deuxième mois suivi d'un plateau.
- Persistance d'un taux résiduel.

IgM

- Marqueur en général d'une infection récente.
- Apparition dès la première semaine après la contamination.
- Taux maximal vers la deuxième semaine après la contamination.
- Disparition dans 90 % des cas en quatre mois, persistance prolongée pour 10 %.
- Faux positifs (facteur rhumatoïde, IgM dirigées contre un autre micro-organisme).

IgA

- Marqueur précoce de l'infection (fort titre en faveur infection récente de deux à trois mois).
- Apparition dès le premier mois.
- Disparition après quatre mois.

Détermination de l'affinité des anticorps

- Marqueur d'une primo-infection récente.
- Faible affinité en début d'infection.

Interprétation

- Premier prélèvement IgG+ et IgM+ : infection récente possible.
 - Second prélèvement IgM stable : infection datant de plus de deux mois.
 - Augmentation des IgM : infection récente.
- Premier prélèvement IgG- et IgM+ : début d'infection ou IGM non spécifique.
 - Second prélèvement : IgM+ et IgG présentes : infection récente.
 - IgG absente : IgM non spécifique et absence d'immunité contrôle mensuel.
- Premier prélèvement IgG+ et IgM- : infection ancienne probable.
 - Second prélèvement : IgM- et IgG stable : infection ancienne.
 - Augmentation des IgG : soit réactivation sérologique soit primo-infection sans IgM.
- Premier prélèvement IgG- et IgM- : absence d'immunité.
 - Second prélèvement : IgM- et IgG- même conclusion.
 - IgG- et IgM+ : début d'infection ou IgM non spécifique.
 - IgG+ et IgM+ : séroconversion récente à confirmer.
 - IgG+ et IgM- : Primo-infection sans IgM+.

Devant une suspicion de séroconversion, il convient de mettre la patiente sous traitement et d'envisager un diagnostic prénatal par méthode d'amplification d'acide nucléique (PCR) sur liquide amniotique.

Il faut prélevé du liquide amniotique par amniocentèse après 18 SA (après un délai minimum de quatre semaines après infection maternelle). Sensibilité et spécificité proche de 100 %.

La recherche complémentaire du parasite par inoculation à la souris de liquide amniotique (après centrifugation) est toujours effectuée.

Les risques fœtaux

Le risque fœtal est la toxoplasmose congénitale avec :

- malformation cérébrale : hydrocéphalie, calcifications intracrâniennes, microcéphalie ;
- atteintes oculaires : chorioretinite, microphthalmie, cataracte ;
- atteinte hépatique (plus rare) : hépatomégalie, ascite.

La contamination fœtale est fonction :

- du terme d'infection : risque augmente avec âge de la grossesse mais la gravité de l'atteinte fœtale est inversement proportionnelle au terme ;
- de la précocité de mise en place du traitement : l'introduction d'un traitement maternel par spiramycine dès la connaissance de la séroconversion diminue de 50 % le risque d'atteinte fœtale (thérapeutique inefficace si le parasite a franchi le placenta).

En cas de séroconversion au premier trimestre, le risque de transmission materno-fœtale est faible, inférieur à 5 %, mais les complications fœtales sont souvent gravissimes. Si la séroconversion survient au cinquième mois, le risque de contamination fœtale est de l'ordre de 10 à 20 %. Dans les séroconversions

du troisième trimestre, le risque de transmission maternofoetale est plus important, supérieur à 50 %, mais les atteintes foetales sont habituellement limitées (surtout oculaires).

Traitements

Diagnostic de séroconversion maternelle

Instauration d'emblée d'un traitement par macrolide type spiramycine (*Rovamycine*) : 9 millions d'unité par jour soit trois comprimés à 3 millions en trois prises. Si intolérance possibilité de traitement par azithromycine (*Zithromax*).

Surveillance échographique mensuelle.

Absence d'atteinte foetale (PCR et inoculation à la souris négatives)

Poursuite du traitement par spiramycine jusqu'à l'accouchement.

Poursuite de la surveillance échographique mensuelle.

Atteinte foetale confirmée

- Si lésions échographiques sévères : l'interruption de la grossesse est discutée.
- En l'absence de lésions foetales péjoratives : instauration d'un traitement parasiticide actif *in utero* : pyriméthamine (*Malocide*) 50 mg/j soit 1 cp/j et sulfadiazine (*Adiazine*) 3 g/j soit 2 cp × 3/j par cures de quatre semaines entrecoupées de deux semaines de spiramycine (mêmes doses que ci-dessus) avec adjonction d'un traitement par acide folique (*Osofolate 25*) 50 mg/sem soit 2 cp/sem ; traitement poursuivi jusqu'à la fin de la grossesse.

Surveillance maternelle de la NFS avant traitement et une fois par semaine.

► **Mots clés** : grossesse ; toxoplasmose ; amniocentèse ; sérologie.

Références

www.esculape.com/fmc/grossesstetoxo.html

Question 18

Elle est enceinte et a une rubéole

La demande

« Docteur, je suis très inquiète. Il y a quinze jours pour la déclaration, vous m'avez informée que je n'étais pas immunisée contre la rubéole, alors que vous m'aviez vaccinée il y a 20 ans. J'ai passé la journée d'hier avec ma petite nièce qui a déclaré la rubéole ce matin. Je suis très inquiète. »

Le préliminaire

La séroconversion de rubéole au cours des trois premiers mois est toujours un risque gravissime pour le fœtus et pose la question de l'interruption médicale de grossesse.

La première consultation

Il confirme les inquiétudes de sa patiente tout en lui expliquant que le contage n'est pas encore certain.

Il prescrit de nouveaux examens biologiques afin de vérifier la séroconversion.

Consultation suivante

Il revoit la patiente dès que le laboratoire l'a informé des résultats.

Si la séroconversion est confirmée, il l'informe avec empathie des risques encourus par le fœtus et prend le temps de lui laisser exprimer son désarroi.

Il confie sa patiente à un service spécialisé en diagnostic anténatal et en conseil génétique qui pratiquera les examens nécessaires.

Le spécialiste lui donnera toutes les informations pour qu'elle puisse prendre sa décision.

Le point de vue du gynécologue

Pathologie active actuellement dans les pays en voie de développement, en Europe la politique de vaccination des enfants et jeunes filles a fait chuter l'incidence de la rubéole. En France l'immunisation est acquise pour 90 à 95 % des femmes, en 2000, 61 cas de séroconversions ou de réinfestations pendant la grossesse et quatre cas d'enfants nés atteints ont été recensés.

L'agent causal est un virus à ARN, enveloppé et fragile.

L'infestation se fait par :

- contamination interhumaine par voie respiratoire (gouttelettes de salive) ;
- contamination fœtale par virémie, par voie transplacentaire.

L'incubation est de seize jours en moyenne, la contagiosité de dix jours avant et après l'éruption.

La primo-infection assure une immunité définitive et efficace.

Une réinfection peut néanmoins survenir soit après une rubéole acquise ou vaccination (rubéole bénigne car elle ne s'accompagne pas d'une virémie).

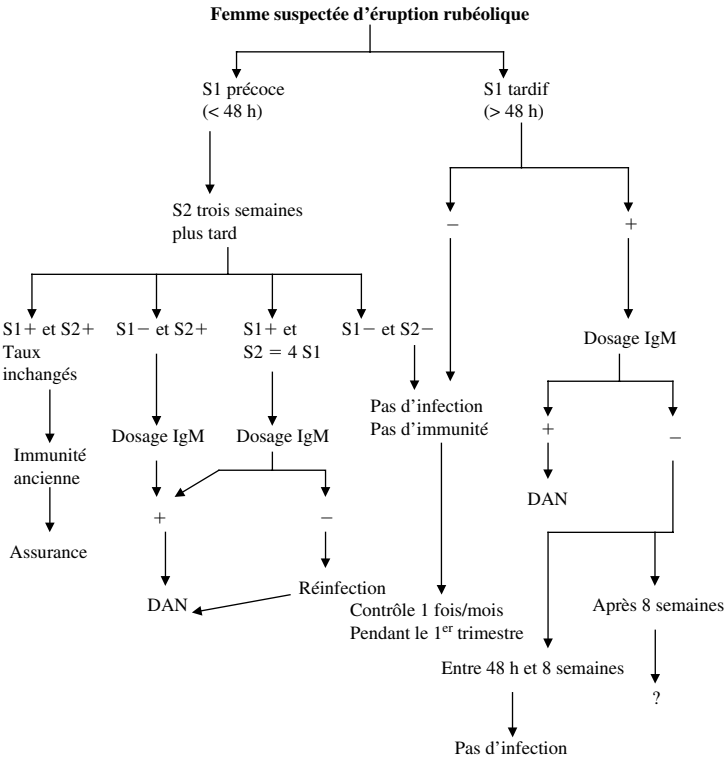


Fig. 18.1
Stratégie diagnostique devant une femme suspectée de rubéole.

Diagnostic

La clinique est peu spécifique, voire asymptomatique dans 20 % des cas. Elle associe un syndrome fébrile, des adénopathies sous-occipitale et une éruption maculeuse débutant au visage.

La recherche de l'immunité en début de grossesse est légale et basée sur la sérologie : recherche d'Ig spécifiques par :

- technique d'inhibition d'hémagglutination (IHA) : dépistage de routine identification des IgG spécifiques ;
- méthode immunoenzymatique (Elisa) : identification des IgG et IgM spécifiques pour diagnostiquer la primo-infection l'avidité des IgG spécifiques : haute avidité > 70 % en faveur d'une infection ancienne, avidité faible < 50 %, en faveur d'une infection récente ;

Deux dosages (S1 et S2) à quinze jours d'intervalle sont nécessaires, dans le même laboratoire, S1 doit être réalisé le plus précocement par rapport à l'éruption.

Résultats

- L'apparition d'IgM diagnostique la primo-infection.
- Le diagnostic de séroconversion est fait si multiplication par quatre des taux S1/S2.
- Deux taux élevés n'éliminent pas la primo-infection (si S1 et S2 tardifs on peut déjà être dans la phase de plateau).
- Faux positifs : présence d'un facteur rhumatoïde.
- Réactions croisées avec d'autres IgM virales (parvovirus B19).

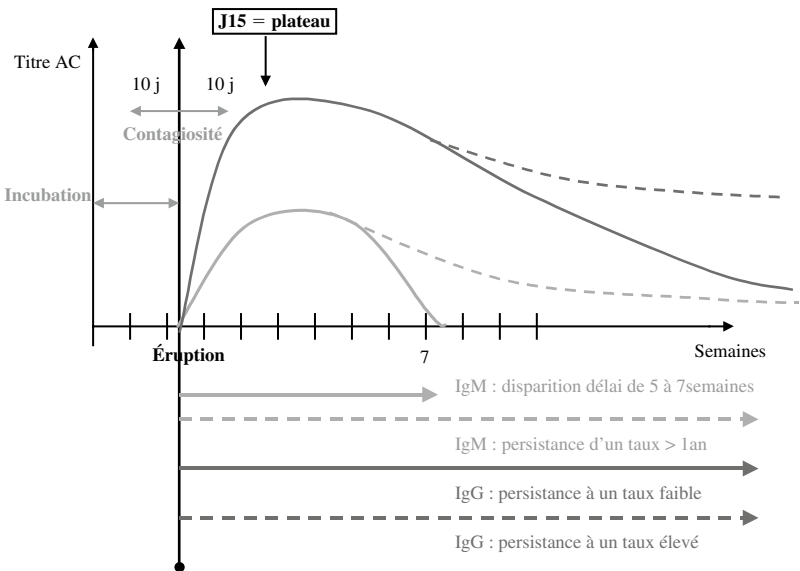


Fig. 18.2
Évolution de la rubéole.

Les risques fœtaux

Épidémiologie

Si la contamination est préconceptionnelle le risque fœtal est négligeable en revanche si la contamination est précoce l'atteinte est plus fréquente et plus grave :

- jusqu'à douze semaines d'aménorrhée : 50 à 80 % d'infection fœtale ;
- entre treize et quatorze semaines il y a encore 40 à 55 % d'infection fœtale ;
- au-delà du second trimestre le risque est plus faible : 25 % d'infection fœtale.
- Il est exceptionnel au troisième trimestre.

Primo-infection

La primo-infection est rare mais à très haut risque foetal, avec de 80 à 100 % de malformation grave. La réinfection est possible, le risque foetal n'est pas nul mais probablement très faible.

Atteinte foetale

- **Embryopathie** : triade de Gregg (atteinte oculaire, atteinte cardiaque, atteinte auditive).
- **Fœtopathie** : retard de croissance intra-utérin, microcéphalie, microphthalmie, micrognathie.

De 13 à 18 SA le risque foetal est essentiellement la surdité.

Une primo-infection prouvée au premier trimestre pose la question d'une IMG et impose l'avis d'un centre multidisciplinaire de DAN.

Une IMG peut être proposée d'emblée ou un diagnostic prénatal peut être réalisé par amniocentèse après dix-huit semaines avec recherche du virus par PCR sur liquide amniotique. Un prélèvement foetal peut être fait après 22 SA avec recherche du virus par PCR et dosage des IgM antirubéoliques dans le sang foetal.

Il convient donc de rechercher la sérologie de rubéole chez toute femme en préconceptionnel et de vacciner les enfants précocement et à l'adolescence, ainsi que toutes les femmes séronégatives après leur première grossesse sous contraception efficace.

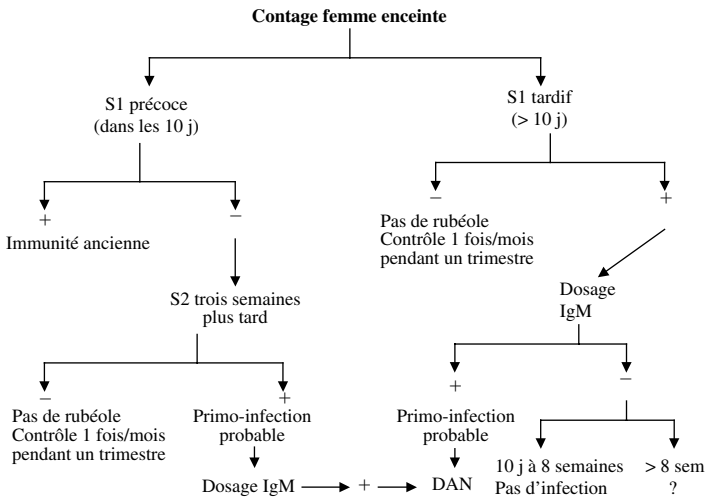


Fig. 18.3
Conduite à tenir devant une contagion rubéoleuse chez une femme enceinte.

► **Mots clés** : grossesse ; rubéole ; sérologie ; diagnostic anténatal.

Références

Marret H, Golfier F, Di Maio M, Atia-Sobol J, Champion F, Raudrant D. Rubéole et grossesse. *Press Med*, 1999, 28:2117-2122.

Question 19

Elle est enceinte et a la varicelle

La demande

« Docteur, mon fils aîné a la varicelle depuis hier. Est-ce dangereux pour mon bébé ? je suis enceinte de quatre mois et demi. »

Le préliminaire

Le danger de la varicelle est fonction du terme de la grossesse.

Avant vingt semaines il y a un risque malformatif.

Malgré la rareté des affections graves, il est préférable d'assurer le suivi dans le cadre d'un réseau.

La première consultation

Le médecin fait l'interrogatoire et un examen clinique complet (cf. Question 1).

- S'il met en évidence une varicelle ancienne certaine, il n'y a aucun risque pour cette grossesse.
- S'il subsiste un doute ou si elle est certaine que la patiente n'a jamais eu la varicelle, il lui fait faire immédiatement une sérologie.
 - Si elle est positive, il s'agit d'une varicelle ancienne.
 - Si elle est négative, il subsiste un doute, il l'adresse au centre de diagnostic anténatal pour décider de l'opportunité de l'injection de gammaglobulines spécifiques.

Consultation suivante

Il la revoit quinze jours plus tard. La présence de vésicules confirmera la varicelle.

Il rappelle à la patiente les risques encourus en fonction du terme.

Il l'adresse au réseau dont il lui explique le fonctionnement et dont il en recevra les informations nécessaires au bon suivi de cette grossesse :

- avant 20 SA, amniocentèse ;
- après 20 SA, surveillance échographique régulière.

Il surveille la patiente pour dépister les formes maternelles graves de varicelle notamment pulmonaires.

Le point de vue du gynécologue

L'incidence de la primo-infection varicelleuse est en régression du fait de l'importance de l'immunisation. Elle est estimée entre 0,05 et 0,07 % pendant la grossesse, soit moins de 500 cas par an. L'agent causal est le virus varicelle-zona.

La contamination est interhumaine par voie respiratoire ou par contact des lésions dermatologiques (varicelleuse ou de zona). L'incubation est en moyenne de quinze jours (dix à vingt et un jours). La contagiosité de deux à trois jours avant l'éruption et cinq jours après et tant que les lésions dermatologiques sont présentes.

L'immunité est caractérisée par la présence d'IgG qui signent l'antécédent de contagio varicelleux.

Il y a possibilité de réactivation possible sous forme de zona mais le zona maternel est sans risque pour le fœtus.

Diagnostic

La clinique est évocatrice : éruption avec évolution en quatre phases (macule, papule, vésicule puis croûte) débutant sur le tronc et la face.

La sérologie n'est pas nécessaire sur une clinique évidente, elle n'a d'intérêt que devant un contagio pour affirmer la séropositivité et l'absence de risque.

Les IgG, IgM et IgA apparaissent deux à cinq jours après le début de l'éruption, ils atteignent leur taux maximal en deux à trois semaines.

Les risques fœtaux

L'infection maternelle avant 20 SA

Elle donne des lésions rares 8 % de contamination fœtale, peu spécifiques (peau, cerveau, œil, membres). La fréquence de ces atteintes est peu différente de celle de la population générale (1,1 % en moyenne) : c'est la varicelle congénitale.

Le diagnostic prénatal est échographique : les lésions sont multiviscérales et peu spécifiques conduisant à l'amniocentèse avec mise en évidence du virus par culture cellulaire ou PCR à partir du liquide amniotique. Un résultat négatif n'élimine pas l'infection fœtale, il faut effectuer une recherche sérologique sur sang fœtal (PSF). Mais il existe un manque de spécificité des IgM.

Il n'y a pas d'IMG systématique, celui-ci est fonction du bilan prénatal (échographie, PCR).

L'infection maternelle après 20 SA

Elle comporte un risque infime. La surveillance est échographique.

La varicelle néonatale

- Elle correspond à l'apparition d'une éruption dans les dix jours après la naissance.
- Sa gravité dépend de la survenue de l'éruption maternelle par rapport à l'accouchement :

- formes bénignes si la mère a transmis ses IgG au fœtus : virémie maternelle cinq à vingt et un jours avant l'accouchement ;
- formes sévères : virémie maternelle quatre jours avant l'accouchement ou deux jours après car il n'y a pas de protection par les anticorps maternels. Il existe des formes avec atteinte polyviscérale ulcéronécrosante ou hémorragique dont la mortalité est non négligeable (20 à 30 %) (figure 19.1).

Le risque de transmission fœtal est de 50 % au troisième trimestre et plus important encore à terme. Si l'éruption survient à terme moins de cinq jours avant l'accouchement il faut tout faire pour retarder l'accouchement afin d'éviter une contamination fœtale et ne pas hospitaliser la patiente en maternité, mais dans une chambre isolée, la maladie étant très contagieuse.

Devant un **contagio varicelleux**, il convient de faire la sérologie maternelle et si négative de proposer des immunoglobulines spécifiques, dont l'efficacité a été démontrée (figure 19.2).

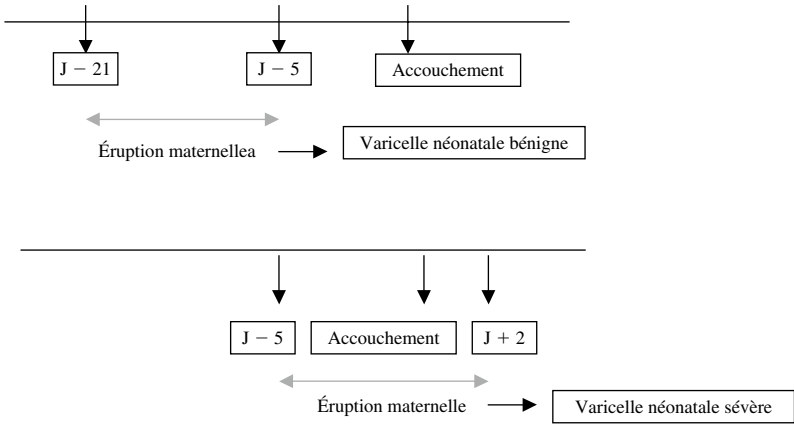


Fig. 19.1
Formes de varicelles néonatales.

Enfin il faut se méfier de la varicelle chez la femme enceinte qui peut parfois être grave, avec survenue d’une pneumopathie varicelleuse.

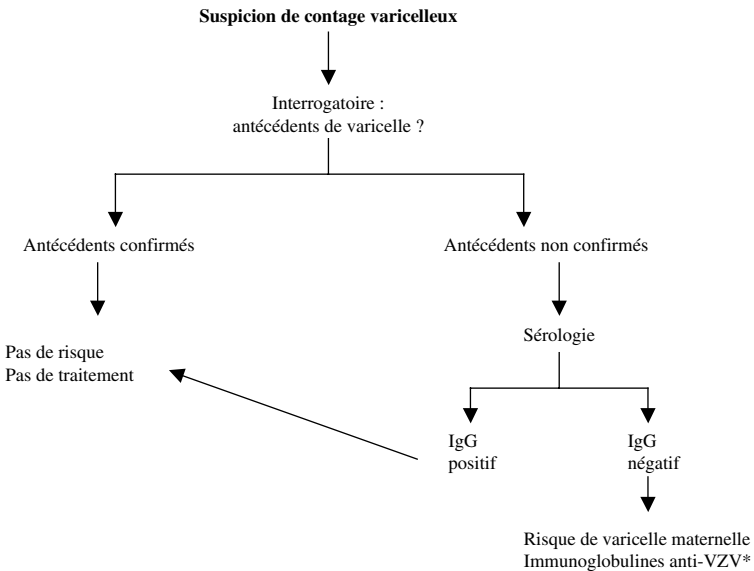


Fig. 19.2
Stratégie diagnostique face à une suspicion de contagé varicelleux.
* VZV : varicelle zona virus

► **Mots clés** : grossesse ; varicelle ; diagnostic anténatal.

Références

Question 20

Elle désire une grossesse et elle est séropositive (VIH+ ou VHC+). Que faire ?

La demande

« Docteur, je désire une grossesse. Que dois-je faire ? »

Le préliminaire

Toute grossesse chez une patiente traitée par trithérapie est une grossesse à risques pour le couple et l'enfant.

Se pose un problème éthique et médical qui nécessite le recours à des avis spécialisés.

Le suivi doit être impérativement assuré dans le cadre d'un réseau.

La première consultation

Le médecin doit s'assurer de l'éventualité d'une grossesse déjà débutée.

Sinon, il doit s'enquérir de la représentation de la grossesse et du désir d'enfantement pour ce couple.

Il doit l'informer de débuter une grossesse dans les meilleures conditions possibles compte tenu de son immunité en accord avec l'interniste responsable de son suivi et de sa thérapie.

Il doit s'enquérir de plusieurs séropositivités associées et des maladies intercurrentes présentées par la patiente (hépatite B, hépatite C, papillomavirus, toxoplasmose, etc.).

Il doit rechercher une toxicomanie associée.

Selon son statut immunologique, il l'informe des risques de contamination fœtale pendant la grossesse mais surtout lors de l'accouchement. Il lui expose le retentissement de la grossesse sur sa pathologie.

Il va lui expliquer le fonctionnement du réseau dans lequel elle trouvera le suivi médical nécessaire.

Il l'adresse au réseau avec les informations nécessaires.

Le point de vue du gynécologue

La prévalence de l'infection par le VIH parmi les parturientes reste stable depuis 1991, elle est de l'ordre de 0,25 % en Ile-de-France. Actuellement près de 60 % des femmes enceintes infectées par le VIH ont déjà été traitées ou sont sous traitement au cours de leur grossesse. 28 % toutefois, découvrent leur séropositivité à l'occasion de leur grossesse. Enfin 94 % des femmes enceintes suivies en France reçoivent un traitement préventif de la transmission mère-enfant. En l'absence de traitement, la majorité des cas de transmission du VIH se produit tard *in utero* ou à l'accouchement, avec un risque moyen de transmission

mère-enfant de l'ordre de 20 %. Actuellement en France, le pourcentage d'enfants infectés par le VIH, nés de mère porteuse du VIH, est de l'ordre de 1 à 2 %.

Le désir de grossesse

Le conseil auprès d'une femme ou d'un couple désirant entreprendre une grossesse est toujours difficile ; le médecin doit prendre en compte différents éléments, tant médicaux que psychologiques et sociaux. Le bilan immunologique et virologique fournit des éléments d'appréciation sur le risque de transmission materno-fœtale.

Le taux de transmission materno-fœtale (TMF) au cours des 500 à 600 grossesses menées à terme en France chaque année par des femmes infectées par le VIH se situe autour de 5 %. Il est plus élevé chez les femmes ayant un déficit immunitaire important (moins de 200 lymphocytes CD4/mm³). Une charge virale élevée accroît également le risque de transmission, mais il est impossible de définir une valeur seuil au-dessous de laquelle le risque de transmission serait nul.

Il n'y a pas de contre-indication à la grossesse chez une femme traitée et n'ayant pas de charge virale détectable ni de déficit immunitaire. En revanche, en l'absence de ces conditions le risque étant plus élevé, il convient de discuter l'interruption de grossesse pour attendre une meilleure période. Toutes ces informations doivent être clairement données à la femme séropositive enceinte ; c'est à elle ou au couple de décider de la poursuite de la grossesse.

Il est souhaitable d'envisager la grossesse à l'avance et de la programmer dans les meilleures conditions possibles.

Le caractère obligatoire du dépistage en début de grossesse avait été mal accepté quand la seule solution était une interruption de grossesse. Aujourd'hui ce dépistage qui n'est toujours pas obligatoire doit être proposé avec insistance du fait de la réduction possible de la transmission mère/enfant grâce au traitement antiviral et à la zidovudine (AZT).

La grossesse

Il convient de suivre cette grossesse conjointement entre le spécialiste du Sida, l'obstétricien et le généraliste.

Une NFS, plaquette, une recherche de la charge virale et un dosage des CD4 sont nécessaires. Il convient de rechercher une co-infection avec les hépatites B ou C.

Tous les gestes obstétricaux incriminés ne sont pas indispensables. Certaines explorations ou manœuvres devraient être évitées : l'amnioscopie, les versions par manœuvres externes, les traitements au laser sur le col utérin pour des lésions dues à des papillomavirus, qui peuvent être différés.

À l'opposé, d'autres actes sont nécessaires comme certains cerclages dans les béances du col utérin avec antécédents d'avortements tardifs ou d'accouchements prématurés et de très rares amniocenteses tardives pour surveiller le degré de l'atteinte du fœtus dans les iso-immunisations rhésus.

Le problème le plus délicat est celui du diagnostic prénatal invasif pour dépistage de maladies géniques ou d'aberrations chromosomiques. Les méthodes les plus invasives, prélèvements des villosités choriales et prises de sang fœtal in utero, doivent être évitées au bénéfice de l'amniocentèse. Il semble justifié de les encadrer par un traitement antiviral.

Les traitements et la conduite à tenir

La zidovudine ou AZT (*Retrovir*) reste le traitement de référence. Utilisé seul, il réduit le taux de transmission fœtale à 6 %. L'association zidovudine-lamivudine (AZT-3TC [*Combivir*]) le réduit à 1,6 %, et l'adjonction de la névirapine (*Viramune*) en monodose à la mère et au nouveau-né conduit à un taux de 1,4 %. Si le traitement est efficace et bien toléré avec des résultats immunovirologiques satisfaisants et stables (CD4 > 350/mm³, charge virale plasmatique < 400 copies/ml), il n'est pas justifié de modifier ce traitement, sauf s'il comporte des médicaments contre-indiqués pour leur toxicité :

- pour l'embryon (efavirenz [*Sustiva*]) ou ddC zalcitabine (*Hivid*) ;
- ou pour la mère (association d4T-ddI stavudine [*Zerit*]-didanosine [*Videx*]).

L'effet protecteur de la césarienne programmée avant travail et réalisée à membranes intactes à la trente-huitième SA a été démontré chez des femmes ne recevant pas d'antirétroviraux, et dans le cadre de la prophylaxie par AZT en monothérapie, avec un taux de transmission de l'ordre de 1 %. En revanche, cet effet protecteur n'a pas été démontré en cas de charge virale indétectable ou faible, notamment lors de l'utilisation d'une multithérapie. La césarienne programmée n'a pas lieu d'être systématique à l'heure des multithérapies. Elle n'est recommandée que si la charge virale maternelle est détectable (> 400 copies/ml) sous multithérapie en fin de grossesse, et si les conditions obstétricales sont défavorables. La morbidité liée à la césarienne n'est pas nulle, et se trouve augmentée en cas d'infection par le VIH.

Dans tous les cas l'allaitement au sein est formellement contre-indiqué (il augmente le risque de transmission materno-fœtale de 15 %).

L'hépatite C et grossesse

L'infection ne modifie pas le déroulement de la grossesse ou de l'accouchement. Le risque de transmission mère-enfant est très faible en dehors d'une virémie élevée et/ou d'une co-infection. La recherche du VHC chez l'enfant se fait par une PCR à six mois et une sérologie à un an.

► **Mots clés** : sida ; VIH ; VHC ; grossesse ; césarienne ; AZT.

Références

- Le Coeur S, Kanshana S, Jourdain G. HIV-1 transmission from mother to child and its prevention. *Med Trop*, 2003, 63(4-5):381-90.
- Davies G, Wilson RD, Desilets V, Reid GJ, Shaw D, Summers A, Wyatt P, Young D. Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Amniocentesis and women with hepatitis B, hepatitis C, or human immunodeficiency virus. *J Obstet Gynaecol Can*, 2003, 25(2):145-52.
- Rouzioux C, Chaix ML, Burgard M, Mandelbrot L. VIH et grossesse. *Pathol Biol*, 2002, 50(9):576-9.
- www.paris-nord-sftg.com/rev.pres.VIH.grossesse.0304.php3.
- www.esculape.com/1sommaireframe.html.

Question 21

Elle est enceinte et a de la fièvre

La demande

« Docteur, j'ai 38,7 °C. Est-ce dangereux pour mon enfant ? »

Le préliminaire

En dehors des affections fréquentes, il faut penser au risque d'infection par *Listeria* et CMV, même en période d'épidémie de grippe.

La première consultation

Le médecin commence par l'**interrogatoire** :

- il recherche les données générales : profession de la mère et de l'entourage, notion d'épidémies, séjours en zone d'endémies, immigration récente, infection parmi les membres de la famille ;
- il l'interroge sur ses antécédents personnels médicaux et chirurgicaux : infections urinaires récidivantes, état des différentes sérologies, vaccinations, complications per ou post-partum ou post-abortum ;
- il prend en compte les éventuels problèmes préexistants de cette grossesse : les infections antérieures, la menace d'accouchement prématuré, les gestes invasifs, etc.
- il fait préciser les caractéristiques de la fièvre : date d'apparition, circonstances d'apparition, intensité, évolution de la fièvre ;
- il s'oriente par la symptomatologie d'accompagnement : signes obstétricaux (contractions utérines, rupture de la poche des eaux, métrorragies, diminution des mouvements fœtaux, etc.), signes urinaires, signes d'infection génitale, signes digestifs respiratoires ou cutanés ou un syndrome grippal.

Il procède ensuite à l'**examen** :

- il contrôle l'importance de la fièvre ;
- l'examen général recherche des signes ORL, une éruption ou un ictère. L'inspection de la gorge, l'auscultation cardio-respiratoire, la palpation de l'abdomen, des fosses lombaires et des chaînes ganglionnaires peuvent découvrir un signe d'appel. Il dépiste une infection urinaire à la bandelette ;
- à l'examen obstétrical, la palpation abdominale objective la hauteur utérine, la souplesse de l'utérus, des contractions utérines. L'examen au spéculum recherche des signes d'infection génitale, des leucorrhées qui seront prélevées, des métrorragies, une perte de liquide amniotique. Le toucher vaginal apprécie le statut cervical et les culs-de-sac vaginaux. La notion de rupture des membranes doit faire surseoir à cet examen et nécessite une hospitalisation d'urgence.

En fonction de son examen, il prescrit la thérapeutique appropriée après avoir fait les prélèvements bactériologiques et biologiques (NFS, CRP, hémocultures) nécessaires ou il adresse la patiente au spécialiste en cas de signes de gravité.

Le traitement

Il faut prescrire de l'amoxicilline à 3 g/j pendant vingt et un jours en cas de suspicion de listériose (si allergie : macrolide ou pristinamycine).

Un traitement antipyrétique à base de doliprane sera également prescrit dès la réalisation des prélèvements.

Le point de vue du gynécologue

La survenue d'une fièvre au cours de la grossesse pose plusieurs problèmes : l'étiologie, le risque d'embryopathie, fœtopathie, le risque obstétrical ; fausse couche, prématurité, le risque maternel et le traitement.

Le principe est : toute température supérieure à 37,5 °C nécessite un contrôle quelques heures après. Toute température supérieure à 38 °C est considérée comme de la fièvre.

Étiologies

Le diagnostic étiologique doit être la préoccupation primordiale du praticien pour instaurer rapidement un traitement adapté visant à prévenir ou à atténuer les conséquences sur la mère et le fœtus.

Les modifications de l'environnement cervicovaginal, les perturbations de la motricité intestinale, la gêne au drainage de l'arbre urinaire, les variations des défenses immunologiques et les modifications hormonales peuvent expliquer la plus grande vulnérabilité de la femme enceinte face aux agents infectieux.

Toutes les étiologies infectieuses, chirurgicales, inflammatoires sont possibles pendant la grossesse.

Pronostic

Il est essentiellement lié à l'étiologie de la fièvre à laquelle s'ajoutent les conséquences directes de l'hyperthermie.

- **Le pronostic maternel** est rarement menacé en dehors d'infections sévères (septicémie par exemple) ou d'affections chirurgicales négligées.
- **Le pronostic de la grossesse** est mis en jeu avec un taux élevé de fausses couches spontanées précoces ou tardives et de prématurité. La contamination peut être responsable d'embryopathies ou de fœtopathies.
- **Le pronostic fœtal et néonatal** est lié à la cause de la fièvre mais aussi au terme de l'accouchement. Le prématuré infecté a un risque élevé de mortalité dans les premières heures de vie mais aussi d'atteintes broncho-pulmonaires ou digestives et un risque augmenté de lésions cérébrales.

L'examen clinique et l'interrogatoire sont essentiels et ont été effectués par le généraliste.

La fièvre (> 38 °C) peut être le seul motif de consultation ou au contraire faire partie d'un tableau clinique évocateur (comme un syndrome grippal, une otalgie) ou plus préoccupant (état général, menace d'accouchement prématuré). L'enquête étiologique sera alors soit facile voire évidente soit au contraire difficile. En pratique toute altération de l'état général, toute menace d'accouchement prématuré (MAP), nécessite une hospitalisation immédiate en milieu obstétrical.

Examens complémentaires

Ils sont bien sûr orientés par l'examen clinique et ne sont pas effectués de manière systématique.

Seuls l'ECBU et les hémocultures sont indispensables chez la femme enceinte fébrile. La NFS peut orienter la nature infectieuse de l'affection. Le dosage de la CRP et la NFS constituent un signe d'alarme mais ne permettent pas de présumer du site de l'infection. L'enquête bactériologique génitale n'est effectuée que sur signes d'appel (prélèvement de l'endocol).

Les sérologies obligatoires du suivi de la grossesse sont refaites. Les autres sérologies ne sont pas effectuées d'emblée (CMV, VIH, hépatites).

L'enregistrement du rythme cardiaque fœtal doit être fait au troisième trimestre pour dépister des anomalies du rythme cardiaque fœtal.

L'échographie obstétricale affirme la présence d'une activité cardiaque, peut mettre en évidence des signes de souffrance fœtale. Elle sert également de référence pour le suivi de certaines infections où les anomalies sont d'apparition tardive par rapport à l'épisode fébrile.

Les étiologies

À l'issue de ces explorations, certaines étiologies sont évoquées :

- les banales (angine, otite, bronchite, grippe, etc.) en gardant à l'esprit qu'elles peuvent cacher une listériose ;
- mais aussi les plus dangereuses, tant par leur risque de prématurité que par leur incidence sur les produits de conception.
- **La pyélonéphrite** est la plus fréquente. Les formes cliniques sont nombreuses avec le risque de choc septique sur éventuel obstacle. L'ECBU fait le diagnostic mais le traitement antibiotique parentéral doit être débuté rapidement.
- **L'infection ovulaire** est la deuxième cause de fièvre pendant la grossesse. Elle est plus facile à diagnostiquer s'il existe une rupture des membranes, où l'on considère qu'elle existe jusqu'à preuve du contraire (résultats des examens bactériologiques). Au moindre doute, l'hospitalisation en milieu spécialisé s'impose. La conduite obstétricale à tenir varie en fonction du terme. En cas d'infection confirmée, l'interruption de la grossesse s'avère indispensable dans la majorité des cas. L'enfant est pris en charge à la naissance et des prélèvements bactériologiques sont effectués sur l'enfant, le placenta et les membranes.
- **Les tableaux chirurgicaux** (appendicite ou cholécystite) sont difficiles à diagnostiquer. La symptomatologie est atypique et modifiée par le contexte gestationnel (variantes topographiques, modifications de la réaction pariétale, etc.). Le diagnostic, difficile, impose souvent la mise en observation en milieu chirurgical.
- Devant un syndrome grippal fébrile non étiqueté, il peut s'agir de **la grippe** (le plus souvent bénigne) mais il faut toujours évoquer **la listériose**. Le tableau pseudo-grippal est retrouvé dans 30 % des cas et la fièvre présente dans 70 % des cas. Mais la listériose peut se présenter sous différentes formes cliniques. L'examen complémentaire le plus performant reste l'hémoculture. La sérologie est peu fiable. Il s'agit d'une pathologie rare mais souvent fatale pour le fœtus ou le nouveau-né nécessitant un traitement antibiotique systématique par amoxicilline (3 g/j).

■ Les viroses sont nombreuses associées ou non à des éruptions cutanées. La confirmation du diagnostic sera obtenue par des études sérologiques. **La rubéole** fait rechercher un contage récent et un contrôle sérologique, d'où l'importance de la vaccination préventive des femmes séronégatives. **L'hépatite virale (A ou B)** est évoquée devant des troubles digestifs, un ictère ou un prurit. Les conséquences sur la grossesse et la mère sont variables mais incitent à dépister et vacciner les populations à risque. Les autres viroses (CMV, herpès, varicelle, oreillons, VIH, etc.) sont recherchées devant des signes spécifiques ou dans un second temps.

■ Deux étiologies de parasitoses sont à rechercher : **la toxoplasmose**, le plus souvent asymptomatique ou devant des polyadénopathies (le diagnostic est fait par la sérologie : IgM et IgG) et **le paludisme** dont le diagnostic est fait dans un contexte évocateur par une goutte épaisse.

L'absence d'étiologie est possible malgré un interrogatoire et un examen clinique détaillé. La collaboration avec un médecin interniste est utile pour rechercher les causes « immunologiques » de certaines fièvres.

Le traitement

Le traitement de la fièvre se fait avec **le paracétamol**. Une hydratation suffisante est nécessaire afin d'éviter des troubles métaboliques et ioniques.

La suspicion d'infection maternelle impose l'instauration d'un traitement antibiotique à large spectre sans attendre les résultats des examens biologiques. Cette prise en charge doit être précoce pour limiter au maximum la survenue de complications.

Les aminopénicillines sont les plus utilisées (amoxicilline 1 g \times 3/j) en raison du risque de *Listeria* pour une durée de quinze jours. Nous conseillons la *Rovamycine* (3 millions \times 3/j pendant quinze jours) devant des allergies ou signes d'intolérance. D'autres macrolides peuvent être utilisés sous réserve de leur contrôle d'innocuité pendant la grossesse.

Devant une infection plus sévère, les céphalosporines permettent de traiter les germes résistants. Une hospitalisation sera alors souvent nécessaire pour mise en place d'une polythérapie pouvant comprendre les aminosides en utilisation très courte. Elle permettra la surveillance en milieu spécialisée qui varie en fonction de l'âge gestationnel, de l'étiologie de la fièvre et du pronostic maternel et/ou gestationnel. La tocolyse peut être utilisée pour prévenir l'accouchement prématuré.

► **Mots clés** : grossesse ; fièvre ; *Listeria* ; infections ; pyélonéphrite.

Références

www.esculape.com/gynecologie/grossesse_fievre.html.

Question 22

Elle est enceinte, elle vomit au premier trimestre, que faire ?

La demande

« Docteur, je vomis depuis huit jours. »

Le préliminaire

Le souci du médecin est de différencier les vomissements banaux du début de grossesse des vomissements incoercibles.

La première consultation

À l'interrogatoire, le médecin recherche le rythme nyctéméral, l'intensité, la durée, l'évolution de l'appétit et du poids. Il faut peser la patiente au cours de l'examen.

À la fin de la consultation et après examen clinique complet (cf. Question 1), le médecin est sécurisé par des vomissements peu intenses, prédominant le matin avec appétit conservé sans perte de poids.

Il élimine toute autre pathologie organique susceptible de provoquer ces vomissements.

Il s'emploie à rassurer sa patiente, en lui expliquant que ces troubles sont sans gravité et ne sont pas corrélés à une évolution néfaste de la grossesse.

Il fait vérifier par une échographie pelvienne si la patiente n'en a pas déjà eu la bonne évolution de la grossesse.

Avant tout traitement symptomatique, il est bon de lui proposer des mesures hygiéno-diététiques, notamment la prise fréquente de petites quantités de boissons ou d'aliments, suffisantes dans les cas les plus simples.

Par contre, face à des vomissements prolongés, intenses avec anorexie et amaigrissement, le médecin prescrit un traitement symptomatique (*Dogmatil* ou *Haldol*, plus *Vogalène* suppositoires).

Il revoit cette patiente dans les 24 à 48 heures et la fait hospitaliser en milieu spécialisé dans le cadre du réseau, en cas d'aggravation.

Le point de vue du gynécologue

Les nausées et vomissements sont les petits maux de la grossesse les plus fréquents. La fréquence a été estimée entre 40 et 90 % selon les termes nosologiques utilisés. Certains estiment même que leur absence est un signe négatif de grossesse. La plupart des vomissements n'ont pas de substratum organique.

Neuf femmes enceintes sur dix ont des nausées mais seulement 15 à 20 % elles vomissent encore au-delà de quatorze semaines d'aménorrhée. Seulement 10 % des cas nécessitent un traitement actif, le risque de vomissements incoercibles ou hyperemesis gravidarum est rare, 1 à 5/1 000 des femmes enceintes présentent des vomissements graves.

Étiopathogénie

La cause est le plus souvent inconnue. De nombreuses hypothèses sont émises :

- **hormonales** : augmentation des hCG, troubles du métabolisme hépatique des œstrogènes ;
- **physiologiques** : nausées fréquentes en dehors de la grossesse, < 20 ans, femmes obèses, etc. ;
- **socio-économiques** : pays industrialisés, population urbaine, ethnie, femme au foyer, non-fumeuses, etc. ;
- **psychologiques** : anxiété, grossesse non désirée, etc.

Devant la notion de vomissements gravidiques, il faut penser aux causes organiques (occlusion, appendicite, lithiase vésiculaire, hernie hiatale, etc.) ou obstétricales (grossesse gémellaire, môle hydatiforme, etc.) voire biologiques (hyperthyroïdie, diabète, hépatite).

Le diagnostic

Clinique

Ils débutent vers 4 à 6 SA, sont maximaux vers 8 à 12 SA et disparaissent vers 15 SA. Les nausées sont le plus souvent matinales, calmées par la première prise alimentaire. Les vomissements sont souvent déclenchés par une intolérance à certains stimuli (odeurs, aliments, etc.). Il n'existe pas de retentissement sur l'état général. Il est noté simplement une absence de prise de poids au premier trimestre.

Si les vomissements augmentent avec un amaigrissement brutal, il faut faire attention au passage à la phase de vomissements dits incoercibles où toute alimentation est impossible.

Le pronostic obstétrical est favorable. Il n'est pas retrouvé d'association avec des malformations, ni avec un retard de croissance intra-utérin, ni une augmentation de la mortalité périnatale. Les nausées et vomissements sont associés à une diminution du risque de fausse couche spontanée du premier trimestre.

Paraclinique

Il n'est pas nécessaire de demander des examens paracliniques face à des vomissements simples et non compliqués. En revanche, devant la persistance de nausées et vomissements ou leurs augmentations, une échographie abdominale et pelvienne sera demandée et un bilan biologique comportant NFS, CRP, glycémie, bilan hépatique et rénal.

Traitement

Il est nécessaire de proportionner l'inconfort de la thérapeutique à celui des symptômes eux-mêmes. Dans les cas bénins, le traitement n'est pas toujours efficace alors qu'il l'est le plus souvent dans les vomissements importants.

Les règles hygiéno-diététiques

Repas fractionnés en petites quantités avec suppression des aliments entraînant un dégoût, maintien d'un bon équilibre de la ration alimentaire (éviter la boulimie, par exemple), pas d'aliments trop riches en sucres ou en graisse...

Les traitements médicamenteux

- La vitamine B6, 250 mg \times 3/j, a montré son efficacité dans une étude randomisée en améliorant significativement les nausées sévères et en diminuant les vomissements.
- Le métoclopramide, *Primperan*, n'est pas contre-indiqué pendant la grossesse. Il peut être utilisé par voie orale ou rectale. On peut utiliser la forme LP le soir au coucher avec une action la nuit : *Anausin*.
- Le sulpiride, *Dogmatil* a une double action : inhibition corticale du centre du vomissement et action psychotrope mais l'effet sédatif est important.
- Le métopimazine, *Vogalène*, est essentiellement antinauséeux. Il est moins sédatif.
- Le dompéridone, *Motilium*, *Péridys*, est utilisé.
- L'halopéridol, *Haldol*, en gouttes est également proposé avec une adaptation souple de la posologie mais avec des effets indésirables.

Nous ne conseillons pas les phénothiazines en raison d'une efficacité relative et d'une innocuité discutable.

L'acupuncture peut être une alternative au traitement.

La prise en charge psychologique, voire psychiatrique, peut être nécessaire.

L'hyperemesis gravidarum (ou vomissements incoercibles)

Il s'agit d'une majoration des vomissements gravidiques usuels associés à un état de jeûne de plusieurs jours. Les deux associés sont responsables d'un amaigrissement, quelquefois associé à une déshydratation extracellulaire avec oligurie, cétonurie, hypokaliémie, hyponatrémie, hypercréatininémie, augmentation des transaminases (secondaire au jeûne) avec un taux de prothrombine normal (absence d'insuffisance hépatocellulaire).

Il est indispensable d'éliminer les causes organiques digestives ou gynécologiques mais aussi une hyperthyroïdie biologique.

Les complications peuvent être une hémorragie digestive par déchirure de la muqueuse du cardia (syndrome de Mallory-Weiss), un ictère à bilirubine, une polynévrite, une encéphalopathie de Gayet-Wernicke.

Le traitement est hospitalier avec isolement strict en chambre sombre, rééquilibration hydroélectrolytique, traitement par métoclopramide IV, reprise de l'alimentation progressive et prise en charge psychologique.

► **Mots clés** : vomissement ; grossesse.

Références

- www.hbroussais.fr/Broussais/Laennec/Polycop/Vomiss.html
www.esculape.com/1sommaireframe.html

Question 23

Elle est enceinte, elle a mal aux seins, que faire ?

La demande

« Docteur, je prends du poids et j'ai des cicatrices blanches qui apparaissent sur mes fesses et j'ai mal aux seins. Mon compagnon me trouve horrible, que puis-je faire ? »

Le préliminaire

Localisées le plus souvent sur les seins, le ventre et le haut des cuisses, les vergetures sont la crainte de beaucoup de femmes enceintes. Lorsqu'elles surviennent, il est déjà trop tard. Peut-on les prévenir ?

Prendre trop de poids multiplie les risques de vergetures, mais ce n'est pas la seule raison. Les hormones jouent un rôle, notamment la production de cortisol.

La première consultation

Le médecin fait l'examen gynécologique correspondant au terme.

Il doit lui expliquer la nécessité absolue d'éviter une prise de poids trop importante et surtout trop rapide.

Il lui prescrit du *Jonctum* pommade et lui conseille de nourrir son épiderme pour l'aider à s'adapter à la tension qu'il subit.

Il lui précise de se masser deux fois par jour et dès que la moindre sensation de démangeaison se fait sentir.

Il lui explique la croissance mammaire pendant la grossesse.

Il vérifie l'absence de pathologie mammaire sous-jacente (recherche de nodule ou d'inflammation), la rassure sur un écoulement lactescent éventuel, en lui demandant d'éviter de trop stimuler les mamelons.

Si besoin il prescrit en première intention une échographie mammaire, la mammographie n'étant pas recommandée pendant la grossesse.

Le point de vue du gynécologue

Les mastodynies pendant la grossesse sont fréquentes et liées à l'augmentation de volume des seins en vue de la lactation. Ce symptôme banal ne doit faire oublier deux pathologies rares mais graves, l'abcès mammaire et le cancer du sein pendant la grossesse. La prévalence du cancer du sein chez les femmes de moins de 35 ans est de 4,7/100 000, correspondant à un cas pour 3 000 grossesses et représentant 3 % des cancers du sein.

Le diagnostic

Le médecin devant cette plainte devra rechercher les facteurs de risque de cancer du sein chez cette patiente, en particulier les antécédents personnels et familiaux. Il s'inquiétera d'un antécédent d'adénome à prolactine.

L'examen clinique recherchera toute anomalie du sein, nodule, écoulement, rougeur, placard, inflammation. Il recherchera des adénopathies axillaires et des signes associés. Des vergetures sont banales en fin de grossesse, prurigineuses mais rarement douloureuses. Un traitement par oxacéprol (*Jonctum*) est possible, mais peu efficace pour les lésions constituées.

Toute anomalie unilatérale augmente la suspicion de pathologie sous-jacente.

L'abcès mammaire

Une douleur du sein pulsatile, insomnante, avec fièvre brutale à 40 °C, frissons, altération de l'état général et à la palpation associée à un nodule ou un placard rénitent, fluctuant évoque un abcès du sein. L'extériorisation de pus à la pression du mamelon ou signe de Budin est caractéristique. Une hospitalisation pour traitement chirurgical et antibiothérapie générale adaptée à l'antibiogramme s'impose. Un prélèvement bactériologique est nécessaire. Un abcès du sein pendant la grossesse est possible mais rare, la montée laiteuse étant rarement suffisamment importante pour provoquer un engorgement, il convient donc de toujours rechercher une pathologie sous-jacente.

Le cancer du sein

Le diagnostic clinique de cancer du sein pendant la grossesse est difficile d'autant que la grossesse est avancée, d'où l'importance majeure de faire un examen clinique mammaire chez une femme enceinte au tout début de sa grossesse.

La **mammographie** est possible chez la femme enceinte mais son interprétation est délicate et une échographie sera systématiquement associée voire précéder la mammographie. La ponction cytologique est possible mais demande un œil averti du fait d'une interprétation difficile.

Le plus souvent la biopsie est indispensable. Devant des signes inflammatoires, un traitement local avec contrôle de la normalisation est également indispensable.

Les cancers du sein au cours de la grossesse ont habituellement un mauvais pronostic en raison de leur détection à un stade tardif. Le jeune âge des patientes est lui aussi un facteur aggravant de mauvais pronostic.

En revanche, il semblerait que le fait d'être enceinte ne soit pas un facteur de mauvais pronostic en lui-même.

Le bilan réalisé se contentera d'une **radiographie de thorax** et d'une **échographie hépatique**, la scintigraphie osseuse est contre-indiquée, elle sera réalisée si besoin après l'accouchement.

Le traitement

Le **traitement chirurgical** (tumorectomie-curage ou mastectomie) est possible pendant la grossesse et obéit aux mêmes règles qu'en dehors d'elle.

■ **La radiothérapie** est évitée pendant la grossesse du fait du risque tératogène. Elle sera réalisée après l'accouchement.

■ **L'indication de la chimiothérapie néoadjuvante** devant des tumeurs souvent volumineuses et/ou inflammatoires pose problèmes pour la mère et le fœtus.

Le contexte gravidique entraîne de nombreuses perturbations de la pharmacocinétique. La toxicité fœtale est liée au terme de la grossesse et aux produits utilisés.

■ **Au premier trimestre** pendant la période d'organogenèse, les risques de malformations et d'avortements sont importants (5 à 15 %). Le méthotrexate, le cyclophosphamide (*Endoxan*) sont hautement tératogènes. En revanche les anthracyclines (farmorubicine par exemple) et les vinca-alcaloïdes (vinblastine, vincristine) le seraient moins.

La polychimiothérapie augmente le risque tératogène.

Si le stade est avancé, il paraît préférable de proposer une interruption de grossesse et de débiter le traitement rapidement.

■ **Aux deuxième et troisième trimestres** : les risques ne sont plus à la malformation mais plutôt aux avortements, prématurité, et retard de croissance.

À cette période de la grossesse, les différentes molécules de chimiothérapie peuvent être utilisées. Les risques à long terme pour ces enfants sont très peu connus. Le nombre de cures sera limité et le déclenchement de l'accouchement sera réalisé dès la viabilité.

Les cancers du sein pendant la grossesse ne sont pas en règle générale hormonosensibles. La plupart des ces tumeurs possèdent des récepteurs œstrogéniques négatifs. Le tamoxifène est par ailleurs tératogène. L'hormonothérapie si elle est indiquée ne sera débutée qu'après l'accouchement.

► **Mots clés** : abcès mammaire ; mastodynies ; cancer du sein chimiothérapie.

Références

Gorins A, Lenhardt F, Espie M. Breast cancer during pregnancy. Epidemiology diagnosis-prognosis. *Contracept Fertil Sex*, 1996, 24(2):153-6.

Tournant B. Les mastodynies. *Gynecol Obstet Fertil*, 2001, 29:49-54.

www.sogc.org/SOGCnet/sogc_docs/common/guide/pdfs/ps111_f.pdf

www.argwal.com/senocours/fc54.html#atp

Question 24

Elle est enceinte et elle se gratte, que faire ?

La demande

« Docteur, depuis que je suis enceinte, ça me démange de partout »

Le préliminaire

La plupart du temps, les démangeaisons sont banales et dues à une déshydratation de la peau.

Les vergetures démangent aussi (cf. Question 23).

Il faut penser à toute maladie dermatologique indépendante de la grossesse ainsi qu'au prurit dû à la cholestase intra-hépatique voire de la stéatose aiguë gravidique.

La première consultation

Le médecin fait un examen clinique complet (cf. Question 1).

S'il y a des lésions dermatologiques, il l'adresse au dermatologue.

Il fait pratiquer une prise de sang en vue de doser les phosphatases alcalines, les γ -glutamyl transpeptidases, les transaminases, la bilirubinémie, la créatininémie et l'uricémie ainsi qu'une numération formule sanguine.

En l'absence de tout signe de gravité, il fait appliquer des laits ou des crèmes nourrissantes pour hydrater la peau.

Pour calmer les démangeaisons, des crèmes apaisantes.

Il fait nettoyer la peau avec un savon acide ou à propriétés calmantes.

Il limite la prescription d'antihistaminique aux résistances aux traitements précédents.

Le point de vue du gynécologue

L'apparition d'un prurit gestationnel peut traduire certaines modifications physiologiques, révéler une pathologie intercurrente ou préexistante ou évoquer une pathologie spécifique de la grossesse : pemphigoïde, papules et plaques urticariennes prurigineuses (PUPP), cholestase gravidique.

L'anamnèse (prise de médicaments, antécédents, ictère transitoire, épisodes infectieux, etc.) et l'examen clinique (recherche de lésions cutanées et lésions de grattage) orienteront les examens paracliniques, définira la prise en charge et déterminera les risques fœto-maternels.

Il est important d'éliminer les pathologies qui existaient déjà et celles survenant sans aucun rapport avec la grossesse à partir d'un interrogatoire rigoureux et d'un examen clinique précis : prise de médicaments, allergie médicamenteuse, prurits localisés (candidose, oxyurose, gale...), dermatite atopique, maladies infectieuses ou parasitaires, maladies systémiques (hépatiques, rénales, hématologiques, etc.).

L'apparition de vergetures, souvent au cours du troisième trimestre de grossesse, peut s'accompagner de prurit. Il s'agit d'une rupture des fibres élastiques qui laissent

une cicatrice indélébile souvent au niveau de l'abdomen, des cuisses et des seins. Elles sont plus fréquentes quand il existe une prise de poids importante, quand la femme a moins de 20 ans ou qu'elle présente une carnation blonde ou rousse. Des soins attentifs de la peau par crèmes hydratantes peuvent améliorer l'élasticité de la peau et limiter l'évolution. Il n'existe pas de traitement efficace des vergetures.

Trois entités sont spécifiques de la grossesse : la cholestase gravidique, la pemphigoïde gestationis (ou herpès gestationis) et les PUPP.

La cholestase gravidique

Il s'agit d'un prurit sans lésions dermatologiques associées (sauf lésions de grattage) débutant au niveau des extrémités. Il apparaît au troisième trimestre de grossesse et disparaît rapidement après l'accouchement. Il existe un ictère cutanéomuqueux dans 10 à 20 % des cas.

Le diagnostic se fait, après élimination d'autres pathologies (sérologies virales, échographie hépatique), avec le dosage des enzymes hépatiques (augmentation des transaminases) et des acides biliaires totaux sériques (augmentation).

La survie maternelle n'est pas mise en jeu, le pronostic est essentiellement fœtal avec un risque de retard de croissance intra-utérin (20 à 40 %), d'accouchement prématuré (20 à 40 %) et surtout de mort *in utero* brutale (1 à 3 %).

La grossesse est donc à risque et nécessite souvent une hospitalisation avec surveillance régulière maternelle (TP, bilan hépatique, acides biliaires, etc.) et fœtale.

Le traitement symptomatique du prurit peut se faire par la prise d'hydroxyzine, *Atarax* (25 à 50 mg/j). La colestyramine, *Questran*, à posologie croissante (1 à 3 sachets/j) est un chélateur des sels biliaires, il a une efficacité inconstante sur le prurit ou les anomalies hépatiques.

La supplémentation en vitamine K est indispensable à cause du risque de malabsorption.

Le traitement spécifique par l'acide ursodésoxycholique, *Ursolvan*, permet l'amélioration et le pronostic fœtal en cas de cholestase sévère (absence d'AMM).

L'attitude obstétricale n'est pas consensuelle mais nous proposons un déclenchement systématique du travail à 38 SA en l'absence d'ictère ou plus tôt si besoin.

La récurrence est possible pour les grossesses ultérieures. À long terme, la contraception œstroprogestative n'est pas contre-indiquée mais nécessite un avis spécialisé (hépato-gastro-entérologue) et le contrôle du bilan hépatique est nécessaire sous traitement.

La pemphigoïde gestationis (ou herpès gestationis)

Il s'agit d'une dermatose bulleuse auto-immune non virale rare (1/50 000), le plus souvent chez la femme de race blanche présentant d'autres pathologies auto-immunes (HLA DR3-DR4).

Elle débute au troisième trimestre de la grossesse, quelquefois dans le post-partum. Le prurit précède l'éruption de une à quatre semaines qui débute à l'ombilic et s'étend de façon centrifuge. L'éruption est de type pseudo-urticarienne avec des papules œdématisées rouges confluentes puis des vésicules sur les plaques et en peau saine. Il existe une exacerbation des lésions dans le post-partum (80 % des cas) qui disparaissent quelques semaines plus tard. La récurrence est systématique.

Le diagnostic est fait par biopsie cutanée avec immunofluorescence directe : le dépôt de la fraction C3 du complément sur la membrane basale est pathognomonique. La recherche d'un anticorps spécifique par immunofluorescence indirecte HGF (*herpes gestationis factor*) est positive dans 60 à 90 % des cas.

Le pronostic maternel est excellent, le pronostic foetal est variable allant de la mort *in utero* à l'absence de retentissement en passant par la prématurité et les éruptions néonatales.

Le traitement comporte des soins locaux pour éviter la surinfection et les dermocorticoïdes. Une corticothérapie orale (40 mg/j) est souvent utilisée.

Papules et plaques urticariennes prurigineuses (PUPP)

C'est un ensemble d'affections survenant au cours de la grossesse sans perturbations biologiques (0,5 à 2 % des grossesses). L'évolution est bénigne pour la mère et le foetus.

Elles surviennent au troisième trimestre. Le prurit précède l'éruption de une à deux semaines. Ce sont des plaques érythémateuses urticariennes localisées à l'abdomen, les bras, les cuisses. Elles disparaissent en trois à quatre semaines.

La biopsie cutanée montre un œdème et un infiltrat inflammatoire non spécifique, l'immunofluorescence directe est négative.

Le traitement est symptomatique comportant des soins locaux, des antihistaminiques oraux en cas de prurit intense et quelquefois des dermocorticoïdes. Il n'existe pas en général de récives.

En pratique

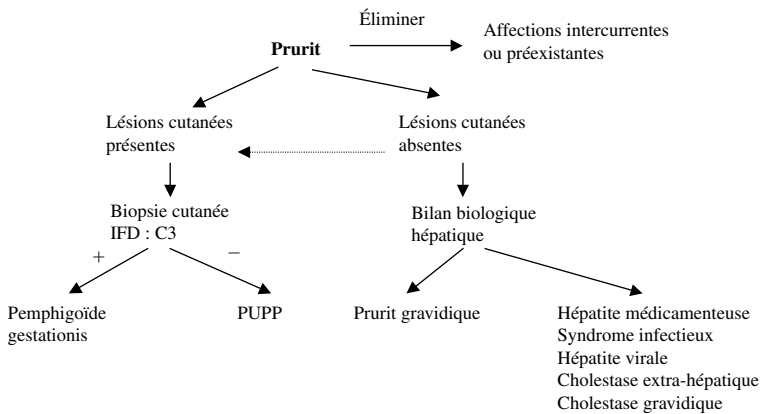


Fig. 24.1
Stratégie diagnostique face à un prurit.

► **Mots clés :** prurit ; grossesse ; cholestase ; pemphigoïde gestationis.

Références

www.bmlweb.org/foie_et_grossesse.html.
www.maghrebmed.com.tn/avicenne/medecine/etudiant/cours/c_dermato/dermato5.asp.

Question 25

Elle désire une grossesse et présente une thrombophilie, que faire ?

La demande

« Docteur, je désire un enfant. Vous m'aviez précisé de vous en parler à cause de mon problème de coagulation ».

Le préliminaire

Toute femme en âge de procréer, ayant un trouble de la coagulation doit avoir une contraception appropriée et doit être informée que toute grossesse sera à risque et nécessite un avis médical avant de la débiter, qu'elle soit ou non traitée par anti-vitamine K (AVK).

Se pose le problème de les traiter par HBPM.

Le suivi sera assuré dans le cadre d'un réseau.

La première consultation

Le médecin fera l'interrogatoire et un examen gynécologique complet (cf. Question 1) en insistant sur les antécédents thromboemboliques et sur l'état veineux de la patiente.

Il identifiera la thrombophilie ou le trouble de la coagulation et le risque thromboembolique pendant la grossesse.

Il recherchera les facteurs de risque associés de thrombose tel que l'obésité et l'alitement.

De même, il recherchera les facteurs de haut risque qui nécessitent une héparinothérapie, les AVK étant contre-indiqués en début et fin de grossesse. Il pourra si besoin commencer immédiatement la prévention par HBPM à dose fixe une fois par jour (*Lovenox* 40 mg) adapté selon le poids dès le début de la grossesse avec surveillance des plaquettes une à deux fois par semaine les trois premières semaines puis une fois tous les quinze jours ensuite.

Il lui prescrira des bas ou collant de contention.

Il lui rappellera les risques encourus, les signes qui doivent la faire consulter et il l'adressera au réseau dont il lui a expliqué le fonctionnement, avant qu'elle ne débute sa grossesse.

Le point de vue du gynécologue

L'incidence de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV) est estimée entre 0,5 et 2 pour 1 000 grossesses normales. Plusieurs facteurs favorisent la survenue d'une thrombose veineuse profonde pendant la grossesse : un état d'hypercoagulabilité physiologique, un ralentissement de la circulation veineuse par compression mécanique foetale et par inondation hormonale stéroïdienne. La découverte dans

les années quatre-vingt-dix de facteurs sanguins et génétiques favorisant les thromboses a permis de définir le concept de thrombophilie.

Les différentes thrombophilies ou quel bilan ?

Elles peuvent être **acquises**, et ce sont les syndromes primaires et secondaires des antiphospholipides ainsi que les syndromes néphrotiques. Elles peuvent être **congénitales** et ce sont les déficits constitutionnels quantitatifs ou qualitatifs en inhibiteurs naturels de la coagulation : protéine C et S et antithrombine, ou bien ce sont des mutations portant sur les facteurs cibles de ces inhibiteurs et empêchant leur action : le facteur V de Leiden et celui de la prothrombine ou mutation G202A10. On peut leur rajouter certaines anomalies plus complexes, que sont l'hyperhomocystéinémie avec la mutation du gène de la méthylène-tétra-hydrofolate-réductase (MTHFR). Associé à un temps de Quick, un hémogramme et un TCA cela constitue le bilan suffisant devant des facteurs de risques de thrombose.

Le risque de complications thromboemboliques pendant la grossesse et dans le post-partum est augmenté chez les femmes enceintes atteintes de thrombophilie. Ces risques sont augmentés lorsqu'il y a association des anomalies. Par exemple, le risque d'accident thromboembolique en cas de mutation de Leiden est de 1/500 grossesses et de 1/200 pour la mutation du gène de la prothrombine, avec un risque de 1/22 grossesses lorsque les deux anomalies sont associées.

La connaissance de ces facteurs de risque est capitale mais elle s'associe aux autres facteurs de risques de thrombose que sont l'âge de la mère, la réduction d'activité et l'alitement, l'obésité et les antécédents personnels et familiaux de maladie thromboembolique.

La survenue de certaines pathologies comme la pré-éclampsie majeure également le risque.

Tableau 25.1

Fréquence des thrombophilies dans la population générale, chez les femmes ayant une thrombose et le risque de survenue d'une thrombose pendant la grossesse (d'après Gruel *et al.*).

Anomalie	Prévalence population générale (%)	Prévalence population thrombose (%)	Risque thrombose grossesse (%)
Antithrombine	0,02-0,17	1,1	50
PC	0,14-0,5	3,2	3-10
PS			0-6
RPCA			15
V Leiden	3-7	20-50	homozygotes V 9
II G20210A	2-5	5-10	Doubles hétérozygotes
Homocystéine			Carence folates
MTHFR	10 homozygote		

Les différents groupes à risque et leur traitement

En fonction de ces anomalies, ont été définis des groupes de patientes à risques variables de thromboembolie pendant la grossesse. Il leur correspond une prévention du risque thromboembolique adaptée.

Un groupe à haut risque

- Déficit en antithrombine avec ou sans symptôme.
- Prise d'AVK au long cours quelle qu'en soit l'étiologie.
- Syndrome des antiphospholipides.
- Maladie thromboembolique résiduelle.

Patientes pour lesquelles la prévention consistera en HBPM 75 unités anti-Xa/kg 2 fois/jour dès le début de la grossesse avec un objectif de dosage de l'activité anti-Xa entre 0,35-0,5 UI/ml ou HBPM à dose fixe une fois par jour (*Lovenox* 40 mg) dès le début de la grossesse avec surveillance des plaquettes une fois par semaine les trois premières semaines puis une fois par mois.

Un groupe à risque moyen

- Antécédent personnel de thrombose spontanée avec ou sans thrombophilie.
- Patiente asymptomatique avec :
 - déficit protéine C,
 - V Leiden ou II G20210A homozygote.

Avec une prévention HBPM à dose fixe une fois par jour (*Lovenox* 40 mg), à partir du deuxième trimestre ou plus tôt si facteur aggravant.

Un groupe à bas risque

- Patiente sans antécédent personnel, avec :
 - déficit protéine S,
 - hétérozygote V Leiden,
 - hétérozygote II G20210A.
- Antécédent de thrombose provoquée.
- Absence de facteur de risque permanent.

Pas de prophylaxie systématique pendant la grossesse mais une prophylaxie sur facteur de risque supplémentaire : allitement, gémellaire, infection grave, pré-éclampsie, etc., en y associant une prophylaxie systématique du post-partum.

Dans tous les cas : contention veineuse adaptée jusqu'à six à douze semaines après l'accouchement. Ensuite, après l'accouchement ou la césarienne, il faut reprendre une HBPM dans les 12 heures suivant l'accouchement, en l'absence de complications hémorragiques :

Dans tous les cas : contention veineuse adaptée jusqu'à six à douze semaines après l'accouchement. Ensuite, après l'accouchement ou la césarienne, il faut reprendre une HBPM dans les 12 heures suivant l'accouchement, en l'absence de complications hémorragiques :

- HBPM dose préventive, 1 fois/24 h ;
- relais par AVK dès J2 ;
- INR 2-3 ;
- durée six semaines ;
- allaitement possible.

Les antivitamines K (AVK)

Les AVK (warfarine, coumarine, indanediones) peuvent entraîner, lors d'une exposition au premier trimestre, un avortement spontané (incidence de 20 à 40 %) ou un syndrome polymalformatif spécifique, « embryopathie coumarinique » (malformation des os propres du nez, ponctuations épiphysaires) dont l'incidence est estimée entre 4 et 6 %.

Il faut donc, avant que la grossesse ne débute, réévaluer la nécessité du traitement par AVK et si possible le substituer par une héparine fractionnée ou non.

Des anomalies du système nerveux central (microcéphalie, atrophie optique, paralysie des nerfs crâniens et retard mental) en rapport avec des hémorragies intracérébrales sont décrites après exposition aux AVK à partir du deuxième trimestre de grossesse avec une fréquence estimée à environ 2 %.

En dehors de certaines pathologies spécifiques (valves cardiaques) **la substitution de l'AVK par une héparine devra être systématiquement envisagée.**

► **Mots clés :** thrombophilie ; grossesse ; héparine ; AVK.

Références

Conférence de consensus Thrombophilie et grossesse avril 2003: www.gita-thrombose.org/publi-for/thrombo-grosses.html
www.anaes.fr

Choix des anticoagulants pendant la grossesse. *Prescrire*, 2001, 218:452-5.

Hanania G, Nassivera L. Anticoagulant pendant la grossesse chez les patientes porteuses d'une valve mécanique. *Arch Mal Coeur Vaiss*, 2001, 94:1073-6.

De Moerloose P, Boehlen F. Utilisation des anticoagulants pendant la grossesse. *Gynecol Obstet Fertil*, 2001, 29:624-7.

Question 26

Elle désire une grossesse et a une hypertension artérielle. Quel est le suivi et quels sont les traitements ?

La demande

« Docteur, je désire une grossesse. Que va devenir ma tension ? »

Le préliminaire

Toute grossesse chez une hypertendue est une grossesse à risques.

Toute femme hypertendue doit avoir une contraception adaptée et efficace.

Il faut prévoir la grossesse et modifier le traitement avant de la débiter.

Le suivi sera assuré dans le cadre d'un réseau.

La première consultation

Le médecin fera l'interrogatoire et un examen gynécologique complet (cf. Question 1).

Il lui rappelle les risques encourus.

Le médecin informe la patiente qu'une grossesse chez une hypertendue est une grossesse à risques mais que maintenant l'évolution est le plus souvent favorable grâce à un suivi particulier. Il lui expose les risques de pré-éclampsie et de retard de croissance *in utero* au cours de la seconde moitié de la grossesse.

Il lui explique la nécessité d'un parfait contrôle de la tension artérielle pendant la grossesse, avec la prise de celle-ci régulièrement, éventuellement il lui prescrit un tensiomètre pour contrôle régulier. Il lui donne les conditions d'hygiène et de diététique avec lesquelles elle doit poursuivre sa grossesse.

Il lui modifie son traitement par du méthyldopa ou un bêtabloquant en accord avec le cardiologue.

Il lui explique le fonctionnement du réseau dans lequel elle trouvera le suivi médical intensif nécessaire à sa pathologie.

Il l'adresse au réseau avec les informations nécessaires.

Le point de vue du gynécologue

10 % des femmes enceintes présentent au cours de la grossesse des chiffres tensionnels supérieurs à 14/9. La moitié d'entre elles sont atteintes d'une hypertension artérielle (HTA) essentielle, l'autre moitié d'une toxémie gravidique ou HTA d'origine placentaire. Toutes doivent bénéficier d'une étroite surveillance. Une HTA essentielle peut évoluer vers une toxémie gravidique. Par cette hypertension, l'organisme maternel tente de compenser une mauvaise perfusion du placenta pour protéger le fœtus. Le problème n'est donc pas de soigner l'HTA qu'il ne faut pas trop faire baisser mais

d'éviter à la mère et l'enfant la survenue de complications. La pré-éclampsie reste une cause importante de mortalité et de morbidité materno-fœtales.

Le diagnostic

Il va conditionner l'essentiel de la conduite à tenir.

Classiquement, l'HTA gravidique survient lors de la première grossesse mais un nouveau « père » peut être en cause chez une multipare ! Généralement, une toxémie gravidique ne s'exprime qu'après 20 SA. Dans tous les cas une protéinurie supérieure à 300 mg/24 h (2 croix) et/ou une uricémie augmentée sont révélatrices mais leur normalité n'exclut pas le diagnostic à 100 %. L'échographie avec Doppler des artères ombilicales et utérines est l'examen significatif. Il est souvent pathologique avant la survenue du retard de croissance. Il permet d'en prédire la survenue.

Les examens complémentaires

Devant toute hypertension artérielle survenant pendant la grossesse, le médecin doit donc prescrire :

- une NFS-plaquette, un ionogramme sanguin avec uricémie et créatininémie, une recherche de protéinurie, des transaminases. Il recherchera une cause éventuelle à l'HTA, et l'adressera au néphrologue ;
- une échographie rénale et obstétricale avec Doppler des artères utérines est souhaitable.

La pré-éclampsie

Chez une femme enceinte atteinte d'HTA traitée ou non, essentielle, ancienne ou purement obstétricale (c'est-à-dire d'origine placentaire/toxémique), l'apparition de certains signes cliniques impose l'hospitalisation d'urgence.

La patiente et son entourage doivent en être informés et immédiatement contacter le généraliste, l'obstétricien voire le Samu en présence des signes suivant ;

- douleurs épigastriques en barre ;
- nausées, vomissements ;
- céphalées, obnubilation, réflexes vifs ;
- phosphènes, acouphènes.

L'éclampsie

L'apparition de convulsions constitue l'éclampsie.

À l'examen, une toxémie sévère est certaine si :

- à partir du sixième mois la pression artérielle diastolique > 100 mmHg et/ou la pression artérielle systolique > 160 mmHg ;
- œdème aux doigts, au visage, prise de poids rapide, réflexes vifs ;
- pétéchies, épistaxis, hémorragie digestive.

En attendant le Samu, et devant une suspicion d'éclampsie, le généraliste doit :

- injecter 10 mg de *Valium* 1 ampoule IM ;
- mettre la patiente en décubitus latéral gauche ;
- assurer la libération des voies aériennes hautes (canule de Guédel par exemple).

Le traitement

La découverte d'une toxémie gravidique fait redouter les complications du troisième trimestre : crise d'éclampsie, mort fœtale, HELLP syndrome, hématome rétroplacentaire et déclenche le seul traitement possible : l'extraction du fœtus.

En l'absence de complication, **le repos** est dans la majorité des cas le seul traitement susceptible de prévenir ou de retarder l'heure des complications.

La surveillance clinique de la TA, du poids, la recherche d'œdème (mains et face) est capitale, une consultation tous les quinze jours est nécessaire au minimum. Elle nécessite la collaboration de l'obstétricien de la sage-femme à domicile, et du néphrologue parfois. Une échographie Doppler tous les quinze jours est souhaitable.

Entre 14 et 16 mmHg, on ne traite pas mais la surveillance est renforcée. Il est important de notifier aux parturientes de ne pas instaurer un régime sans sel strict. Il peut être conseillé l'achat d'un tensiomètre.

Si la tension est $> 16/9$ mmHg il faut traiter, mais la baisse de TA doit être progressive.

Seront choisis :

- des hypotenseurs centraux en première intention : clonidine (*Catapressan*), méthyl dopa (*Aldomet*) ;
- des bêtabloquants (acébutolol [*Sectral*], labétalol [*Trandate*]). Réservés aux services hospitaliers ;
- des inhibiteurs calciques (nicardipine [*Loxen*]).

Les diurétiques et Inhibiteurs de l'enzyme de conversion sont contre-indiqués.

Sauf anomalies, après l'accouchement, l'enfant bénéficie de la même surveillance que n'importe quel nouveau-né. Pour la mère, il convient de conserver le traitement dans le post-partum immédiat et de contrôler la TA pendant régulièrement. Si elle ne baisse pas à trois mois, outre le traitement, une recherche étiologique doit être envisagée. Il y a trois fois plus de probabilité de voir apparaître une HTA dans les dix ans.

Lors des futures grossesses l'administration systématique de DL lysine acétyle salicylate (*Aspégic*) 100 mg/j du troisième au huitième mois améliore significativement le poids des bébés à la naissance.

► **Mots clés** : hypertension ; pré-éclampsie ; antihypertenseur ; retard de croissance.

Références

Mounier-Vehier C, Valat-Rigot AS, Devos P, Equine O, Carre A. Hypertensive syndromes in pregnancy. Physiopathology, definition and fetomaternal complications. *Presse Med*, 1999, 24, 28(16) : 880-5.

Mounier-Vehier C, Valat-Rigot AS, Devos P, Equine O, Carre A. Hypertensive syndromes in pregnancy. Diagnosis and therapy. *Presse Med*, 1999, 24, 28(16):886-91.

www.univ-reims.fr/UFR/Medecine/fmi/plancours/cycle2/module12/pdf/24_Rein_et_grossesse.pdf

Question 27

Elle est enceinte et a un diabète, que faire ?

La demande

« Docteur, je désire une grossesse. Que va devenir mon diabète ? »

Le préliminaire

Toute grossesse chez une diabétique est une grossesse à risques.

Toute femme atteinte d'un diabète de type 1 et 2, doit avoir une contraception adaptée et efficace.

Elle sera informée qu'elle doit être traitée par insuline avant de débiter sa grossesse ou dès la découverte de celle-ci.

Le suivi sera assuré dans le cadre d'un réseau.

La première consultation

Le médecin fait l'interrogatoire et un examen gynécologique complet (cf. Question 1).

Il lui rappelle les risques encourus :

- s'il s'agit d'un type 1, le médecin intensifie l'insulinothérapie selon les besoins ;
- s'il s'agit d'un type 2, le médecin va impérativement arrêter les antidiabétiques oraux et prescrire une insulinothérapie. Il l'informe de la nécessité d'une surveillance glycémique rigoureuse et il la lui enseigne.

Le médecin informe également la patiente qu'une grossesse chez une diabétique est une grossesse à risques mais que maintenant l'évolution est le plus souvent favorable grâce à un suivi particulier et à un équilibre glycémique rigoureux.

Il lui explique le fonctionnement du réseau dans lequel elle trouvera le suivi médical intensif nécessaire à sa pathologie.

Il l'adresse au réseau avec les informations nécessaires.

Si elle n'a pas de diabète mais qu'elle est simplement à risque, comme pour toute grossesse, il prescrira le test de O'Sullivan entre 26 et 28 SA.

Si elle a un diabète gestationnel, il lui expliquera sa pathologie, et assurera le suivi glycémique sous régime ou sous insuline.

Le point de vue du gynécologue

Deux circonstances sont possibles : soit le diabète existe préalablement à la grossesse, soit il s'agit d'un diabète survenant pendant la grossesse qu'il faut dépister : le diabète gestationnel.

La grossesse de la femme diabétique

Pour le bébé, le rôle néfaste de l'hyperglycémie existe tout le long de la grossesse : dès la conception, lors de l'organogenèse mais aussi lors du développement fœtal. L'hyperinsulinisme entraîne macrosomie, retard de maturation pulmonaire, hypoxie

tissulaire, hypertrophie cardiaque. Lors de l'accouchement le risque le plus sévère est celui d'hypoglycémie néonatale.

La prise en charge de la grossesse de la femme diabétique relève du médecin spécialiste car il s'agit d'une grossesse à risque (tableau 27.1), dont le pronostic est lié au contrôle métabolique du diabète.

La prise en charge est donc fondamentale, que ce soit dans le diabète insulino-dépendant ou non insulino-dépendant. La « durée idéale » d'une grossesse chez une femme diabétique est de douze mois. Il est en effet bénéfique que le diabète soit bien équilibré deux à trois mois avant la conception.

Dès que le diagnostic de grossesse est établi, l'obtention d'un bon équilibre métabolique est une urgence. Cette mise en condition doit donc associer une revue de la diététique, une interruption des antidiabétiques oraux et une mise en route d'une insulinothérapie optimisée par plusieurs injections et autocontrôle glycémique. Ce passage à l'insuline d'un DNID nécessite généralement une hospitalisation de quelques jours pour une revue de la diététique, l'apprentissage de l'autocontrôle et des injections. Pour le diabète de type 1, cet objectif peut nécessiter une intensification de l'insulinothérapie (passage à trois, quatre ou cinq injections d'insuline par jour, voire utilisation d'une pompe externe).

Durant la grossesse, consultation et/ou hospitalisation brèves répétées pour :

- remise au point diététique ;
- contrôle du poids et de la TA ;
- fond d'œil en début de grossesse et vers 26/28 SA ;
- recherche d'une infection urinaire.

Le suivi diabétologique doit être très fréquent (tous les quinze jours) et l'accouchement doit avoir lieu dans une maternité qui dispose d'un pédiatre néonatalogiste sur place.

L'objectif glycémique est clair, avec plusieurs déterminations capillaires par jour (trois préprandiaux et trois postprandiaux) + recherche d'acétonurie matin et soir + HbA1C une à deux fois par mois.

L'association d'un taux normal d'HbA1C à des glycémies capillaires inférieures à 100 mg/dl en préprandial (idéalement 60-90 mg/l) et à 140 mg/dl en postprandial (idéalement 100-120 mg/dl) caractérise le bon équilibre souhaitable en cours de grossesse.

Tableau 27.1

Principaux risques de la grossesse diabétique.

Risque maternel	Risque fœtal
Instabilité métabolique	Malformations
Aggravation de rétinopathie	Avortements spontanés
Pré-éclampsie (si HTA ou micro-albuminurie préexistante)	Souffrance fœtale chronique
Infections urinaires	Macrosomie
	Hypotrophie fœtale
	Prématurité
	Hypoglycémies néonatales

HTA : hypertension artérielle

Le diabète gestationnel

Le diabète gestationnel (DG) se définit comme un diabète diagnostiqué pour la première fois au cours de la grossesse. Les principaux risques du DG concernent le nouveau-né : macrosomie pouvant imposer un accouchement par césarienne si le poids estimé est supérieur ou égal à 4 500 g (grade B), traumatisme obstétrical, détresse respiratoire, hypoglycémies, mort néonatale. Le diabète gestationnel est une pathologie fréquente : dans les populations européennes, la prévalence du diabète gestationnel est de l'ordre de 3 à 6 % de toutes les grossesses.

Première étape : dépistage du DG (grade B)

Le dépistage du DG est recommandé et s'effectue entre la vingt-quatrième et la vingt-huitième SA par le test de O'Sullivan (glycémie 1 h après une charge orale de 50 g de glucose). Il peut être fait au premier trimestre s'il existe des facteurs de risque de DG : obésité, antécédent personnel de DG ou d'intolérance glucidique, macrosomie lors d'une grossesse précédente, antécédent familial de diabète, glycosurie. Le test de O'Sullivan est positif si la glycémie est supérieure ou égale à 1,30 g/l. Ce résultat impose la réalisation rapide d'une épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO). Selon les équipes, un seuil à 1,40 g/l peut être préféré pour les patientes sans facteur de risque de diabète gestationnel.

Deuxième étape : diagnostic du DG

Il est défini par au moins deux valeurs pathologiques lors de l'HGPO avec 100 g de glucose (= deux valeurs supérieures ou égales aux valeurs du tableau 27.2).

Tableau 27.2

HGPO 100 g de glucose pour le diagnostic du diabète gestationnel.

	g/l	mmol/l
A jeun	0,95	5,3
1-h	1,80	10
2-h	1,55	8,6
3-h	1,40	7,8

Troisième étape : traiter le DG

Le traitement repose sur le régime (50 % de glucides). Cette alimentation a pour objectifs d'obtenir des glycémies normales, d'apporter les nutriments nécessaires à la mère et au fœtus, et d'obtenir un gain de poids approprié. Une surveillance glycémique hebdomadaire est proposée, par mesure de la glycémie veineuse à jeun et postprandiale (2 h après le début d'un repas). Si les glycémies à jeun et/ou postprandiales sont respectivement supérieures ou égales à 0,95 g/l et 1,20 g/l, il faut prescrire sans retard une insulinothérapie (grade B), au cours d'une brève hospitalisation. Le suivi par le diabétologue doit être fréquent (tous les quinze jours minimum) jusqu'à l'accouchement.

Quatrième étape : après l'accouchement

Une prévention (alimentation équilibrée, activité physique) et un dépistage du diabète de type 2 (HGPO 75 g de glucose trois mois après l'accouchement puis glycémie à jeun une fois par an) doivent être mis en place par le médecin généraliste.

► **Mots clés** : grossesse ; diabète ; insuline ; dépistage.

Références

Lassman-Vague V, Basdevant A, Cathelineau G *et al.* Grossesse et contraception chez la femme diabétique. Diabète gestationnel. *Recommandations de l'ALFEDIAM*, disponibles sur le site www.alfediam.org.

ACOG Practice Bulletin N° 30. Gestational diabetes. *Obst Gynecology*, 2001, 98:525-38.
www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_01.HTM

Question 28

Elle est enceinte et elle est obèse

La demande

« Docteur, j'ai un retard de règles de huit jours. Faites-moi faire un test. »

Le préliminaire

Toute grossesse chez une femme ayant un indice de masse corporel (IMC) ≥ 30 est à risques.

Le suivi sera assuré dans le cadre d'un réseau.

Toute femme obèse doit essayer de perdre le plus possible de poids avant la grossesse.

Elle doit démarrer celle-ci dans une période stable.

Toute patiente porteuse d'un anneau gastrique doit être sous contraception efficace.

La première consultation

Le médecin procède à un interrogatoire complet, à la recherche d'autres facteurs de risques et l'informe de ceux liés à l'obésité.

- Il pratique un examen clinique complet (cf. Question 1) ;
- il la pèse et la mesure et lui explique l'intérêt du suivi de son IMC ;
- il la confie au spécialiste en diététique du réseau pour la prise en charge de son obésité et lui explique que la non-prise de poids voire la perte de poids est bénéfique à l'évolution de sa grossesse. Elle devra donc suivre un régime hypocalorique pendant la grossesse.

Il recherchera tout particulièrement pendant sa grossesse une complication due à l'obésité, en particulier un diabète gestationnel et une hypertension artérielle.

Le point de vue du gynécologue

Le diagnostic

La corpulence s'exprime par l'indice de masse corporelle (IMC). Il se calcule en divisant le poids (en kg) par la taille au carré (en m^2). La surcharge pondérale est définie par un IMC compris entre 25 et 29,9 kg/m^2 . À partir de 30 kg/m^2 , il s'agit d'obésité. Les prévalences de la surcharge pondérale et de l'obésité augmentent dans toutes les sociétés occidentales. En France, elles ont augmenté de 1 à 2 % entre 1997 et 2000 dans la population de sexe féminin (tableau 28.1). L'obésité correspond à une situation à haut risque obstétrical tant pour la mère que pour l'enfant.

Complications maternelles

L'excès pondéral augmente le risque de **diabète gestationnel** (DG). Ainsi, l'incidence du DG est de 1,8 à 6,5 fois plus élevée lorsque l'IMC est compris entre 25 et 30 kg/m^2 . Il est de 1,4 à 20 fois plus fréquent lorsque l'IMC atteint 30 kg/m^2 . Il

Tableau 28.1

Prévalence de la surcharge pondérale et de l'obésité en 2000 chez la femme française en âge de procréer. Les chiffres entre parenthèses indiquent l'augmentation des prévalences entre 1997 et 2000 (d'après OBEPI 2000).

Âge	Surcharge pondérale*	Obésité**
15-24 ans	8,7 % (+1,4 %)	2,1 % (+0,7 %)
25-34 ans	15,3 % (+2,0 %)	7,1 % (+1,4 %)
35-44 ans	19,8 % (+2,0 %)	8,8 % (+0,9 %)

*Surcharge pondérale = indice de masse corporelle compris entre 25,0 et 29,9 kg/m².

**Obésité = indice de masse corporelle ≥ 30 kg/m².

apparaît donc prudent de surveiller de façon répétée et régulière la survenue d'une intolérance au glucose chez la femme enceinte et obèse même si le test effectué entre la vingt-quatrième et la vingt-huitième semaine se révèle négatif. La présence d'un DG doit conduire à la mise en route d'un régime (100 kJ/kg de poids) avec le risque accru de céto-genèse si la restriction est plus sévère. L'**hypertension artérielle** est de 2,2 à 21,4 fois plus fréquente chez les patientes obèses que chez les non-obèses et les **pré-éclampsies** surviennent de façon plus fréquente (de 1,2 à 9,7 fois). Comme pour l'intolérance aux glucides, l'hypertension artérielle est plus fréquente chez les patients présentant une obésité à prédominance androïde. L'obésité s'accompagne également chez la mère d'une augmentation de la fréquence de l'**infection urinaire** et de **troubles thromboemboliques** fréquents. En revanche l'anémie paraît moins fréquemment en cours de grossesse chez la femme obèse.

Complications de la délivrance

L'association entre l'obésité maternelle et **prématurité** n'est pas clairement établie. En revanche, il est nécessaire de recourir au **déclenchement du travail** de façon plus fréquente chez la femme obèse. La durée du travail n'apparaît pas différente entre les obèses et non-obèses. La proportion d'accouchement par **césarienne** est 1,5 à 3 fois plus élevée chez la femme obèse. Le risque d'accouchement par césarienne augmente de 7 % pour chaque augmentation d'une unité de l'IMC prégravidique. Les complications les plus fréquemment rapportées à l'origine de la césarienne sont la macrosomie, la souffrance fœtale et le travail inefficace. Les risques anesthésiques et postopératoires sont aussi plus élevés chez les parturientes obèses.

Complications infantiles

Chez l'enfant, un **score d'Apgar bas** est plus fréquent chez les nouveaux nés de mère obèse. De même l'**épaisseur des plis cutanés** est plus importante chez les enfants nés de mère obèse suggérant que l'excès de poids du nouveau-né est principalement dû à un excès de masse grasse. La macrosomie augmente le risque de **dystocie des épaules**, **traumatisme obstétrical** et de **décès périnatal**. L'obésité maternelle constitue également un facteur de risque d'**anomalie congénitale** dont la plus fréquente est le **spina-bifida**. L'obésité est également un facteur de risque de **cryptorchidie** chez l'enfant de sexe masculin, et d'**asymétrie dentaire**. Le risque de mortalité périnatale augmente de façon

proportionnelle à l'importance de l'excès pondéral. En effet l'incidence du décès périnatal du nouveau-né est de 1,15 à 2,5 fois plus importante chez l'obèse que chez la non-obèse. Lorsque l'IMC atteint 30 kg/m², cette incidence est de 2,5 à 3 fois plus importante chez les enfants nés de mère obèse. Le risque de décès fœtal tardif est également augmenté principalement chez les obèses nullipares. Les complications maternelles et l'accouchement prématuré constituent les deux facteurs de risque de mortalité excessive chez l'enfant.

Les complications à long terme

L'excès de gain pondéral pendant la grossesse aggrave l'obésité maternelle. La prise de poids pendant la grossesse est un facteur prédictif de la rétention pondérale post-partum. Les enfants nés de mère obèse présentent un risque accru d'excès pondéral à douze mois. En particulier les enfants macrosomes ont un risque accru de devenir obèse au fil du temps. Lorsque le diabète est apparu en cours de grossesse, les enfants développent plus volontiers une surcharge pondérale et une obésité durant l'enfance particulièrement lorsqu'ils avaient un excès pondéral à la naissance.

Conduite à tenir

Le gain pondéral maternel au cours de la grossesse est un élément essentiel de la croissance fœtale et du devenir de la grossesse. Une prise de poids excessive est associée à l'augmentation du risque de macrosomie en particulier chez les femmes ayant un surpoids au début de la grossesse. Les recommandations relatives au gain pondéral pendant la grossesse sont basées sur l'IMC avant la grossesse et prennent en compte le risque mais aussi l'insuffisance de gain de poids (tableau 28.2). Il est également recommandé :

- des objectifs moindres si la femme n'a pas l'intention d'allaiter ;
- de réduire les apports et d'augmenter l'activité physique après la grossesse ou l'allaitement afin de favoriser le retour au poids initial, voire inférieur au poids initial si la mère était obèse ;
- de proposer une alimentation modérément restrictive (ne pas descendre en dessous de 1 600 kcal/jour) et nutritionnellement équilibrée ;
- d'éviter les carences, en particulier en calcium et en micronutriments, voire en fer.

Tableau 28.2

Recommandations relatives au gain pondéral durant la grossesse en fonction de l'indice de masse corporelle prégestationnel (IMC en kg/m²).

Catégorie d'IMC prégestationnel (kg/m ²)	Éventail de gain de poids recommandé (kg) ^{1,2}
IMC < 19,8	12,5-18,0
19,8 < IMC < 26	11,5-16,0
26 < IMC < 29	7,0-11,5
IMC ≥ 29	< 6

¹Chez les adolescentes, les objectifs devraient se situer dans la partie haute de la fourchette.

²Chez les femmes de petite taille (< 1,57 m), les objectifs devraient se situer dans la partie basse de la fourchette.

► **Mots clés** : obésité ; grossesse ; alimentation.

Références

- Bresson JL, Rey J. Les femmes enceintes et allaitantes. In: A. Martin. ANC 2000. *Apports Nutritionnels Conseillés pour la population française*. (3^e ed) (pp. 293-305). Paris, Tec et Doc, Lavoisier, 2001.
- Galtier-Dereure F, Boegner C, Bringer J. Obesity and Pregnancy: complications and cost. *Am J Clin Nutr*, 2000, 71(suppl 1):1242S-1248S.
- Simon C. Nutrition de la femme enceinte et allaitant. In: *Traité de Nutrition Clinique de l'adulte*. A Basdevant, M Laville, E Lerebours (eds) (pp. 283-292). Paris, Médecine-Sciences, Flammarion, 2001.

Question 29

Elle est enceinte et a une dysthyroïdie, que faire ?

La demande

« Docteur, je désire une grossesse. Que va devenir ma thyroïde ? »

Le préliminaire

Toute grossesse chez une dysthyroïdienne est une grossesse à risques.

Toute femme dysthyroïdienne, doit avoir une contraception adaptée et efficace.

Elle est informée que son traitement doit être modifié avant de débiter sa grossesse, après dosage hormonal.

Le suivi est assuré dans le cadre d'un réseau.

La première consultation

Le médecin procède à l'interrogatoire et à un examen gynécologique complet (cf. Question 1).

Il lui rappelle les risques encourus, notamment lors d'hypothyroïdie et de sous-dosage en Thyroxine, lui demandant de consulter si elle en ressent les signes.

Il dose ses hormones (TSH et T4 libre [T4_l]) avant de l'envoyer voir le spécialiste.

Il fait la déclaration de grossesse.

Le médecin doit informer la patiente qu'une grossesse chez une dysthyroïdienne est une grossesse à risques mais que maintenant l'évolution est le plus souvent favorable grâce à un suivi particulier. Il annonce la nécessité de suivre les dosages hormonaux pendant la grossesse.

Il va lui expliquer le fonctionnement du réseau dans lequel elle trouvera le suivi médical intensif nécessaire à sa pathologie.

Toute patiente ayant une dysthyroïdie doit être suivie en début de grossesse par un endocrinologue.

Il l'adresse au réseau avec les informations nécessaires.

Le point de vue du gynécologue

Association rare, l'hyperthyroïdie concerne 0,2 % des femmes enceintes et la maladie de Basedow 1 femme enceinte/1 500 à 2 000. L'hypothyroïdie est rare pendant la grossesse (3 à 7 ‰) en raison de la baisse de la fécondité liée à l'hypothyroïdie (dysovulation et fausses couches) due à la diminution de la *sex hormone binding globulin* (SHBG), responsable de perturbations de la pulsativité de la LH, à l'hyperprolactinémie associée et à la pathologie auto-immune.

Ces atteintes relèvent du spécialiste et plus particulièrement de l'endocrinologue. Ses particularités sont :

- retentissement de la maladie thyroïdienne sur l'évolution de la grossesse et inversement ;

- interférences de la grossesse avec le processus auto-immunitaire de certaines maladies thyroïdiennes ;
- choix thérapeutiques conditionnés par la grossesse ;
- possibilité de retentissement sur le fœtus ;
- modifications hormonales pendant la grossesse :
 - augmentation des taux de TBG (*thyroxine binding globuline*) due à l'hyperœstrogénie,
 - déficit en iode (augmentation clairance rénale et passage placentaire),
 - augmentation volume thyroïdien (déficit en iode, hyperœstrogénie et action thyrotrophique de l'hormone chorionique gonadotrophique [hCG]),
 - passage transplacentaire minime des hormones thyroïdiennes.

Le diagnostic

On fera essentiellement appel aux dosages de TSH (normales situées de 0,2 à 6 μ U/ml) et de T4_L (normales de 0,8 à 1,9 μ g/100 ml).

Ensuite, des dosages plus précis seront orientés en fonction de la clinique et de la TSH :

- en cas de thyroïdite auto-immune, on recherchera : les anticorps antithyroglobuline, et les anticorps antiperoxydase (ou antimicrosomes) = Ac anti-TPO ;
- en cas de maladie de Basedow, on étudiera :
 - les anticorps anti-récepteurs de la TSH = TRAK (*thyroid receptor antibodies*),
 - les anticorps stimulant le récepteur de la TSH responsables d'une hyperthyroïdie,
 - les anticorps bloquant le récepteur de la TSH responsables d'une hypothyroïdie.

Les explorations morphologiques possibles pendant la grossesse sont :

- **scintigraphie** : à l'iode 131, elle est contre-indiquée pendant toute la grossesse ; au technétium, elle est contre-indiquée avant le quatrième mois ;
- **échographie** Elle est utile au diagnostic d'un kyste ou pour la surveillance d'un nodule, mais elle n'a pas d'intérêt dans les goitres simples diffus, les hyper- ou les hypothyroïdies ;
- **la cytoponction** peut également être utile en cas de nodule ou de kyste.

Hyperthyroïdie

Diagnostic de l'hyperthyroïdie au cours de la grossesse

Difficile s'il n'y a pas d'antécédents thyroïdiens. Si l'hyperthyroïdie est connue avant la grossesse faire systématiquement un dosage de T4_L (augmentée) et de TSH (freinée).

La scintigraphie thyroïdienne est formellement contre-indiquée.

L'étiologie la plus fréquente est la maladie de Basedow. Elles sont essentiellement représentées par la maladie de Basedow, dans 85 % des cas et dans 10 % des cas par le goitre multinodulaire toxique. Elle est évoquée devant la clinique et un taux positif d'autoanticorps stimulants (TSI). Deux étiologies sont particulières à la grossesse et en rapport avec la production de hCG : la maladie trophoblastique et l'hyperthyroïdie transitoire de la grossesse liées à des vomissements.

Effet de la grossesse sur l'hyperthyroïdie

L'état gravide tend à diminuer l'auto-immunité au cours des deux derniers trimestres avec une recrudescence de la maladie au cours du premier trimestre et un rebond dans le post-partum.

Effet de l'hyperthyroïdie sur la grossesse

Augmentation du risque de prématurité et de mortalité néonatale.

En cas de Basedow, risque d'hyperthyroïdie néonatale par passage transplacentaire des anticorps anti-récepteurs de la TSH.

Traitement de l'hyperthyroïdie maternelle

Repos, antithyroïdiens de synthèse (ATS) : carbimazole ou PTU, et bêtabloquants. L'iode radioactif est contre-indiqué (risque d'irradiation *in utero*) ainsi que les iodures (risque de goitre compressif).

Il existe un risque d'hypothyroïdie fœtale avec les ATS. Ils traversent la barrière placentaire. Donner la dose minimale pour obtenir une $T4_L$ à la limite supérieure de la normale. Recourir à la chirurgie en cas d'échec des ATS. En cas de traitement par ATS l'allaitement est fortement déconseillé.

Hypothyroïdie**Diagnostic de l'hypothyroïdie au cours de la grossesse**

Difficile sur la clinique. Nécessité d'une confirmation biologique, essentiellement TSH élevée. L'étiologie la plus fréquente est la thyroïdite auto-immune d'Hashimoto.

Effet de l'hypothyroïdie sur la grossesse

Risque d'hypothyroïdie néonatale, par passage d'anticorps bloquant la fixation de la TSH.

Traitement de l'hypothyroïdie chez la mère

L-thyroxine par voie orale ; environ $2 \mu\text{g}/\text{kg}$ (10 à $150 \mu\text{g}/\text{j}$). Surveillance trimes-trielle de la $T4_L$.

Le post-partum

On assiste au retour à l'état immunitaire antérieur, ce qui peut conduire à la rechute d'une maladie de Basedow ou à l'apparition d'une thyroïdite du post-partum qui se voit dans 2 % des grossesses. La thyroïdite du post-partum est due à la cytotoxicité des anticorps anti-TPO.

La thyroïdite du post-partum suit une évolution biphasique : d'abord une thyrotoxicose survenant d'un à trois mois après l'accouchement et durant de deux à dix semaines ; puis une phase d'hypothyroïdie entre le troisième et le sixième mois qui peut durer jusqu'au dixième mois suivant l'accouchement.

Le diagnostic repose sur la clinique, faite d'asthénie, dépression et troubles des règles. Le diagnostic est évoqué devant un goitre et des signes d'hypothyroïdie. La symptomatologie est le plus souvent discrète et transitoire. La biologie est marquée par une hypercholestérolémie, des taux bas de $T4_L$, élevés de TSH, et la présence d'anticorps anti-TPO.

Le traitement est symptomatique : pendant la phase d'hyperthyroïdie : bêta-bloquants et sédatifs ; pendant la phase d'hypothyroïdie : thyroxine six mois.

Il existe un risque de récurrence lors de grossesses ultérieures.

► **Mots clés** : grossesse ; hyperthyroïdie ; hypothyroïdie ; Basedow.

Référence

www.performances-medicales.com/JIRGO/crjirgo1/lundi/02.htm

Question 30

Elle fume pendant la grossesse

La demande

« Docteur, je voudrais arrêter de fumer, car je suis enceinte de deux mois ! Comment dois-je faire ? »

Le préliminaire

Les recommandations proposent clairement d'arrêter le tabac pendant toute la durée de la grossesse.

Une consommation, même ponctuelle ou modérée de tabac pendant la grossesse n'est pas anodine et peut entraîner des risques importants pour l'enfant à naître.

La première consultation

Le médecin devra rester empathique et rechercher la prise d'autre toxique en particulier l'alcool et le cannabis. Il délivrera une information éclairée mais non culpabilisante sur les méfaits de ces toxiques sur le fœtus. La plupart des femmes souhaitent arrêter de fumer durant leur grossesse, mais certaines éprouvent des difficultés à le faire en raison de leur dépendance au tabac.

Le médecin prendra en charge le ou les sevrages, selon ses compétences ou adressera la patiente à une consultation spécialisée.

Le point de vue du gynécologue

On estime que 37 % des femmes sont fumeuses avant le début de leur grossesse et que 19,5 % des femmes enceintes continuent de fumer pendant tout ou partie de celle-ci. L'arrêt du tabac doit intervenir de préférence avant la conception, sinon le plus tôt possible pendant la grossesse et reste utile tout au long de la grossesse et même après l'accouchement. Un arrêt total est recommandé, car la diminution du tabagisme maternel n'est pas suffisante pour prévenir l'apparition de complications maternelles, fœtales ou néonatales, pendant la grossesse ou au décours de l'accouchement. Cette prise en charge est à insérer dans une prise en charge globale de la femme fumeuse, dans le respect de son être et sans jamais la culpabiliser.

Fumer durant la grossesse comporte un certain nombre de risques

Les femmes fumeuses doublent leur risque de faire une grossesse **extra-utérine** : la nicotine à une action directe toxique sur la mobilité tubaire. Ce risque redevient celui de la population générale si la consommation de tabac est arrêtée un mois avant la conception.

Sur l'infertilité : le tabagisme maternel et paternel augmente la durée et le délai à la conception, et ce d'autant plus que le tabagisme est important et que les parents sont âgés. Le tabac diminue la réserve ovarienne en ovocytes, a un effet antioestrogène et favorise la production d'androgènes surrénaliens. Par ailleurs, le tabac diminue la

fécondité en augmentant des infertilités d'origine tubaire et le nombre de grossesses évolutives. Le taux de réussite des fécondations *in vitro* est diminué.

Le risque de faire une fausse couche spontanée est en moyenne triplé. Ce risque dépend de la quantité de cigarettes que l'on fume. Ainsi, pour une femme fumant plus de 30 cigarettes par jour en début de grossesse, ce risque de fausse couche spontanée serait multiplié par 5.

Le placenta risque de se fixer trop bas dans l'utérus, ce qui peut provoquer un hématome rétroplacentaire et entraîner des saignements lors du troisième trimestre de la grossesse. Le risque d'insertion basse du placenta est multiplié par deux à 3. Le placenta chez les fumeuses a une surface plus grande du fait de l'hypoxie.

Le risque de rupture des membranes (RM) avant 34 SA est multiplié par 3, ce qui en fait la première cause. Ce risque est dépendant de la dose. Ainsi, fumer moins de 20 cigarettes par jour serait responsable d'une augmentation de 20 % du nombre d'accouchements avant 38 SA et si l'on passe à plus de 20 cigarettes par jour, d'une augmentation de plus de 50 % de risque de RM. Enfin, le risque de prématurité liée au tabac augmente avec l'âge de la mère. Il est important de signaler que cette majoration du risque disparaît si la femme arrête de fumer avant la conception et diminue nettement si l'arrêt de l'intoxication tabagique survient dans le premier trimestre de la grossesse.

L'hypertension artérielle gravidique serait moins fréquente chez la femme fumeuse, mais celle-ci serait plus grave quand elle survient.

Le tabac serait aussi responsable d'une augmentation des pathologies bucco-dentaires, du risque de vergetures, d'anomalies de cicatrisation après césarienne, de modifications de certains paramètres biologiques (glycémie, taux d'insuline, hCG).

En France, l'incidence du **retard de croissance intra-utérin (RCIU)** serait de 5 % tous âges gestationnels confondus. Dans la région Nord, elle est de 9 % et augmente à 16 % si la consommation maternelle est inférieure à dix cigarettes par jour et à 27 % si la consommation est supérieure dix cigarettes par jour. Il n'y a pas de RCIU si la mère arrête le tabac avant 16 SA. La relation entre la quantité de tabac consommé par jour et le déficit pondéral à la naissance n'est pas linéaire. Même une faible consommation de tabac retentit sur la croissance fœtale. Ainsi, la prévalence du RCIU passe de 8,5 % à 14,7 % pour une consommation de une à cinq cigarettes par jour et à 18,7 % si elle dépasse dix cigarettes par jour.

Il existe une augmentation du risque de **mort subite du nourrisson**. Ce risque serait multiplié par deux si la mère a fumé pendant la grossesse. Ce risque serait dose dépendant (1,8 et 2,7 respectivement si la consommation est supérieure ou inférieure à dix cigarettes par jour).

Le tabac diminue la **production lactée** par l'intermédiaire d'une diminution du taux de prolactine (de 30 à 50 %). La nicotine passe rapidement dans le lait car elle est peu liée aux protéines plasmatiques.

Traitement

Dans les faits, un peu moins d'un tiers des femmes enceintes continuent de fumer durant leur grossesse, et un peu moins d'un quart fument de manière quotidienne.

L'existence d'un tabagisme chez la femme enceinte est à noter dans le carnet de maternité.

La réalité de l'intoxication tabagique est à évaluer par le dosage du monoxyde de carbone (CO) dans l'air expiré. L'analyseur de CO est un outil facilement utilisable au

cours de toute consultation pré- ou postnatale. Le professionnel de santé peut contribuer à renforcer la motivation de la femme enceinte à arrêter le tabac.

Les approches psychologiques et comportementales ont leur place en première intention aux différentes étapes de la prise en charge de la femme enceinte fumeuse. Certaines femmes arrêtent de fumer sans aucun traitement substitutif, pour les autres depuis 1997, la prescription de substituts nicotiques, dépourvus d'effets tératogènes, est officiellement admise pour les femmes enceintes. La nicotine des substituts est en effet préférable à celle qui est inhalée avec les 4 000 substances toxiques de la fumée de cigarette. De plus, elle se diffuse lentement dans le corps, et non pas brutalement sous forme de pics comme cela se produit avec une cigarette. L'utilisation des substituts nicotiques doit cependant se faire sous contrôle médical pour les femmes enceintes ou qui allaitent.

Le sevrage sera réévalué chaque mois à la consultation de suivi de grossesse et les substituts nicotiques diminués progressivement afin d'obtenir l'arrêt total avant le troisième trimestre.

D'autres médicaments tels que le bupropion LP (antidépresseur atypique) et la varécline (agoniste partiel des récepteurs nicotiques) sont contre-indiqués chez les femmes enceintes ou qui allaitent.

Une attention particulière doit être portée aux jeunes mères qui ont arrêté de fumer juste avant ou pendant leur grossesse. Elles doivent être particulièrement accompagnées pour éviter une reprise du tabagisme après l'accouchement.

L'environnement de l'enfant doit être exempt de toute pollution tabagique, au domicile et dans tous les lieux qu'il fréquente.

En plus des autres recommandations sur la prévention de la mort subite du nourrisson, il est d'autant plus indispensable de proscrire le partage du lit parental avec l'enfant que le risque est aggravé si la mère et/ou le père fument.

► **Mots clés** : tabac grossesse ; sevrage.

Référence

www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272381/grossesse-et-tabac.

Question 31

Elle demande si elle peut boire un verre de vin pendant la grossesse

La demande

« Docteur, pour Noël je peux bien prendre une ou deux coupes de champagne, non ? »

Le préliminaire

Les recommandations proposent clairement d'arrêter la consommation de boissons alcoolisées pendant toute la durée de la grossesse.

Une consommation d'alcool pendant la grossesse, même ponctuelle ou modérée, n'est pas anodine et peut entraîner des risques importants pour l'enfant à naître.

La première consultation

Le médecin devra rester empathique et rechercher la prise d'autre toxique en particulier le tabac et le cannabis. Il délivrera une information éclairée mais non culpabilisante sur les méfaits de ce toxique sur le fœtus. La plupart des femmes arrêtent l'alcool durant leur grossesse, mais certaines éprouvent des difficultés à le faire en raison de leur dépendance.

Le médecin prendra en charge le ou les sevrages, selon ses compétences ou adressera la patiente à une consultation spécialisée.

Le point de vue du gynécologue

La consommation d'alcool reste plus importante chez l'homme en France, mais la femme consomme de l'alcool plus régulièrement avec un âge de début qui se situe vers 18-25 ans, alors que la fertilité est à son maximum. Une enquête de l'Insee de 1986 montre que 24 % des femmes de 25 à 34 ans boivent un à deux verres par jour et 5 % boivent au moins trois verres par jour. Finalement en France, seulement 30 % des femmes n'ont jamais bu d'alcool, 30 % en boivent régulièrement et 40 % occasionnellement. La majorité des femmes réduisent leur consommation pendant leur grossesse, ce changement se faisant en général au premier trimestre de la grossesse. Dans l'enquête nationale périnatale de 1995, 5 % des femmes interrogées en maternité suite à l'accouchement déclaraient consommer au moins un verre d'alcool par jour pendant la grossesse. Heureusement en 1998, ce pourcentage avait diminué à 3,9 %, mais ce chiffre est encore trop élevé, car l'alcool est néfaste pour le fœtus et ceci, quelle que soit la dose ingérée.

L'intoxication aiguë (plus de quatre verres en une occasion), même transitoire, semble plus dangereuse, surtout en début de grossesse, selon les facteurs de risques de la mère (environnement, autres toxicomanies, carences, etc.) mais pas selon la nature du toxique. Ainsi, bières, vins, champagne, spiritueux ont le même pouvoir tératogène. Le terme « verre » désigne le verre standard ou unité internationale

d'alcool (UIA) qui correspond à environ 10 g d'alcool pur. Il y a autant d'alcool dans un verre de vin, de bière, un apéritif, un digestif ou une coupe de champagne c'est-à-dire entre 8 à 12 g d'alcool pur.

L'alcoolémie augmente rapidement après l'ingestion d'alcool. Le maximum est atteint environ au bout d'une heure si la boisson est prise au cours d'un repas et d'une demi-heure en cas de jeun. L'ingestion d'un verre quel qu'il soit fait monter l'alcoolémie en moyenne de 0,20 g/l chez un homme de 70 kg et 0,30 g/l chez une femme de 50 kg. Le taux d'alcoolémie baisse par la suite, lentement, de 0,10 g/heure : il faut donc 2 heures pour éliminer un verre d'alcool.

Lorsqu'une femme enceinte boit un verre d'alcool, il y a rapidement autant d'alcool dans le sang de son bébé que dans le sien, voire davantage compte tenu du poids du fœtus. Ainsi, tout au long de la grossesse, l'alcool agit directement sur le cerveau du fœtus en développement. L'alcool est un toxique extrêmement puissant au niveau du cortex cérébral. Dans ces conditions, quel que soit le moment de l'alcoolisation de la femme enceinte, le risque d'atteinte des fonctions cérébrales reste très élevé. En outre, une consommation d'alcool importante pendant les trois premiers mois peut produire des malformations irréversibles chez le bébé. Cependant, seule une femme sur trois semble s'attendre à ce que son enfant naisse handicapé ou avec des malformations.

Les effets de l'alcool sur le fœtus sont nombreux. Dès lors, une consommation quotidienne d'alcool, même très faible, ou des ivresses épisodiques pendant la grossesse sont susceptibles d'entraîner des complications durant la grossesse, ainsi que des troubles psychiques ou du comportement chez l'enfant exposé.

Il faut savoir que les risques de malformations sont majeurs au cours du premier trimestre de la grossesse. Au deuxième et au troisième trimestre, l'alcool poursuit ses ravages et peut être responsable d'un retard de croissance et d'un accouchement prématuré. De même, il exerce un effet toxique sur les neurones, pouvant entraîner des altérations du développement psychomoteur, avec des troubles du comportement et un déficit intellectuel. Si les conséquences de l'alcool ne sont pas toujours aussi tragiques, une étude de l'Inserm a permis de mettre en évidence une diminution du quotient intellectuel de 5 à 7 points chez les jeunes enfants dont les mères avaient consommé au moins deux à trois verres d'alcool par jour pendant leur grossesse. Selon les résultats d'une autre étude qui a permis de suivre les enfants jusqu'à l'âge de 14 ans, ces jeunes rencontrent, pour la plupart, des problèmes de mémorisation et d'apprentissage.

Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) constitue l'atteinte la plus grave de l'exposition prénatale à l'alcool. Il se manifeste notamment par :

- des anomalies faciales ;
- des retards de croissance ;
- une malformation de la boîte crânienne et de l'encéphale ainsi que des troubles nerveux ;
- des dommages du système nerveux central qui peuvent se traduire par un retard du développement, des déficits intellectuels et des troubles de l'apprentissage, une hyperactivité, des troubles de l'attention et/ou de la mémoire, une incapacité à contrôler sa colère, des difficultés à résoudre des problèmes.

Le retentissement est parfois plus tardif chez l'adolescent ou l'adulte :

- diminution des compétences sociales ;

- trouble des conduites ;
- difficultés de contrôle des émotions ;
- chez l'adolescent : tendances à s'engager dans des comportements délinquants, des fugues, voire une toxicomanie (5 fois plus de risque) ;
- réussite scolaire et professionnelle sont compromises.

D'après l'expertise collective de l'Inserm intitulée « Alcool, effets sur la santé » (2001), entre 700 à 3 000 enfants, sur les 750 000 naissances annuelles, seraient concernés par un SAF grave, avec une incidence observée plus élevée sur l'île de la Réunion, dans le Nord-Pas-de-Calais et en Bretagne.

L'alcoolisation fœtale est la première cause non génétique de handicap mental chez l'enfant.

Ainsi, il est recommandé aux femmes enceintes de s'abstenir de toute consommation d'alcool dès le début de leur grossesse et pendant toute sa durée. Cette recommandation vaut pour toutes les occasions de consommation, qu'elles soient quotidiennes ou ponctuelles, même festives.

Pendant, le seuil de consommation d'alcool qui serait sans risque pour l'enfant à naître est inconnu. Le retentissement de ce que peut donner une prise d'alcool très modérée et très occasionnelle n'est pas connu, et il ne faut donc pas inquiéter ni culpabiliser une patiente qui se trouverait dans cette condition.

Il est important, comme le dit Michèle Uzan, de ne délivrer que des messages positifs et de ne jamais culpabiliser la patiente.

En cas de consommation épisodique, il faut conseiller à la patiente d'arrêter toute consommation jusqu'à la fin de la grossesse et également pendant l'allaitement.

En cas de consommation régulière, il faut dire à la patiente qu'elle et son enfant se porteront beaucoup mieux sans alcool et lui proposer un soutien par un professionnel alcoologue ou une personne dans l'équipe ou le réseau formé à cette approche. La prise en charge de la patiente sera donc empathique et non culpabilisante.

Cet entretien clinique est un moment important auquel il faudra consacrer du temps pour établir un lien favorable à une bonne prise en charge. Il faut envisager le traitement de fond de la future mère : traiter la carence vitaminique et en oligoéléments. L'acide folique est donné de façon systématique de même que du fer et du zinc. La prescription de vitamine B1 est également très large, même si elle ne concerne que les tableaux de grande carence.

Dans certains cas, un sevrage pourra être envisagé pendant la grossesse, mais il devra être institutionnel et parfaitement pris en charge dans le cadre d'une hospitalisation. Cela est indispensable, car il ne faut pas perdre de vue que l'on a affaire à une grossesse par définition à risque et que l'on cherche à obtenir une abstinence réelle. On peut utiliser l'oxazépam (*Séresta*) ou le diazépam (*Valium*) en cure de dix jours par voie orale.

La prévention passe par deux éléments :

- le dépistage des enfants pouvant être suspect de SAF à la naissance : un examen attentif à la naissance peut être attiré par la dysmorphie ou par des signes de sevrage ;
- par la détection de l'alcoolisme maternel et la prise en charge maternelle. L'allaitement doit être encouragé s'il entre dans une dynamique de sevrage alcoolique.

Il faut également impliquer le futur père dans les messages de prévention, car l'alcoolisation peut se faire en couple et les messages de tempérance doivent être adressés à destination des deux futurs parents pour l'avenir de l'enfant. L'anticipation de l'avenir de l'enfant est améliorée par l'accompagnement du suivi du couple par une équipe de proximité de qualité : médecin traitant, alcoologue, psychologue et associations d'aide au sevrage, d'autant qu'il peut y avoir plusieurs drogues associées.

► **Mots clés** : alcool ; grossesse ; sevrage ; syndrome d'alcoolisation fœtal.

Référence

www.gyneweb.fr/Sources/obstetrique/alcool-g.htm

Question 32

Elle est enceinte et doit prendre des médicaments. Quelle est la bonne stratégie ?

La demande

« Docteur, je suis enceinte, j'ai peur car ma cousine a dû faire un avortement à cause d'un médicament. »

Le préliminaire

Cette remarque traduit l'angoisse fréquente des femmes enceintes : « médicaments « = malformations ».

Avant de prescrire un médicament à une femme en âge de procréer, le médecin doit s'assurer qu'elle a une contraception efficace.

En cas de grossesse, il doit s'assurer par tout moyen (banques de données reconnues et centre de pharmacovigilance) de l'innocuité du traitement qu'il envisage de prescrire.

Très peu de médicaments ont des preuves scientifiques suffisantes de leur innocuité vis-à-vis du développement fœtal.

La première consultation

Il fait la liste de tous les médicaments pris pendant la grossesse, il contrôle l'innocuité de ceux-ci par le Vidal ou par le centre de pharmacovigilance.

Le médecin doit s'assurer que cette patiente n'a pris aucun médicament dangereux depuis le début de cette grossesse afin de pouvoir la rassurer.

Il faut qu'il lui explique qu'il n'existe que très peu de produits inoffensifs et qu'elle ne doit prendre aucun traitement sans l'avis d'un médecin qu'elle aura informé du terme de sa grossesse.

Il peut la rassurer en lui expliquant que le médecin, si nécessaire, peut s'informer auprès de spécialistes du réseau avec lequel il travaille.

Il signale toute prise de médicaments potentiellement tératogènes au centre de pharmacovigilance du réseau.

Le point de vue du gynécologue

Chez une patiente enceinte le médecin doit choisir, parmi les médicaments dont l'efficacité est prouvée, celui doté de la meilleure sécurité d'utilisation vis-à-vis de l'embryon et/ou du fœtus. Ceci est également vrai chez la femme en âge de procréer (même en l'absence de projet de grossesse exprimé) car les risques sont majeurs en tout début de grossesse.

Les risques sont les anomalies congénitales : le taux d'anomalies congénitales est de 10 % des grossesses ; celles dues aux médicaments représentent 4 à 5 % des anomalies congénitales totales soit une grossesse sur 200.

Le choix du médicament doit tenir compte de la période de la grossesse :

- **au premier trimestre** (en fait jusqu'à soixante jours de grossesse), le risque étant tératogène (malformatif) ou embryotoxique (abortif), le choix doit se porter sur les médicaments non tératogènes et autorisés au premier trimestre de la grossesse. Ce risque tératogène existe tout particulièrement en tout début de grossesse alors que la femme ne se sait pas enceinte ou n'a pas fait part à son médecin du désir de grossesse. C'est la raison pour laquelle le prescripteur doit toujours penser chez une femme en âge de procréer à un début de grossesse possible et bannir les médicaments contre-indiqués pendant la grossesse ou les nouveaux médicaments dont on ignore encore le risque tératogène chez l'Homme ;
- **aux deuxième et troisième trimestres**, le risque étant une fœtotoxicité (toxicité auditive des aminosides, toxicité rénale des AINS, etc.), le choix doit se porter sur les médicaments dépourvus de fœtotoxicité. En fin de grossesse, près de l'accouchement, le risque est une imprégnation médicamenteuse du nouveau-né se traduisant par les effets indésirables attendus du médicament, avec une expression parfois différente de chez l'adulte (hypoglycémie des bêtabloquants ou de l'acide valproïque, notamment).

Schématiquement, le résumé des caractéristiques du médicament (RCP) repris dans le dictionnaire *Vidal* exprime trois situations :

- l'utilisation du médicament **est possible** pendant la grossesse car les données sont :
 - soit **totale**ment rassurantes, le libellé est alors « le médicament X peut être utilisé tout au long ou pendant une partie de la grossesse »,
 - soit en **partie** rassurantes, mais encore incomplètes, le libellé est alors « l'utilisation du médicament X peut être envisagée si besoin » ;

Le choix devra se porter, autant que possible, sur ces médicaments.

- l'utilisation du médicament **doit être soigneusement pesée** et le bénéfice doit être suffisamment important compte tenu :
 - soit de **données encore trop parcellaires**, le libellé est alors « il est préférable, par mesure de précaution, de **ne pas utiliser** le médicament X tout au long ou pendant une partie de la grossesse »,
 - soit d'une **suspicion d'un effet nocif**, le libellé est alors « l'utilisation du médicament X est **déconseillée** tout au long ou pendant une partie de la grossesse et chez la femme en âge de procréer n'utilisant pas de contraception efficace » ;

Ces médicaments ne devront être utilisés qu'en l'absence d'alternative.

- l'utilisation du médicament est **formellement contre-indiquée** pendant la grossesse car il existe un **risque malformatif ou fœtotoxique prouvé**. Le libellé est alors « l'utilisation du médicament X est **contre-indiquée** tout au long ou pendant une partie de la grossesse et chez la femme en âge de procréer n'utilisant pas de contraception efficace ».

Ces médicaments ne doivent jamais être utilisés pendant la grossesse.

Le choix devra privilégier les médicaments dont l'utilisation est possible, c'est-à-dire :

- au premier trimestre : les médicaments les plus anciens, pour lesquels le recul en termes de tératogénèse est important ;
- aux deuxième et troisième trimestres : les médicaments pour lesquels la tolérance en termes de manifestations néonatales est la meilleure.

► **Mots clés** : médicaments ; grossesse.

Références

www.pharmacovigilance-toulouse.com.fr/

Question 33

Elle est enceinte et prend des antiépileptiques et/ou des psychotropes, que faire ?

La demande

« Docteur, je désire une grossesse. Que dois-je faire avec mes médicaments ? »

Le préliminaire

Il faut informer la patiente que son traitement doit être modifié avant de débiter sa grossesse qui doit être planifiée.

Toute patiente traitée par ces médicaments, doit avoir une contraception adaptée et efficace.

Avant d'arrêter la contraception, il faut supplémenter en acide folique pendant deux mois, pour éviter les anomalies du tube neural.

Toute grossesse chez une patiente traitée par ces médicaments est une grossesse à risques.

Le suivi sera assuré dans le cadre d'un réseau.

La première consultation

Le médecin fera l'interrogatoire et un examen gynécologique complet (cf. Question 1).

Il lui rappelle les risques encourus.

Le médecin doit informer la patiente qu'une grossesse chez une patiente traitée par ces médicaments est une grossesse à risques mais que maintenant l'évolution est le plus souvent favorable grâce à un suivi particulier.

Il va lui expliquer le fonctionnement du réseau dans lequel elle trouvera le suivi médical intensif nécessaire à sa pathologie.

Il l'adresse au réseau avec les informations nécessaires.

Il signale au centre de pharmacovigilance du réseau toute prise de médicaments tératogènes ou non répertoriés chez la femme enceinte.

Le point de vue du gynécologue

La question n'est pas seulement la conduite à tenir pendant la grossesse mais aussi, et surtout, la conduite à tenir **avant la grossesse**. En effet, si l'on attend que la grossesse soit diagnostiquée, la période embryonnaire est déjà bien avancée et l'effet malformatif, s'il existe, s'est déjà manifesté.

Si le médicament est tératogène ou trop récent pour que ce risque soit établi, il est impératif d'évaluer, avant le début de grossesse, la possibilité de substituer le traitement en cours par un médicament moins à risque ou mieux évalué pendant la grossesse, de réévaluer les doses utilisées, et d'instaurer, par exemple, pour certains antiépileptiques une supplémentation en acide folique.

Les antiépileptiques

Avant la grossesse

Il est impératif de signaler aux femmes épileptiques en âge de procréer que la **grossesse doit être planifiée** et de mettre en place une prise en charge coordonnée entre le médecin traitant, le neurologue et le gynécologue-obstétricien. La grossesse doit être particulièrement surveillée pour détecter d'éventuelles malformations congénitales.

La carbamazépine (*Tégréto*l), l'acide valproïque (*Dépakine*) et la lamotrigine (*Lamictal*) augmentent le risque d'anomalie de fermeture du tube neural (spina-bifida). Ce risque doit être expliqué à la patiente et être prévenu par une supplémentation en acide folique de 5 mg/j (*Spéciafoldine*) deux mois avant la conception (donc dès le désir de grossesse) et pendant le premier mois de grossesse.

En début de grossesse

Pour tous les antiépileptiques, il convient de réévaluer l'équilibre du traitement, d'utiliser la plus faible posologie possible et si possible de préférer une monothérapie au premier trimestre.

L'acide valproïque (*Dépakine*), la carbamazépine (*Tégréto*l), l'oxcarbazépine (*Trileptal*), la phénytoïne (*Di-Hydan*) et le phénobarbital (*Gardéna*l, *Alepsi*al) sont tératogènes, mais l'incidence des malformations est peu importante, ce qui autorise à les poursuivre pendant la grossesse, le bénéfice maternel étant supérieur au risque fœtal.

En dehors du topiramate (*Epitomax*) qui est tératogène chez l'animal, les effets des antiépileptiques plus récents (lamotrigine [*Lamictal*], tiagabine [*Gabitril*], vigabatrine [*Sabril*], etc.) sont moins bien connus mais ils semblent moins tératogènes que les précédents.

Le dépistage anténatal sera axé sur les principales malformations rapportées en fonction de l'antiépileptique utilisé (anomalie de la face, spina-bifida, malformation cardiaque, etc.).

Au troisième trimestre et en fin de grossesse

Les antiépileptiques inducteurs enzymatiques (carbamazépine, phénobarbital et phénytoïne), nécessitent une supplémentation maternelle par **vitamine K1** (10-20 mg/j au cours des quinze derniers jours de grossesse) et par **vitamine D** (1 000 UI/j au cours du dernier trimestre de grossesse) afin de prévenir le risque d'hémorragie néonatale et d'hypocalcémie néonatale. Elles seront relayées par un traitement préventif par vitamine K1 et par vitamine D chez le nouveau-né.

Près du terme, la posologie la plus faible possible d'acide valproïque est préconisée, la survenue d'un syndrome de sevrage néonatal étant corrélée aux concentrations plasmatiques maternelles.

Les benzodiazépines

Au premier trimestre, un effet tératogène (fentes labiopalatines) est suspecté mais non confirmé à ce jour. Il est donc préférable de ne pas prescrire de benzodiazépine au premier trimestre.

Aux deuxième et troisième trimestres, une benzodiazépine peut être utilisée en cas de besoin. Cependant, les benzodiazépines prises jusqu'en fin de grossesse peuvent entraîner des signes d'imprégnation chez le nouveau-né (hypotonie, somnolence, troubles de la succion, hypothermie, voire apnées) dont la durée est fonction de la dose et de la demie vie de la benzodiazépine. Plus tardivement et plus rarement, un syndrome de sevrage (irritabilité, hyperexcitabilité) peut survenir.

Il est donc préférable de choisir une **benzodiazépine d'élimination rapide** (type oxazépam, *Séresta*), à dose faible et pour une période courte afin de limiter le risque de manifestations néonatales tout en sachant qu'une surveillance néonatale sera néanmoins nécessaire.

► **Mots clés** : médicaments ; grossesse ; épilepsie ; benzodiazépines.

Références

- Masnou P, Jami-Ceccomori P. Épilepsie et grossesse. *Rev Neurol*, 2001, 572:153-61.
Épilepsie et grossesse: www.kh.refer.org/cbodg_ct/revue/53/grossesse.html.
Acide folique dans la prévention du spina-bifida. *Prescrire*, 2002, 229:475.
Prévention du spina-bifida, supplémentation en acide folique avant la grossesse. *Prescrire*, 2001, 220:600-11.
Perault MC, Favreliere S, Minet P, Rembliez C. Benzodiazépines et grossesse. *Thérapie*, 2000, 55:587-95.

Question 34

Elle est enceinte et a une pathologie ORL. Quel médicament peut-on lui proposer ?

La demande

« Docteur, mes sinus me font très mal. Que pouvez-vous me prescrire ? »

Le préliminaire

Le paracétamol peut être utilisé pendant toute la grossesse.

Antibiotiques utilisables par le médecin généraliste sans risques pendant la grossesse :

- spiramycine ;
- bêtalactamines ;
- érythromycine, clindamycine.

Très peu de médicaments ont des preuves scientifiques suffisantes de leur innocuité vis-à-vis du développement fœtal.

La première consultation

Le médecin interroge la patiente sur son utilisation habituelle des médicaments.

Il lui rappelle les risques encourus par l'utilisation abusive de l'automédication.

Il prend en compte le terme de grossesse auquel débute le traitement.

Il vérifie systématiquement dans les bases de données, qu'il n'y a pas de contre-indications aux médicaments qu'il envisage de prescrire.

Il privilégie les médicaments éprouvés et ne prescrit pas de médicaments récents n'ayant pu effectuer d'études spécifiques ou n'ayant pas le recul suffisant.

Il téléphone en cas de doute, au centre de pharmacovigilance pour obtenir les informations nécessaires.

Le point de vue du gynécologue

La patiente enceinte (ou en âge de procréer) doit prendre un antibiotique

Étant impossible d'aborder toutes les pathologies infectieuses pendant la grossesse, nous présenterons les principaux antibiotiques d'utilisation courante en médecine générale.

À noter que, dans certaines situations, si le bénéfice maternel de l'antibiothérapie est supérieur au risque fœtal, on peut être conduit à utiliser certaines spécialités bien qu'elles soient « déconseillées ». En revanche, les médicaments contre-indiqués pendant la grossesse, ne doivent jamais être prescrits.

Tableau 34.1
Médication pendant la grossesse.

	DCI	Prescription pendant la grossesse		
		1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre
Pénicillines	Amoxicilline	Autorisée	Autorisée	Autorisée
	Ampicilline	Autorisée	Autorisée	Autorisée
	Cloxacilline	Autorisée	Autorisée	Autorisée
	Pénicilline V	Autorisée	Autorisée	Autorisée
	Amoxicilline + acide clavulanique	Oui, si pas d'alternative	Oui, si pas d'alternative	Oui, si pas d'alternative
Céphalosporines	Céfaclor	Autorisé	Autorisé	Autorisé
	Céfatrizine	Autorisée	Autorisée	Autorisée
	Céfuroxime	Oui, si pas d'alternative	Oui, si pas d'alternative	Oui, si pas d'alternative
	Cefpodoxime	Oui, si pas d'alternative	Oui, si pas d'alternative	Oui, si pas d'alternative
	Céfixime	Oui, si pas d'alternative	Oui, si pas d'alternative	Oui, si pas d'alternative
	Ceftriaxone	Oui, si pas d'alternative	Oui, si pas d'alternative	Oui, si pas d'alternative
Cyclines	Doxycycline	Oui, si pas d'alternative	Contre-indiqué	Contre-indiqué
	Minocycline	Oui, si pas d'alternative	Contre-indiqué	Contre-indiqué
Macrolides et apparentés	Spiramycine	Autorisée	Autorisée	Autorisée
	Érythromycine	Autorisée	Autorisée	Autorisée
	Azithromycine	Oui, si pas d'alternative	Oui, si pas d'alternative	Oui, si pas d'alternative
	Clarithromycine	Contre-indication relative	Contre-indication relative	Contre-indication relative
	Pristinamycine	Oui, si pas d'alternative	Oui, si pas d'alternative	Oui, si pas d'alternative
Sulfamides	Sulfaméthoxazole	Oui, si pas d'alternative	Oui, si pas d'alternative	Oui, si pas d'alternative
Quinolones	Ciprofloxacine	Contre-indication relative	Contre-indication relative	Contre-indication relative

Suite

Tableau 34.1 (Suite)

	DCI	Prescription pendant la grossesse		
		1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre
	Loméfloxacine	Contre-indication relative	Contre-indication relative	Contre-indication relative
	Enoxacine	Contre-indication relative	Contre-indication relative	Contre-indication relative
Nitro-5-imidazolé	Métronidazole	Autorisé	Autorisé	Autorisé

Autorisé = l'utilisation du médicament est autorisée pendant la grossesse.

Oui, si pas d'alternative = l'utilisation du médicament doit être soigneusement pesée et le bénéfice doit être suffisamment important.

Contre-indication relative = en raison d'un effet nocif connu ou suspecté, l'utilisation n'est possible que si le bénéfice outrepassé les risques encourus par le fœtus.

Contre-indication = ne doit pas être prescrit.

Cyclines et grossesse. *Prescrire*, 1989, 83 :111.

Quinolones et grossesse. *Prescrire*, 1998,186 :530-4.

La patiente enceinte a besoin d'un antalgique

Le **paracétamol** est l'antalgique de choix chez la femme enceinte.

Au premier trimestre

Pour des douleurs légères à modérées

Médicaments autorisés

- Le paracétamol.
- Le dextropropoxyphène associé au paracétamol, pour lequel les données de tératogénicité portant sur quelques centaines de femmes sont rassurantes, est autorisé en traitement bref et en respectant les doses.
- La prise ponctuelle d'aspirine est autorisée car les études épidémiologiques semblent exclure un effet malformatif avec l'aspirine en traitement ponctuel.

Médicaments pouvant être utilisés en l'absence d'alternative

- L'**ibuprofène**, car les données sur sa tératogénicité, bien que rassurantes, sont insuffisantes.
- L'innocuité de la **codéine** n'étant pas clairement établie au premier trimestre, il est préférable de ne pas l'utiliser en début de grossesse.

Pour des douleurs intenses

Médicaments autorisés

La **morphine**, n'ayant pas de pouvoir tératogène établi, peut être prescrite.

Aux deuxième et troisième trimestres

Pour des douleurs légères à modérées

Médicaments autorisés

- Le paracétamol.
- Le dextropropoxyphène associé au paracétamol, mais uniquement en traitement bref (< 10 jours).

Médicaments pouvant être utilisés en l'absence d'alternative

La **codéine** en traitement ponctuel et à la posologie la plus faible possible car, en cas de forte posologie en fin de grossesse même en traitement bref, elle peut entraîner une dépression respiratoire chez le nouveau-né. Son utilisation doit être ponctuelle et ne doit être envisagée que si nécessaire.

Médicaments contre-indiqués

Tous les AINS y compris l'aspirine, quelle que soit la voie d'administration (même voie locale) **sont formellement contre-indiqués** à partir du début du sixième mois de grossesse en raison de leur fœtotoxicité : insuffisance rénale, oligoamnios, fermeture prématurée du canal artériel, hypertension artérielle pulmonaire et troubles de l'hémostase.

Pour des douleurs intenses

Médicaments pouvant être utilisés en l'absence d'alternative : la **morphine** en traitement ponctuel peut être utilisée, mais un traitement chronique ou de fortes posologies peuvent conduire à une dépression respiratoire et à un syndrome de sevrage du nouveau-né.

Références

AINS : Danger en fin de grossesse. *Prescrire*, 2001, 220:595.

AINS : Antalgiques et grossesse. *Prescrire*, 2000, 203:125-38.

AINS : Antalgiques et grossesse I : données. *Prescrire*, 2000, 203:127-34.

AINS : Antalgiques et grossesse II : choisir efficacité et prudence. *Prescrire*, 2000, 203:135-8.

AINS : Aspirine et grossesse. *Prescrire*, 1992, 115:106.

AINS : Grossesse : danger AINS pour le fœtus. *Prescrire*, 1991, 109:363-6.

www.esculape.com/gynecologie/grossesseantalgie.html

La patiente enceinte a besoin d'un antihistaminique H1

Au premier trimestre

Médicaments autorisés

- La doxylamine (*Méprine*).
- La dexchlorphéniramine (*Polaramine*).

Largement utilisés, ces deux médicaments sont à préférer car les données épidémiologiques n'ont pas mis en évidence d'effet tératogène.

Aux deuxième et troisième trimestres

Médicaments autorisés

- La cétirizine (*Zyrtec*, *Virlix*).
- Les anti H1 ayant moins d'effets anticholinergiques.

Donc moins sédatifs, sont à préférer aux précédents car ils sont mieux tolérés chez la mère et ont un risque moindre, pour le nouveau-né, de sédation et de manifestations digestives (iléus, constipation, etc.)

La patiente enceinte a besoin d'un antitussif

La plupart des antitussifs sont « déconseillés » au cours de la grossesse en raison soit d'un doute sur leur tératogénicité (codéine, clobutinol), soit d'un manque de données (noscapine, codéthyline, pholcodine, prazinone).

Au premier ou deuxième trimestre

Médicaments pouvant être utilisés en l'absence d'alternative

■ Le **dextrométhorphan** (*Akindex, Dexit, Nodex, Tuxium*, etc.) n'est pas tératogène chez l'animal et les études épidémiologiques semblent exclure un risque malformatif. Son utilisation doit donc être ponctuelle et envisagée uniquement si nécessaire.

Au troisième trimestre (et près du terme)

Médicaments pouvant être utilisés en l'absence d'alternative

■ Le **clobutinol** (*Silomat*) est déconseillé, en l'absence de donnée.

■ Les **opiacés** (codéine, dextrométhorphan, pholcodine, etc.), à faible posologie et en traitement ponctuel, peuvent être utilisés. En revanche, au cours des trois derniers mois de grossesse, leur prise chronique, quelle que soit la dose, peut être à l'origine d'un syndrome de sevrage néonatal. En fin de grossesse, des posologies élevées, même en traitement bref, peuvent entraîner une dépression respiratoire chez le nouveau-né.

► **Mots clés** : grossesse ; médicaments ; antibiotiques ; antitussifs ; antalgiques ; antihistaminiques.

Références

Paris-Kohler A, Megret-Gabeaud ML, Fabre C, Mares P, Vincent D. La femme enceinte allergique. *Allerg Immunol*, 2001, 33:399-403.

Demoly P, Jaffuel D, Godard P, Michel FB, Bousquet J. Traitement de l'asthme et de la rhinite pendant la grossesse. *Presse Med*, 2000, 29:1625-9.

Question 35

Elle désire une grossesse et elle est traitée par *Subutex*, que faire ?

La demande

« Docteur, je désire une grossesse. Que dois-je faire avec le *Subutex* ? »

Le préliminaire

Toute grossesse chez une patiente traitée par le *Subutex* est une grossesse à risques.

Les toxicomanes aux drogues « dures » n'ont en général pas accès aux soins car elles ne peuvent accepter les contraintes d'un suivi régulier.

Toute patiente traitée par *Subutex* ou méthadone, doit avoir une contraception adaptée et efficace.

Elle sera informée que son traitement doit être modifié avant de débiter sa grossesse.

Le suivi sera assuré dans le cadre d'un réseau.

Le médecin généraliste formé et intégré dans un réseau de périnatalité auquel participent sages-femmes, généralistes, obstétriciens et autres spécialistes si nécessaire, suit une grossesse normale et détecte une grossesse pathologique ou à risques, afin de l'adresser le plus tôt possible au réseau.

Il est souhaitable de passer toute toxicomane au *Subutex* ou à la méthadone avant la grossesse ou en tout début si elle ne l'est pas.

La première consultation

Le médecin fera l'interrogatoire et un examen gynécologique complet (cf. Question 1) et prescrit les tests VIH et VHC (Sida et hépatite C).

Il lui rappelle que le *Subutex* n'est pas dangereux pour la grossesse et qu'il est même souvent nécessaire d'augmenter les doses et que l'enfant sera sevré à la naissance.

Pour certaines femmes déjà bien équilibrées et avec des doses pas trop importantes, il y a possibilité de sevrage pendant la grossesse, à distance de l'accouchement et en cours d'hospitalisation, cela permet d'éviter un syndrome de sevrage de l'enfant à la naissance.

Pour d'autres il faut rechercher si la toxicomanie n'est pas persistante malgré le *Subutex* et recenser tous les médicaments pris y compris les benzodiazépines, mais aussi l'alcool et le tabac.

La grossesse est une période favorable pour essayer de resocialiser la femme et il faut l'aider.

Le médecin va lui expliquer le fonctionnement du réseau dans lequel elle trouvera le suivi médical nécessaire à son traitement.

Il l'adresse à un réseau disposant d'un spécialiste en toxicomanie avec les informations nécessaires.

Le point de vue du gynécologue

La toxicomanie féminine est en nette augmentation : 20 à 25 % de la population toxicomane sont des femmes. L'héroïne est le produit le plus utilisé par les toxicomanes en France (55%), la durée de leur dépendance est en moyenne de sept ans et la plupart des femmes toxicomanes associent différents produits. Si les conséquences de la dépendance à l'héroïne sont bien connues pour la mère et pour le fœtus, l'impact des traitements de substitution développés depuis 1993 l'est moins.

Les conséquences de l'héroïne

L'héroïne est un produit de synthèse dérivée de la morphine, elle provoque souvent une aménorrhée et des troubles du cycle, la grossesse est souvent inopinée chez ces femmes, le taux de fausses couches spontanées est plus élevé (15 à 30 %) que dans la population générale. L'accouchement prématuré et la souffrance chronique du fœtus avec hypotrophie sont les principales conséquences, **l'héroïne n'étant pas tératogène**. Souvent associées, les complications d'autres pathologies sont à prendre en compte : VIH, hépatite C (90 % des toxicomanes sont VHC+ et 5 % VIH+), maladie vénérienne, HPV, tabac, malnutrition.

Tous les opiacés franchissent le placenta, la dépendance *in utero* rend le fœtus vulnérable au **syndrome de sevrage**. Celui-ci peut avoir lieu *in utero* et après la naissance. Un sevrage au troisième trimestre est déconseillé (risque de mort *in utero* ou de souffrance fœtale aiguë).

Ces notions sont à connaître car souvent les patientes même substituées prennent occasionnellement de l'héroïne. De même, il faut rechercher la prise d'autre produit de type cannabis, alcool ou autres médicaments (benzodiazépines surtout).

La substitution

La grossesse est une indication à la substitution. Mais la grossesse est aussi une parenthèse dans la toxicomanie.

L'intérêt de la substitution est de remplacer l'héroïne par une substance moins toxique et d'empêcher ainsi la survenue des symptômes de manque. Cela permet souvent aussi une meilleure prise en charge obstétricale et médicale et une meilleure accessibilité sociale.

Cela permet d'établir un contrat de confiance accompagné d'un soutien psychologique.

La méthadone à la dose d'environ 80 mg/j et le *Subutex* autour de 8 mg (cp à 2 et 8 mg) sont les deux produits de substitution disponibles en France. Le choix de l'un ou de l'autre dépend des habitudes de prescription et des patientes.

Aucun des deux produits n'est tératogène. Le *Subutex* est facilement injectable, la méthadone rend possible un allaitement. Une prise en charge précoce améliore les paramètres obstétricaux et néonataux.

Le *Subutex* est prescrit par tout médecin pour une durée maximum de vingt-huit jours. La délivrance se fera pour sept jours. Il faut commencer à 2 mg et augmenter progressivement la posologie, pour trouver la dose nécessaire. L'objectif est de ne pas avoir de symptôme de manque et de sevrage. Une prise

unique journalière est recommandée. Les modalités de traitement sont identiques à celles d'une femme en dehors de la grossesse. Un suivi est important, il ne faut pas essayer de trop réduire pendant la grossesse. Pour éviter un syndrome de sevrage du nouveau-né et chez des patientes parfaitement stabilisées et volontaires, il est possible de sevrer la patiente du *Subutex* pour espérer un résultat avant un délai de six semaines de l'accouchement. Le risque est un accouchement prématuré, et tout sevrage doit avoir lieu en milieu hospitalier.

Si la prise en charge est nécessairement multidisciplinaire, elle demande une stricte définition des compétences de chacun et la délimitation des domaines d'intervention pour que les patientes s'y retrouvent dans le réseau.

La prise en charge psychologique s'impose, pour travailler l'acceptation de la grossesse, pour dédramatiser les conditions de suivi et pour informer la patiente des risques pour elle et pour l'enfant à naître.

Le nouveau-né

La prise en charge du nouveau-né est importante, la patiente devra accoucher dans un centre ou l'équipe de néonatalogie connaît le problème. Le sevrage est souvent tardif, aucun traitement médicamenteux n'est nécessaire habituellement, mais une surveillance est indispensable avec participation importante de la mère ; elle est parfois longue, imposant une hospitalisation plus prolongée en post-partum. Ne pas séparer la mère héroïnomanie de son enfant doit être un objectif prioritaire. Le généraliste doit connaître les signes de sevrage pour y faire face à domicile s'ils surviennent. Les symptômes d'alerte sont :

- signes neurologiques : agitation, hyperexcitabilité, troubles du sommeil, hypertonie, trémulations voire convulsions ;
- signes digestifs : mauvaise succion, régurgitations, vomissements, diarrhée ;
- autres signes : tachypnée, hoquet, éternuements, accès de sueur, accès de rougeur.

Cette sémiologie peut être codifiée par le score de Finnegan. Elle doit conduire à faire hospitaliser l'enfant pour une prise en charge adaptée.

Il ne faut pas oublier la prise en charge du père qui est souvent aussi toxicomane et qui n'accepte pas l'arrêt ou pousse sa compagne à consommer d'autres drogues que les produits de substitution.

► **Mots clés** : toxicomanie ; héroïne ; *Subutex* ; méthadone ; grossesse.

Références

Benos P. *La Lettre du gynécologue*, 1999 (avril), 241. perso.wanadoo.fr/cigogne.delanoue/obs-tetri/heroine.htm

Score de Finnegan: www.centres-pharmacodependance.net/grenoble/ORITHYE/Ediagnos/Finnegan.htm

Question 36

Elle est enceinte et a besoin d'un vaccin

La demande

« Docteur, est-ce que je peux faire mon rappel DTP au travail quand bien même je suis enceinte ? »

Le préliminaire

La grossesse n'est pas forcément le moment idéal pour entreprendre une vaccination, mais les circonstances peuvent faire que les deux situations se produisent ensemble. Ainsi, il se peut que la vaccination soit nécessaire lors d'un voyage dans un pays à risque, ou bien la vaccination peut avoir été faite alors que la grossesse n'était pas encore connue.

Les vaccins à virus vivant sont légalement interdits pendant la grossesse, par précaution surtout, car on pourrait imputer à un vaccin la responsabilité d'une malformation néonatale.

Pour certains vaccins les données cliniques concernant la toxicité fœtale sont rassurantes. Ce sont des vaccins inactivés, comme le vaccin grippal, vaccin polio injectable ou les anatoxines tétaniques.

La première consultation

La vaccination est envisagée chez la femme enceinte en fonction du risque infectieux encouru. Quel que soit le niveau de recommandations (possible, à éviter ou déconseillé), si la vaccination est justifiée du fait d'un voyage imprévu en zone endémique, d'un contexte épidémique ou professionnel, elle doit être réalisée. Le médecin adaptera donc sa décision au cas par cas. Mais une vaccination, quelle qu'elle soit, réalisée par mégarde chez une femme enceinte, ne justifie pas d'interrompre la grossesse.

Le point de vue du gynécologue

Généralités

Les vaccinations devraient être faites avant la grossesse, pour protéger la femme enceinte et permettre la protection passive du nouveau-né. Les recommandations vaccinales dans l'enfance ne sont pas toujours appliquées, les vaccinations s'arrêtent souvent à la post-puberté et l'âge des grossesses est de plus en plus tardif. Or, l'immunité diminue avec le temps.

Les vaccinations peuvent être réalisées pendant la grossesse s'il y a un grand risque d'exposition à l'agent infectieux, si l'infection est dangereuse pour la mère et/ou le fœtus, et si la vaccination n'est pas dangereuse.

Les problèmes se posent surtout à l'occasion de voyages à l'étranger. L'état de grossesse ne modifie pas l'efficacité des vaccins. Globalement, on recommande

d'être prudent et de mettre en balance dans chaque cas, les bénéfices attendus et les risques potentiels du vaccin.

Les vaccins à virus inactivés, les toxines et les immunoglobulines sont considérés comme sûrs et peuvent être administrés à la femme enceinte. Il est, par principe, conseillé de les administrer après le premier trimestre, hors indication formelle.

Avec les vaccins vivants atténués, aucun accident n'a été rapporté, mais le principe de précaution en limite l'utilisation, à moins qu'il n'existe un risque net de maladie.

Vaccinations avant la grossesse

Vaccination rougeole, oreillons, rubéole

Rougeole et oreillons sont à risques d'avortement et de complications maternelles. Il n'en est pas de même de la rubéole, pour laquelle on connaît les risques d'embryopathie et de fœtopathie.

Si la sérologie rubéole est négative en dehors de la grossesse, on conseille la vaccination contre les trois maladies (ROR), plutôt que contre la rubéole seule. La preuve de la non-immunité n'est pas nécessaire pour la rougeole et pour les oreillons. On pratique par principe la vaccination sous la protection d'une contraception (trois mois en France). Dans les cas où la vaccination a été malencontreusement réalisée en début de grossesse, aucune anomalie n'a été relevée.

L'existence de réinfections paraît possible, avec une atteinte fœtale rare et peu sévère. Beaucoup conseillent une revaccination, lorsque le titre d'anticorps est limite ou très faible.

Varicelle

Entre 97 et 99 % des femmes sont immunisées à l'âge adulte. D'où la question de l'intérêt d'un contrôle de la sérologie si les antécédents ne sont pas documentés. Aux États-Unis, les médecins conseillent aux femmes non enceintes qui n'ont pas la certitude d'un antécédent de varicelle de se faire vacciner, au moins un mois avant le début de la grossesse.

Vaccinations au cours de la grossesse

Les bénéfices pour la mère et le fœtus doivent être supérieurs aux risques. C'est notamment le cas pour les virus vivants. Les risques sont théoriquement maxima au premier trimestre, mais les vaccinations antitétanique et antigrippe sont possibles à toutes périodes. L'administration par inadvertance de vaccins à virus vivants (polio, oreillons, rougeole, rubéole et fièvre jaune) ne s'est pas accompagnée d'effets pathogènes.

Si cela est nécessaire, préférer, s'ils existent, les vaccins monovalents (pour supprimer les risques hypothétiques dus aux autres composants, non directement nécessaires), sauf pour l'association diphtérie-tétanos.

Les vaccinations antitétanique et antidiphtérique peuvent être réalisées chez les femmes qui n'ont pas terminé les injections ou n'ont pas fait de rappel dans les dix années précédentes, mais seulement au cours du deuxième trimestre, bien qu'aucun effet nocif n'ait été noté au premier.

La vaccination contre la grippe (virus inactivé) est recommandée. Pas de contre-indications avec l'allaitement maternel. Notons que le vaccin ne protège pas à 100 % et que les précautions habituelles ne doivent pas être négligées.

Vaccinations dans les groupes à risques

Ces groupes sont bien connus ; la protection vaccinale fait l'objet de mesures réglementaires ou de recommandations professionnelles. Les problèmes se posent surtout avant un voyage en zone d'endémie des maladies considérées. L'avis auprès d'une consultation spécialisée est alors utile.

- Hépatite B : vaccination possible, soit comme complément d'une vaccination déjà commencée, soit comme primovaccination.
- Hépatite A : vaccination possible, mais on peut contrôler la sérologie avant.
- Fièvre jaune : vaccination tolérable. Une consultation spécialisée dans les centres de vaccination agréés hospitaliers est requise.
- Poliovirus : le rappel contre les poliovirus doit être réalisé tous les dix ans et est possible sans problème.
- Méningocoques : la vaccination peut être pratiquée sans restrictions.
- Typhoïde : le vaccin, déconseillé faute d'études spécifiques, peut, en cas de voyage, être pratiqué.
- Variole : la vaccination n'est pas recommandée pendant la grossesse, l'allaitement, ni chez le mari d'une femme enceinte (risque du passage du virus à la femme à partir des lésions vaccinales cutanées).
- Rage : la vaccination est nécessaire en cas de morsure par un animal suspect.

Vaccinations dans le post-partum

Rubéole

Deux tiers des rubéoles congénitales sont observés chez des mères qui ont déjà eu une grossesse.

Si la femme n'est pas immunisée, il faut la vacciner dans le post-partum.

Si elle allaite, il faut se contenter du vaccin antirubéolique simple ; sinon, on peut avoir recours au vaccin ROR.

Coqueluche

Une attention particulière est actuellement portée à la vaccination anticoquelucheuse. Le Conseil supérieur d'hygiène publique de France conseille en effet de vacciner les femmes et les membres du foyer à l'occasion de la grossesse.

En effet, la première injection vaccinale n'intervient qu'à deux mois et l'efficacité n'est complète qu'après la troisième injection, voire à partir du rappel, c'est-à-dire à six mois ou un an. Or, des cas de coqueluches mortelles chez les nourrissons ont été décrits. La contamination de l'enfant était le fait de germes portés par les parents ou les adultes proches. Les recommandations sont les suivantes :

- le père et les enfants (si cela n'a pas été fait) peuvent être vaccinés pendant la grossesse ;
- la mère peut être vaccinée au décours immédiat de l'accouchement, qu'elle allaite ou non, avec le vaccin quadrivalent (il n'y a pas de vaccin isolé).

Recommandations

Pratiquer les vaccinations « réglementaires » et nécessaires, au moins un à deux mois avant la conception. Pas de délai pour les anatoxines, les virus inactivés et les IgG.

Vacciner les patientes à risques d'hépatite A, B, pneumocoques, méningocoques, avant la grossesse.

Vacciner les « voyageurs potentiels » avant la grossesse. Au cours de la grossesse, limiter et éviter les voyages ; demander l'avis des centres de vaccination et des services de maladies infectieuses et tropicales.

Avant la saison : vaccin antigrippe.

Ne pas oublier de vacciner, dans le post-partum, les femmes non immunisées contre la rubéole et de donner les consignes relatives à la vaccination contre la coqueluche.

► **Mots clés** : rubéole ; coqueluche ; vaccin ; grippe ; grossesse.

Références

www.esculape.com/gynecologie/grossessevaccin.html

Fournie A. Travail du Pôle de Gynécologie, obstétrique, médecine fœtale, reproduction humaine et orthogénie, Coord. P. Descamps (CHU Angers 49933 Angers Cedex 9).

Question 37

Elle a accouché il y a trois jours et vient de rentrer chez elle

La demande

« Docteur, j'ai accouché il y a trois jours et je viens de rentrer chez moi. »

Le préliminaire

Avant de mettre en place un *retour précoce à domicile après accouchement* (RPDA) il faut s'être assuré de l'absence de tous risques immédiats pour la mère et pour l'enfant.

Tous les prélèvements systématiques doivent avoir été effectués chez l'enfant.

Le RPDA concerne les couples mère enfant à bas risque médical psychologique et social.

Cette réorganisation s'intègre dans l'élaboration avec la mère du projet de naissance au cours de l'entretien du quatrième mois où l'évocation précoce d'un possible RPDA a sa place (cf. Question 2).

Le RPDA doit s'accompagner d'un suivi organisé de la mère et de l'enfant dès le retour à domicile.

Le consentement éclairé de la mère doit être obtenu avant de mettre en place un RPDA.

La mère doit se sentir à l'aise confiante en elle, et être suffisamment autonome pour les soins qu'elle et son enfant nécessitent.

La première consultation

Le médecin devra se rendre au domicile de la patiente et lui rappeler les symptômes d'alarme nécessitant une visite urgente. Il devra vérifier que le « réseau nécessaire » à ce retour est bien mis en place, visite d'une sage-femme, aide à domicile.

Il faut s'assurer que les lochies sont normales, vérifier l'examen cardio-pulmonaire, la palpation des mollets, la tension artérielle, s'enquérir de l'allaitement et de l'épisiotomie, vérifier la prise de bromocriptine si elle n'allait pas.

Le médecin pratique un examen complet du bébé.

Le point de vue du gynécologue

Symptômes bénins

Un certain nombre de symptômes bénins sont fréquents en suite de couche ne nécessitant qu'un traitement symptomatique.

- Les tranchées :
 - douleurs intermittentes, sans irradiation, à type de contraction ;
 - plus fréquentes chez les multipares ;
 - traitement symptomatique antispasmodique.
- Des douleurs provoquées par la mobilisation et les efforts de poussée, miction, défécation, après suture du périnée.

- Des douleurs rectales à type de ténésme ou des épreintes, conséquence de la compression des organes pelviens par le globe utérin.
- Des douleurs anales dues à des complications hémorroïdaires, prolapsus et thrombose.
- Un engorgement mammaire qui se traduit par une turgescence douloureuse, intéressant les deux seins.
- Des douleurs musculaires et osseuses.
- Les lochies :
 - sang coagulable, débris de caduques, sécrétions vaginales et cervicales ;
 - odeur fade ;
 - abondance variable, plus importante le premier jour, le volume global n'exède pas 600 cm³ ;
 - vers le quinzième jour, chez les patientes qui allaitent, recrudescence des saignements pendant deux jours.
- Le « baby blues » :
 - trois ou quatre jours après l'accouchement, dure environ une semaine ;
 - cortège d'émotions contradictoires, par exemple une joie immense suivie de pleurs abondants et d'irritabilité ;
 - considéré comme normal, si ne durent que quelques jours.
- Complications de l'allaitement :
 - engorgement mammaire ;
 - lymphangite mammaire ;
 - Abscesses du sein ;
 - ces problèmes doivent être traités en conservant l'allaitement maternel.

Symptômes plus graves

D'autres symptômes plus graves mais rares nécessitent un traitement en urgence et le plus souvent une hospitalisation.

Complications infectieuses

Endométrite

- Entre le quatrième et le dixième jour après l'accouchement.
- Fièvre peu élevée, inférieure à 39 °C.
- Les lochies deviennent malodorantes, dites sales, parfois plus hémorragiques.
- Utérus mal involué, sensible, le col est ramolli.
- Le plus souvent la patiente sera hospitalisée pour effectuer les examens nécessaires (en particulier les prélèvements bactériologiques de l'endocol) et mise en place d'une antibiothérapie à large spectre et utérotoniques, suivi par un traitement d'amoxicilline + acide clavulanique pendant quinze jours.

Pelvipéritonite puerpérale

- Fièvre élevée, altération de l'état général.
- Douleurs hypogastriques.
- Signes urinaires et rectaux.
- Il s'agit d'une urgence vitale de mauvais pronostic.

Les phlébites pelviennes

- Fièvre.
- Douleurs pelviennes.
- Signes urinaires et rectaux.
- Altération de l'état général.
- L'hospitalisation est indispensable.

Phlébite des membres inférieurs

- Fièvre, douleurs du mollet.
- Signe de Homans.
- S'il est possible d'avoir un écho-Doppler en urgence la patiente peut être gardée à domicile sauf complication. Il faut immédiatement mettre en route un traitement anticoagulant. Les HBPM et la warfarine ne sont pas contre-indiquées pendant l'allaitement.

Complications hémorragiques

Il peut exister des complications hémorragiques nécessitant de réadresser la patiente à la maternité pour avoir un diagnostic précis et mettre en route les traitements adaptés :

- rétention placentaire : révision utérine ;
- endométrite : antibiothérapie à large spectre ;
- inertie utérine : ocytotique ;
- corriger l'anémie :
 - transfusion si anémie aiguë,
 - apport martial si hémoglobine supérieure à 8 g.

Psychose puerpérale

Enfin il ne faut pas méconnaître l'urgence psychiatrique grave que constitue la psychose puerpérale.

- Des signes avant-coureurs, des pleurs ou de la fatigue durant les trois premiers jours peuvent ressembler au « baby blues ».
- Apparaissent ensuite : confusion, obnubilation, angoisse majeure, troubles de la mémoire et de la perception.
- Après la confusion il s'installe un délire avec des hallucinations auditives et visuelles. Les thèmes du délire sont centrés sur la relation mère/enfant.
- Il s'ajoute une négation de la maternité avec propos sinistres, voire lugubres ainsi que des risques de suicide ou/et d'infanticide.
- Il faut mettre en place le sevrage et l'isolement du nouveau-né.
- La patiente doit être hospitalisée en urgence en milieu psychiatrique.
- L'évolution est le plus souvent assez bonne sur le long terme.

► **Mots clés** : post-partum ; endométrite ; complication précoce.

Référence

Recommandations HAS 2004.

Question 38

Elle a mal au sein après l'accouchement. Que faire à la maison ?

La demande

« Docteur, j'allaite depuis trois semaines et le sein droit me fait mal. »

Le préliminaire

Toute affection du sein au moment de l'allaitement maternel ne nécessite pas systématiquement le sevrage.

Les trois affections du sein les plus fréquentes lors du post-partum sont l'engorgement, la lymphangite et l'abcès.

La première consultation

L'interrogatoire précise les conditions de l'allaitement maternel (durée, mixte, hygiène, sein plus fréquemment utilisé que l'autre, manœuvres intempestives), ainsi que le siège, l'intensité et les conditions de survenue des douleurs.

L'examen des seins va mettre en évidence un engorgement ou une lymphangite ou un abcès.

Le médecin met en place le traitement approprié.

Il informe la patiente de la possibilité ou non de continuer l'allaitement du côté du sein non malade.

Il prescrit un tire-lait pour le sein malade.

Il faut parfois l'utiliser pour les deux seins, lorsque l'interruption temporaire de l'allaitement est nécessaire.

À distance, il vérifie que tout rentre dans l'ordre et qu'il n'y a pas de pathologie sous-jacente au niveau du sein.

Le point de vue du gynécologue

Le contexte, les interlocuteurs

■ **La mère** : elle cumule deux facteurs de stress : la douleur et l'inquiétude liée à deux inconnues, à savoir la cause de la douleur et la crainte sous-jacente d'un arrêt de son allaitement.

■ **Le médecin** : il se doit de trouver la cause de la douleur et de proposer conseils et traitements pour y remédier. L'objectif final est de **tout mettre en œuvre pour permettre la poursuite de cet allaitement dans les meilleures conditions**. La démarche médicale doit mettre l'accent sur une écoute attentive et bienveillante, un examen doux et minutieux, afin de rassurer la maman (dans la majorité des cas). Il s'agit d'une véritable démarche d'accompagnement.

Rôle du médecin

- Écouter cette mère, l'accompagner, la rassurer (dans la majorité des cas).
- L'interroger :
 - préciser le **type de la douleur**, le siège, la durée, l'intensité ;
 - **les éventuels signes associés** : lésions saignotantes du mamelon, négligées (?) fièvre, frissons, courbatures, \pm altération de l'état général ;
 - **les modalités de mise aux seins** : nombre de tétées par jour, durée des tétées position du bébé et d'elle-même, qualité de la succion de la préhension du mamelon par le bébé ;
 - **l'hygiène de vie** : plus d'une toilette quotidienne du sein ? application de pommade ou crème sur le mamelon ?, le port de soutien-gorge, serré ou non ? en coton ? ;
 - **le degré de fatigue** physique et psychique ;
 - **la qualité de l'environnement affectif**.
- L'examiner. Existe-t-il :
 - une ou plusieurs fissures radiées, des crevasses ?
 - un placard érythémateux et chaud ?
 - un nodule plus profond, avec vive douleur à la palpation ?
 - des adénopathies axillaires satellites ?
 - du pus lors de l'expression de l'aréole (rarissime) ?

Quels diagnostics ?

- La douleur n'existe qu'au début de la tétée, durant 1 à 2 minutes, le mamelon est d'aspect normal : **douleur physiologique** de mise en route de la tétée, vérifier les positions de bébé et de sa maman pendant l'allaitement (s'aider de schémas et ou photos).
- Il existe une **gerçure**, des **fissures radiées**, ou une **crevasse** du mamelon, \pm saignotantes, plus fréquentes chez les femmes à peau claire. Le traitement est d'abord **préventif** :
 - préparation du mamelon pendant la grossesse : étirement, succion par le conjoint,
 - pas d'excès d'hygiène maternelle (une seule toilette quotidienne avec savonnage),
 - proscrire les pommades grasses (masser, avec le colostrum qui perle, les gerçures débutantes),
 - soutien-gorge peu serré, en coton, changer souvent les éventuels coussinets d'allaitement,
 - ajuster les positions de l'enfant et de sa mère (face à face).
- Traitement **curatif** :
 - lutter contre la macération : sein à l'air, au sec ;
 - désinfecter, sécher à l'éosine aqueuse ;
 - appliquer quelques gouttes de colostrum, ou une crème cicatrisante ;
 - écouter la tétée, voire laisser le sein touché au repos 6 à 12 heures, le bébé tétant le sein controlatéral ;
 - proposer du paracétamol, *per os*, à la mère : deux gélules à 500 mg toutes les 8 heures, à prendre après la tétée.

■ La douleur est de début brutal associée à une fièvre $\geq 38,5$ °C, des frissons, des courbatures (syndrome pseudo-grippal), à l'inspection et la palpation douce : un placard rouge, chaud, douloureux s'étend vers l'aisselle, avec adénopathies satellites. Il s'agit d'une **lymphangite aiguë**. Elle est favorisée par une crevasse ou un engorgement préexistants.

- Le traitement **préventif** repose respectivement sur les mesures précédentes et sur l'allaitement à la demande, des tétées fréquentes, un climat psychoaffectif favorable, le repos.
 - Le traitement **curatif** est symptomatique : repos vrai, anti-inflammatoires locaux (*Osmogel*, glace, en périphérie de la glande), massage aréolaire à montrer à la maman, mises au sein fréquentes, antipyrétiques antalgiques, par voie orale : paracétamol et ibuprofène. **Ne pas stopper l'allaitement** (le lait n'est pas infecté !). L'antibiothérapie n'est pas justifiée d'emblée. Elle le serait devant l'aggravation clinique. Revoir la maman 24 heures plus tard.
- Une douleur du sein pulsatile, insomniate, avec fièvre brutale à 40 °C, frissons, altération de l'état général et à la palpation : un nodule plus ou moins dur, fluctuant évoque un **abcès du sein**. L'extériorisation de pus à la pression du mamelon ou signe de Budin est caractéristique. Une **hospitalisation** pour traitement chirurgical et antibiothérapie générale adaptée à l'antibiogramme s'impose. La sus-pension de l'AM durant trois semaines et sa reprise après vérification de la négativité de deux prélèvements bactériologiques de lait à huit jours d'intervalle sont préconisées.

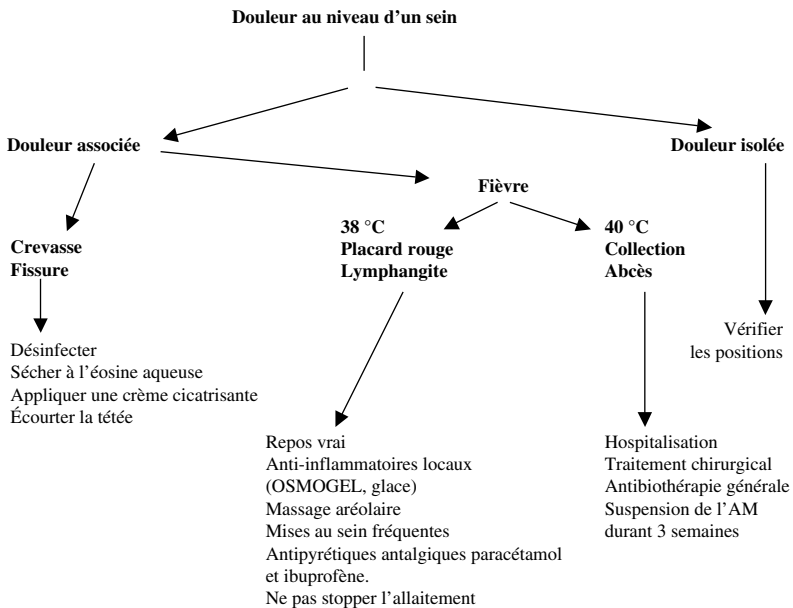


Fig. 38.1
Stratégie diagnostique face à une douleur au sein.

► **Mots clés** : allaitement ; lymphangite ; sein ; mastodynie.

Références

www.uvp.univ-paris5.fr/CAMPUS-GYNECO-OBST/cycle2/poly/4100faq.asp
Recommandation de l'Anaes : allaiter.free.fr/presse/anaes.html

Question 39

Elle veut arrêter l'allaitement maternel, que faire ?

La demande

« Docteur, je dois reprendre mon commerce plus tôt que prévu. Je ne peux plus allaiter mon enfant. »

Le préliminaire

L'arrêt brutal de l'allaitement maternel est possible si nécessaire.

Il est préférable pour l'enfant et pour la mère d'obtenir un arrêt progressif. Les laits maternisés hypoallergéniques sont d'excellents substituts.

La première consultation

À l'interrogatoire, le médecin conseille un arrêt progressif sur quinze jours minimum avec une période d'allaitement mixte, permettant un sevrage doux sans traitement.

Il s'assure de l'impossibilité d'un arrêt progressif et déculpabilise cette jeune mère anxieuse.

Si nécessaire, il pratique un examen gynécologique complet (cf. Question 1), postnatal.

Il prescrit un traitement médical (furosémide 40, 1 cp/j, 5 jours, aspirine 1 g × 3, 5 jours) et des règles hygiéno-diététiques (soutien-gorge serré, restriction hydrique, éviter la bière, pas de stimulation du mamelon).

Il lui prescrit un lait de remplacement et lui donne des conseils pour les biberons.

Le point de vue du gynécologue

L'allaitement maternel est encouragé comme méthode de référence en France. Mais alors qu'elles sont 70 % à dire vouloir allaiter, les mères ne sont que 40 % à allaiter vraiment au sortir de la maternité, 10-20 % à trois mois et 10 % à six mois. Il convient donc de bien connaître le blocage de la montée de lait après l'accouchement, l'arrêt de l'allaitement en cours ou le sevrage de celui-ci.

Ces questions se produisant souvent après le retour à la maison, il appartient aux généralistes de résoudre les problèmes que cela pose.

Il faut également rappeler la notion de sevrage naturel : au libre choix des enfants. La moyenne d'allaitement dans le monde est de cinq ans environ. L'Organisation mondiale de la santé préconise un allaitement de deux ans au moins pour sa vision tiers-mondiste. L'enfant reçoit une alimentation lactée exclusivement durant quatre à six mois, puis commence à recevoir des solides. L'allaitement long (1 an ou plus, ou au libre choix des enfants) existe en Europe du Nord, mais il est rare en France.

Les contre-indications à l'allaitement

Les contre-indications médicales sont rares :

- galactosémie congénitale (déficit en galactose-1-phosphate uridyl transférase) ;
- séropositivité VIH en occident (dans le tiers-monde, le rapport risque/bénéfice reste favorable à l'allaitement maternel) ;
- plus discutables : tuberculose évolutive, psychose, prise de médicaments toxiques (antithyroïdiens de synthèse en particulier). En revanche, des seins petits, des mamelons ombiliqués, des antécédents de chirurgie mammaire ne sont pas des contre-indications.

En fait, la principale contre-indication est le non-désir d'allaiter qu'il faut savoir respecter : un biberon donné avec amour vaut mieux qu'un sein donné avec réticence.

L'arrêt précoce

Il faut informer et expliquer l'allaitement maternel et l'alternative ou allaitement artificiel, mais il faut surtout respecter le désir de la femme. Dans cette hypothèse, il faut distinguer :

- l'arrêt tardif de l'allaitement (plus d'un mois après l'accouchement). Il ne nécessite en général aucun support médical. En effet, la sécrétion basale de prolactine diminue progressivement pour ne laisser que des pics sécrétoires induits par les tétées. Il suffit d'espacer le rythme des tétées en passant par une phase d'allaitement mixte ;
- l'inhibition de l'allaitement (juste après l'accouchement) ou un arrêt précoce (moins d'un mois après l'accouchement). Il nécessite des moyens médicaux puisque la sécrétion basale de prolactine est élevée et entraîne rapidement un engorgement mammaire en l'absence de tétées.

On utilise un agoniste dopaminergique qui inhibe la sécrétion de prolactine : bromocriptine (*Parlodol*, *Bromo-kin*) ou lisuride (*Arolac*). La posologie habituelle est de deux comprimés par jour pendant deux à trois semaines après un début progressif. La bromocriptine est plus efficace mais a des effets secondaires plus importants : nausées, vertiges, parfois hypotension orthostatique. La principale contre-indication est l'hypertension artérielle (HTA) sévère et l'association au *Methergin*. Dans cette hypothèse, force est de recourir à des petits moyens ancestraux : bandage mammaire, limitation des apports hydriques, antiphlogistique, mais surtout éviter toute stimulation.

L'arrêt tardif

Quelles périodes éviter ? Les périodes de stress, de douleurs au sein (lymphangite par exemple), déménagements, les périodes à changement ne sont pas propices ; car un enfant est sensible à ces éléments, il ressent les stress parentaux. Il est préférable d'éviter « d'en rajouter » par un sevrage, par une séparation. Certaines mères souffrent moralement et dans leurs seins à l'idée d'un sevrage non désiré, ignorant qu'elles peuvent modifier leur allaitement en reprenant leur travail.

Le sevrage sera donc mieux abordé en se produisant dans la sérénité.

Une période test : introduire le lait artificiel est toujours préférable – au repas du midi par exemple, reconstituer 30 ml de lait industriel, en proposer une cuillère (et jeter le restant). Le lendemain, proposer deux cuillères de lait reconstitué (jeter le restant). Le troisième jour, proposer 30 ml. Cette étape a pour but de familiariser l'enfant avec du lait industriel, il faut savoir s'il y réagit ou non avant de sevrer.

Deux possibilités existent pour la suite.

Le sevrage brutal reste peu recommandé : du jour au lendemain, on remplace toutes les mises au sein par des biberons de lait artificiel. Après la période test susmentionnée qui reste préférable, on se basera en premier lieu sur les tableaux poids/mesure pour préparer le nombre de biberon adéquat. La mère doit prendre une médication pour arrêter la montée de lait (freinant, au niveau hypothalamo-hypophysaire, la sécrétion de la prolactine et réduisant ainsi l'hyperprolactinémie) mais l'activité de la bromocriptine est moins bonne en cours d'allaitement. Comme l'effet est brutal, il sera souvent nécessaire d'associer des cataplasmes d'antiphlogistine sur les seins, et de les comprimer ainsi que de limiter les apports hydriques.

Le sevrage dit progressif consiste à remplacer une tétée-sein par un biberon, celle du midi le plus souvent, et nourrir au sein le restant de la journée ; au bout de trois ou quatre jours, remplacer une autre tétée par un biberon, en gardant la dernière pour le matin.

Certaines mères s'arrêteront à cette organisation (reprise du travail ou mixte adapté conservant tétées du matin et du soir) car sevrage ne veut pas dire arrêt total.

D'autres mères remplaceront, au bout de quelques jours, la tétée du matin, puis celle du soir (ou inverse) par des biberons, c'est le sevrage définitif.

Un sevrage en douceur se fait en quinze jours ou trois semaines minimum. Les nouveau-nés sont sevrés entre un et trois mois, cela correspond souvent à la durée des congés maternité. La reprise du travail détermine souvent l'arrêt total de l'allaitement. On peut également sevrer le bébé à six mois, au moment de l'introduction de l'alimentation diversifiée. Il suffit alors de remplacer une tétée par un repas soluble (il faut garder un apport de lait de 0,5 l par jour).

Les douleurs au sein sont généralement évitées lors du sevrage progressif, par contre il peut y avoir tensions dans les seins, surtout si le sevrage intervient lors des premières semaines. Si la mère se sent inconfortable, elle pourra soulager ses seins en les vidant un peu au moment de la tétée sautée.

L'objectif est d'éviter l'engorgement (cf. Question 38).

► **Mots clés :** allaitement ; sein ; sevrage.

Références

Thirion M. *L'allaitement, de la naissance au sevrage*. Paris, Albin Michel, 2004.
edumed.unige.ch/apprentissage/amc/pediatrie/apprentissage/allaitement/sevrage.html.

Question 40

Elle a mal au ventre après l'accouchement. Que faire à la maison ?

La demande

« Docteur, je suis rentré de la maternité depuis deux jours, j'ai mal au ventre. »

Le préliminaire

Les douleurs sans fièvre après accouchement, sont le plus souvent bénignes et dues à un utérus qui se rétracte un peu tardivement.

La première consultation

L'interrogatoire précise les conditions de l'accouchement par voie basse (durée du travail, pénibilité de l'accouchement, manœuvres éventuelles). Il contrôle l'épisiotomie s'il y a lieu.

En cas d'accouchement par césarienne, il faut vérifier la paroi.

L'examen gynécologique doux vérifie le volume, la tonicité, la vacuité de l'utérus, l'intégrité ligamentaire et la normalité du saignement. Il vérifie les lochies.

Une échographie peut être utile en cas de suspicion de thrombophlébite pelvienne ou de rétention.

En l'absence d'anomalies, un traitement symptomatique est suffisant (antispasmodiques, antalgiques).

Il demande à la patiente de le contacter en cas de fièvre.

Le point de vue du gynécologue

La période des suites de couches nécessite une surveillance qui s'effectue dans les premiers jours en unité d'hospitalisation. Au cours de celle-ci la survenue d'une douleur abdominale peut avoir diverses étiologies. Beaucoup de ces étiologies (tranchées, globe vésical, hématome de paroi, etc.) auront déjà été dépistées au cours de la surveillance au sein d'une unité de suites de couches, et une prise en charge adaptée aura déjà pu être proposée. En dehors de ces pathologies classiques, la survenue d'un tel symptôme à domicile devra faire rechercher par le praticien des étiologies spécifiques de la période post-partum sans oublier pour autant celles classiques couramment évoquées devant un tel tableau (appendicite aiguë, pancréatite, cholécystite, etc.).

Diagnostics

Tranchées

Dans les trois ou quatre premiers jours et souvent en cas d'allaitement maternel, peuvent survenir des contractions utérines douloureuses, exacerbées par les tétés,

nommées « tranchées ». leurs traitements, associent des antispasmodiques, des antalgiques voire parfois des β 2-mimétiques. Elles ne sont, dans la grande majorité des cas, pas découvertes après le retour à domicile, et doivent être un diagnostic d'élimination.

Causes infectieuses

Toutes les causes d'**infections puerpérales** peuvent être directement ou indirectement la cause de douleurs abdominales, elles sont alors pour la plupart accompagnées de symptômes infectieux suspectés et objectivés par les examens biologiques.

Les causes thromboemboliques

Elles doivent être évoquées au moindre doute clinique. La période des suites de couches favorise leur survenue et elles sont souvent associées à une pathologie infectieuse surajoutée. À l'instar de celles localisées aux membres inférieurs, les pathologies thromboemboliques pelviennes nécessitent une prise en charge en milieu spécialisé. Elles peuvent se présenter sous la forme de thrombophlébite pelvienne, thrombose veineuse ovarienne, etc.

Complications pariétales secondaires à l'accouchement par césarienne

Les suites d'un accouchement par césarienne sont parfois, à court ou moyen terme, pourvoyeuses de douleurs abdominales dont les causes sont aussi variées que l'**hématome**, l'**abcès** ou le **lymphocèle de paroi**, voire dans d'exceptionnels cas le **lâchage** d'une suture pariétale. L'examen clinique objective facilement, pour la plupart, cette douleur pariétale. En cas de doute clinique sur un épanchement sous-cutané associé à des signes infectieux locaux, l'exploration de la plaie à l'aide d'un stilet et dans des conditions aseptiques, peut objectiver et débiter le traitement d'un lymphocèle ou un abcès pariétal. Un prélèvement à visée bactériologique peut être réalisé, mais en l'absence de signes infectieux généraux, seul un traitement local doit être instauré. L'échographie pariétale dans ce cas n'a d'intérêt que pour objectiver une collection profonde sous-aponévrotique non perceptible par l'examen de surface.

Causes urinaires basses

La **rétention aiguë d'urine** est souvent rencontrée dans les suites immédiates de l'accouchement. Sa découverte à distance de l'accouchement doit faire pratiquer une enquête étiologique. Cette période du post-partum favorise par contre l'apparition d'**infections urinaires basses** et leurs récides.

Autres

- À distance de l'accouchement, la grossesse extra- ou intra-utérine qu'il faudra éliminer de principe par la recherche de β hCG urinaire ou sérique ou la maladie trophoblastique devant la persistance de saignements.
- Toute pathologie ovarienne, dont la présence de follicules ou de kystes favorisée par l'absence de contraception hormonale, qui sera facilement diagnostiquée par l'exploration échographique du pelvis.

- Le syndrome de Masters et Allen ou déchirure des ligaments utéro-sacrés.
- Le syndrome d'Ogilvie en présence de signes d'occlusion intestinale, surtout après césarienne.

Bilan

Habituellement l'examen clinique oriente fortement l'enquête étiologique par la recherche de signes infectieux (examen des lochies, rythme de la douleur, etc.).

Biologique

Le but d'un tel bilan est d'éliminer un syndrome infectieux, une grossesse, une thrombose veineuse profonde. Beaucoup de ces examens (D-dimères, CRP, etc.) n'auront de poids diagnostique qu'à distance de l'accouchement. La douleur abdominale associée à une déglobulisation doit faire évoquer un hématome pariétal, surtout si la patiente est sous thromboprophylaxie.

- NFS, plaquettes, β hCG, CRP.
- Bandelette urinaire, ECBU.
- Prélèvement bactériologiques vaginaux.
- TP, TCA, D-dimères, fibrinogène.

Échographie

L'examen est pratiqué par voie abdominale puis endovaginale, et associé en cas de doute à l'étude des flux Doppler pelviens. Celle-ci peut permettre d'évoquer une rétention endo-utérine, une grossesse extra-utérine (GEU), une pathologie annexielle voire une pathologie thromboembolique pelvienne. L'examen échographique à la recherche d'une collection sous-cutanée, à l'aide d'une sonde à haute fréquence, a en pratique peu d'intérêt et doit être réservé aux cas de doute diagnostique. Elle est au mieux prescrite directement par l'opérateur de la patiente.

L' abdomen sans préparation (ASP) : si signe d'occlusion intestinale.

Conduites à tenir

Dans de très nombreux cas la survenue d'une douleur abdominale dans les suites de couches doit faire rechercher en premier lieu les diagnostics d'urgences tels que la péritonite, la thrombophlébite pelvienne ou l'infection puerpérale. De tels diagnostics nécessitent une prise en charge spécialisée, qui sera améliorée par la rapidité et la qualité des investigations réalisées en première intention.

En dehors de ces pathologies, d'autres pourront tout à fait faire l'objet d'une prise en charge à domicile.

Les troubles de cicatrisation pariétale justifient de soins quotidiens par une infirmière à domicile. Ainsi ils permettront de réaliser l'évacuation d'un hématome, d'un abcès ou d'un lymphocèle en assurant le parfait nettoyage de la lésion et sa désinfection quotidienne. Dans un tel cas il n'est pas nécessaire d'instaurer une antibiothérapie systémique.

La prise en charge des infections urinaires basses ne diffère pas de celle pratiquée habituellement. La réalisation d'un ECBU préthérapeutique avec antibiogramme permettra de traiter plus efficacement et rapidement ces patientes fragilisées.

► **Mots clés** : douleur abdominale ; tranchées utérines ; endométrite ; post-partum.

Références

- Horovitz J., Guyon F, Roux D et Hocke C. Suites de couches normales et pathologiques *Encycl Méd Chir. Obstétrique*, 5-110-A-10 (12 pp.). Paris, Elsevier, 2001.
- Merger R, Levy J, Melchior J. In: *Précis d'obstétrique* (6^e éd.) (chap. 13, pp. 368-86). Paris, Masson.

Question 41

Elle a de la fièvre après l'accouchement. Que faire à la maison ?

La demande

« Docteur, j'ai 38,7 °C. Je suis rentrée depuis trois jours de la maternité. »

Le préliminaire

La cause la plus fréquente d'hyperthermie du post-partum est l'endométrite aiguë associée ou non à une rétention endo-utérine.

Il faut penser au risque d'infection génitale, même à six jours de l'accouchement.

Il faut penser aux seins (cf. Question 38).

La première consultation

Après l'interrogatoire, l'examen gynécologique complet (cf. Question 1), vérifie le volume, la tonicité, la vacuité de l'utérus, l'intégrité ligamentaire, la normalité du saignement et recherche les signes d'infection génitale et urinaire et fait les prélèvements nécessaires.

Il recherche des signes d'infection des cicatrices (épisiotomie, cicatrice de césarienne).

Une échographie en urgence pourra être utile en complément.

Le médecin prescrit NFS, plaquettes, CRP, bandelette urinaire, ECBU.

Après les prélèvements effectués, le médecin prescrit une antibiothérapie probabiliste, qu'il ajustera en fonction des résultats.

En cas de suspicion de rétention de fragments placentaires, il est nécessaire de réadresser la patiente à la maternité.

S'il n'y a pas de signes d'infection génito-urinaire, l'examen clinique recherche une autre cause à cette fièvre.

Le point de vue du gynécologue

Dans les suites immédiates de l'accouchement, les quelques jours de surveillance pratiquée au sein de la maternité permettent de dépister, prévenir et traiter rapidement les complications immédiates du post-partum. Il en est une, l'infection du post-partum (anciennement la « fièvre puerpérale »), dont le dépistage précoce et la prise en charge efficace constituent un progrès incontournable dans l'histoire de l'obstétrique. Sa recherche doit être de mise même après le retour à domicile. Elle peut avoir de multiples origines, et doit faire l'objet d'une enquête étiologique avant la mise en route de toute antibiothérapie.

Dans tous les cas l'antibiothérapie doit tenir compte des éventuels germes et antibiogrammes rencontrés dans la période entourant l'accouchement, et ne doit être instaurée qu'après avoir effectué un minimum de prélèvements bactériologiques.

Diagnostics

La cause la plus fréquente d'hyperthermie du post-partum est l'**endométrite aiguë** associée ou non à une **rétention endo-utérine**.

- Elle n'est en général pas accompagnée d'un syndrome infectieux bruyant et l'état général maternel est conservé.
- Dans la plupart des cas elle survient dans les suites d'un contexte particulier (rupture prématurée des membranes, accouchement à domicile, chorio-amnionite, césarienne, délivrance artificielle, hyperthermie per-partum, etc.).
- La contamination s'effectue en règle de façon ascendante via les voies génitales.
- Les lochies sont alors volontiers grisâtres, nauséabondes ou même disparaissent. L'examen retrouve un utérus mou sensible, voire douloureux. Parfois les lochies sont franchement hémorragiques constituant alors des signes d'endométrite hémorragique (cf. Question 83). L'augmentation de la taille de l'utérus doit faire rechercher la rétention de lochies à l'examen échographique.

L'infection urinaire doit être systématiquement recherchée, surtout si la grossesse a été émaillée de nombreux épisodes du même type.

Les risques de complications infectieuses de **cicatrice chirurgicale** (césarienne, épisiotomie, etc.) doivent, en présence d'hyperthermie maternelle, conduire à pratiquer un examen spécifique.

Autres sites infectieux : parmi les différents diagnostics à évoquer en cas de fièvre puerpérale il faut citer les potentielles infections annexielles, les abcès des ligaments larges, jusqu'aux pelvipéritonites et péritonites généralisées, qui sont devenues rares grâce à la surveillance systématique et aux traitements antibiotiques précoces. Leurs traitements sont chirurgicaux particulièrement devant une diffusion à la cavité abdominale.

L'hyperthermie du post-partum, surtout si elle est associée à une douleur abdomino-pelvienne, doit aussi faire évoquer un syndrome thromboembolique pelvien en particulier une thrombose de la veine ovarienne. Cette pathologie survient dans la majorité des cas du côté droit et se produit souvent dans les cinq jours qui suivent l'accouchement, en absence de traitement prophylactique par héparine. Cette thrombose revêt généralement un caractère septique et est souvent compliquée d'embolies pulmonaires fréquemment asymptomatiques. Doppler mais surtout scanner pelvien feront le diagnostic qui est cliniquement difficile car aspécifique.

Bilan

- Examen des sites chirurgicaux.
- Biologie :
 - NFS, plaquettes, CRP ;
 - bandelette urinaire, ECBU ;
 - TP, TCA, D-dimères, fibrinogène ;
 - prélèvements bactériologiques vaginaux, des lochies, de leucorrhée ou de pus.
- Imagerie :
 - échographie sus-pubienne et endovaginale avec étude Doppler des vaisseaux pelviens ;
 - écho-Doppler des membres inférieurs.

Conduites à tenir

Devant une pathologie infectieuse après un accouchement par césarienne, il est primordial d'adresser la patiente pour une prise en charge spécialisée. La survenue d'une endométrite ou d'un abcès pariétal chez de telle patiente peut modifier le pronostic obstétrical des grossesses ultérieures par fragilisation de la cicatrice utérine.

Après un accouchement par les voies naturelles, le diagnostic d'une endométrite isolée et sa prise en charge ne nécessite pas l'hospitalisation systématique :

- le traitement ambulatoire est tout à fait adapté ;
- une antibiothérapie *per os* par exemple : amoxicilline 3 à 6 g/j + acide clavulanique 475 mg/j pendant quinze jours ;
- antipyrétique : paracétamol 3 g par jour pendant au moins 48 heures ;
- il est nécessaire de réévaluer l'efficacité du traitement au bout de 48 heures.

En revanche, toute endométrite associée à une rétention placentaire doit être prise en charge en milieu spécialisé pour évacuation du contenu utérin sous antibiothérapie.

Les troubles de la cicatrisation vulvaire ne nécessitent que très rarement l'adjonction d'une antibiothérapie. Ceux-ci ne seront envisagés qu'en présence de signe généraux d'infection et après un examen gynécologique soigneux afin de ne pas méconnaître l'extension du processus infectieux dans les loges latéropelviennes.

Toute patiente présentant une pathologie thromboembolique pelvienne doit être hospitalisée. Au cours de cette hospitalisation des signes de gravité seront recherchés (embolie pulmonaire, caillot flottant, etc.). Puis : mise en place d'une héparinothérapie efficace associée à une antibiothérapie parentérale, au repos strict et à la surveillance rapprochée.

► **Mots clés** : endométrite ; pathologie thromboembolique pelvienne ; abcès de paroi ; post-partum.

Références

- Horovitz J., Guyon F, Roux D et Hocke C. Suites de couches normales et pathologiques *Encycl Méd Chir. Obstétrique*, 5-110-A-10 (12 pp.). Paris, Elsevier, 2001.
- Merger R, Levy J, Melchior J. In: *Précis d'obstétrique* (6^e éd.) (chap. 13, pp. 368-86). Paris, Masson, 2001.

Question 42

Elle saigne après l'accouchement. Que faire à la maison ?

La demande

« Docteur, j'ai accouché il y a quatre semaines et je saigne toujours, est-ce normal ? »

Le préliminaire

Devant tout saignement trop important du post-partum, il faut évoquer :

- l'endométrite hémorragique ;
- la rétention placentaire ;
- l'avortement spontané précoce (ou métrorragie du premier trimestre) ;
- la maladie trophoblastique (voir choriocarcinome) ;
- l'atrophie de l'endomètre ;
- le trouble de la coagulation : iatrogène (prise d'anticoagulant), toxique.

La première consultation

Le médecin après avoir interrogé la patiente, l'examine à la recherche d'une étiologie gravidique ou infectieuse.

Il vérifie la contraception et son observance.

En fonction de l'orientation diagnostic, il prescrit les examens biologiques adaptés :

- biologie :
 - β hCG ;
 - NFS, plaquette, CRP ;
- échographie : sus-pubienne et endovaginale ;
- prélèvements bactériologiques vaginaux et endocol ;
- frottis, si nécessaire.

Le plus souvent, il s'agit d'un défaut de régénération de la muqueuse et des œstrogénostatifs en redémarrant un cycle peuvent être utiles.

Le point de vue du gynécologue

Les lochies (écoulement sérosanglant) apparaissent dès le premier jour du post-partum pour se prolonger jusqu'à quinze ou vingt jours après l'accouchement.

Pendant cette période ce saignement reste peu abondant, non nauséabond, sans caillot. Classiquement vers le dixième jour du post-partum apparaît un écoulement sanglant physiologique appelé « petit retour de couches ».

Dès le vingt-cinquième jour, l'ascension du taux d'œstrogène plasmatique stimule la cicatrisation endométriale. L'écoulement devient ainsi progressivement séreux.

La surveillance immédiate (24 premières heures) doit permettre de dépister précocement les hémorragies de la délivrance par atonie ou rétention placentaire partielle.

Le retour à domicile autorisé par la structure d'hospitalisation doit avoir permis d'éliminer ce type de pathologie.

Les problèmes rencontrés par les patientes après leur retour à domicile sont représentés par :

- des lochies sanglantes pathologiques : abondance excessive, recrudescence ;
- un « retour de couches » hémorragique.

Dans tous les cas la présence de caillots dans les saignements du post-partum doit faire rechercher une pathologie sous-jacente.

Diagnostics

Différents diagnostics doivent être évoqués.

L'endomérite hémorragique

Elle ne survient pas toujours dans un contexte infectieux bruyant. Elle est couramment accompagnée de douleurs abdomino-pelviennes, majorées par la mobilisation utérine. Les lochies peuvent être sanglantes et nauséabondes, avec présence de caillots.

Rétention placentaire

Une rétention même modérée de tissu placentaire ou de membranes peut être à l'origine d'une recrudescence des saignements. Elle est volontiers accompagnée de symptômes infectieux d'endomérite et peut souvent en être la cause.

Avortement spontané précoce (ou métrorragie du premier trimestre)

La grossesse débutante doit systématiquement être recherchée en cas d'anomalie (saignement, aménorrhée) du post-partum.

Maladie trophoblastique (voir choriocarcinome)

Elle reste exceptionnelle mais doit être recherchée du fait de son potentiel malin et de sa prise en charge en milieu spécialisé.

Atrophie de l'endomètre

Elle reste un diagnostic d'élimination, mais elle est très fréquente et liée à une mauvaise imprégnation œstrogénique de la muqueuse endométriale.

Autres

Troubles de la coagulation, iatrogène (prise d'anticoagulant), toxique.

Bilan

L'examen clinique et anamnèse orientent vers une étiologie gravidique ou infectieuse.

- Biologie :
 - β hCG,
 - NFS, plaquette, CRP.

- Échographie : sus-pubienne et endovaginale.
- Infectieux : prélèvements bactériologiques vaginaux et endocol.
- Vérification de principe de la date du dernier frottis.

Conduites à tenir

Le type de prise en charge de l'**endomérite** dépend de l'état clinique de la patiente et du retentissement de l'hémorragie. Le traitement à domicile peut être envisagé en cas de symptomatologie peu bruyante et en l'absence de rétention utérine objectivée par l'examen échographique. Dans tous les autres cas, l'hospitalisation doit être proposée, pour mise en place d'une antibiothérapie associée à la réalisation d'un curetage précautionneux.

Toute antibiothérapie sera instaurée après prélèvements bactériologiques et secondairement adaptée à l'antibiogramme. Exemples :

- amoxicilline 3 à 6 g/j + acide clavulanique 475 mg/j *per os* pendant quinze jours ;
- en cas d'allergie vraie : ofloxacine 400 mg/j ou érythromycine 3 g/j ;
- associé à un traitement symptomatique et sous contrôle clinique et échographique régulier.

En cas de **β hCG positif**, la prise en charge sera adaptée selon qu'il s'agit de métrorragie du premier trimestre de la grossesse ou bien d'un avortement spontané précoce (*cf.* Question 10).

Bien qu'exceptionnelles, les **maladies trophoblastiques** sont dépistées et doivent être prises en charge en milieu hospitalier. Les stratégies thérapeutiques seront adaptées en fonction de l'examen anatomopathologie et de l'étendue de la maladie.

L'élimination des précédents diagnostics permet de s'orienter vers celui d'**atrophie de l'endomètre**. Il s'agit de la pathologie la plus communément rencontrée. Elle est secondaire à l'absence ou à la mauvaise croissance de la muqueuse endométriale par défaut d'apport d'œstrogènes endogènes et est objectivée par l'échographie endovaginale avec la visualisation d'un endomètre dont l'épaisseur est ≤ 5 mm. Son traitement consiste en la prescription de manière transitoire d'une hormonothérapie œstroprogestative dosée à 30 γ d'éthinylœstradiol.

► **Mots clés** : métrorragie ; post-partum ; endomérite ; rétention placentaire ; atrophie de l'endomètre.

Références

- Horovitz J, Guyon F, Roux D et Hocke C. Suites de couches normales et pathologiques *Encycl Méd Chir. Obstétrique*, 5-110-A-10 (12 pp.). Paris, Elsevier, 2001.
- Merger R, Levy J, Melchior J. In: *Précis d'obstétrique* (6^e éd.) (chap. 13, pp. 368-86). Paris, Masson, 2001.

Question 43

Elle n'a pas eu de retour de couches, que faire ?

La demande

« Docteur, j'ai accouché il y a dix semaines, je n'ai toujours pas eu mon retour de couches. Je n'ai pas pris la pilule mais mon conjoint faisait attention. »

Le préliminaire

Il faut systématiquement penser à une grossesse débutante et affirmer ou infirmer ce diagnostic avant de passer à la suite du bilan étiologique.

Le retour de couches peut être décalé surtout si la femme a allaité plusieurs semaines.

L'allaitement maternel ne bloque pas toujours efficacement l'ovulation.

La première consultation

L'interrogatoire fait préciser ce que veut dire « mon conjoint faisait attention. »

Le médecin pratique l'examen gynécologique complet (cf. Question 1) du post-partum, au cours duquel il recherche d'éventuels signes de grossesse.

Il prescrit un dosage des β hCG et la revoit avec les résultats.

Il recherche une persistance de l'allaitement même minime, en l'absence de celui-ci, il peut prescrire une contraception œstroprogestative pour un mois de manière à provoquer les règles.

Le point de vue du gynécologue

De façon physiologique, les lochies du post-partum se prolongent entre quinze ou vingt jours, puis le saignement se tarit pour devenir progressivement séreux. Parfois vers le dixième jour du post-partum apparaît un écoulement sanglant physiologique appelé « petit retour de couches ».

On ne note pas d'élévation de la FSH et ainsi pas d'élévation de la sécrétion œstrogénique, avant le vingt-cinquième jour du post-partum.

En absence d'allaitement

Le retour de l'hémorragie de privation ou « retour de couches » survient après une période de six à huit semaines après l'accouchement. En règle générale les deux premiers cycles sont anovulatoires, même en l'absence de traitement anti-gonadotrope, mais une nouvelle ovulation peut survenir dès le quarantième jour du post-partum. C'est pourquoi, il est **indispensable et urgent d'éliminer le diagnostic de grossesse** pour toute aménorrhée du post-partum.

En cas d'allaitement maternel

La prolactinémie s'élève dans les suites immédiates de l'accouchement, puis ce taux initial peut :

- soit diminuer en cas d'allaitement artificiel (effet renforcé par un traitement dopaminergique) ;
- soit en cas d'allaitement, s'élever et se stabiliser.

Ainsi par action anti-gonadotrope de la prolactine (effet anti-FSH), l'allaitement retarde l'apparition des règles. Cette sécrétion pulsatile de la prolactine voit, au fil du temps, son action inhibitrice s'évaporer et permettre au bout de quelques semaines la reprise de l'activité ovarienne. Le retour de couches survient alors dans un délai très variable d'une patiente à l'autre. Même en cas d'allaitement exclusif et sans retour de couches, le risque d'ovulation est évalué entre 1 et 5 %, avant six mois.

Le diagnostic d'aménorrhée du post-partum n'est posé qu'après une période supérieure ou égale à trois mois en l'absence d'allaitement maternel, ou supérieure à cinq mois en cas d'allaitement maternel prolongé et maintenu.

En pratique, ce délai de cinq mois est rarement observé avant que ne soit de nouveau envisagé, soit la prise d'une contraception, soit le début d'une nouvelle grossesse. En cas de reprise par la patiente de la contraception habituelle, les hémorragies de privations réapparaîtront de manière automatique. Parmi elles, certaines présentent des dysfonctions hypophysaires ou ovariennes qui passeront alors inaperçues et seront suivies plusieurs années plus tard pour stérilité secondaire à l'occasion d'un désir de grossesse ultérieur.

Diagnostics

- La grossesse est la principale cause d'aménorrhée du post-partum.
- Une **synéchie utérine** : créant ainsi un obstacle à l'écoulement du flux menstruel.
- Les étiologies **hypophysaires ou ovariennes**.
- Le **syndrome de Sheehan** ou syndrome pur d'hypopituitarisme antérieur : il est rare, et résulte de la nécrose de tout ou partie du lobe antérieur de l'hypophyse, à l'occasion d'un choc hémorragique et d'un collapsus lors de l'accouchement. Selon l'importance de la zone atteinte, ce syndrome associe une insuffisance gonadotrope, lactotrope, corticotrope ou thyroïdienne.

Bilan

βhCG sérique qualitatif.

Courbe ménothermique : elle sera réalisée de manière appliquée par la patiente pendant un minimum de deux à trois mois. Elle permet en cas de courbe biphasique, d'affirmer la bonne fonction hypophysaire et ovarienne et ainsi de rechercher une cause génitale basse contrariant l'écoulement du flux menstruel. En cas de courbe monophasique, elle oriente vers une étiologie endocrinienne, soit hypothalamique, soit ovarienne. Il est alors licite de prescrire un bilan hormonal avec FSH, LH, prolactine et E2 avant de l'adresser en consultation.

Conduites à tenir

La grossesse débutante doit être systématiquement évoquée, recherchée et son diagnostic systématiquement affirmé ou infirmé avant de passer à la suite du bilan étiologique. Son diagnostic précoce évite les risques d'expositions iatrogènes d'un bilan étiologique et peut permettre à la patiente d'envisager l'interruption volontaire en cas de grossesse non désirée.

Dans le cas où l'aménorrhée n'est pas physiologique, il faut faire pratiquer à la patiente une courbe ménothermique. Cet examen sera débuté et prolongé au minimum deux à trois mois avant d'adresser la patiente, soit en consultation gynécologique à orientation chirurgicale en cas de courbe biphasique, soit en consultation à orientation endocrinologique en cas de courbe monophasique.

Le diagnostic de **synéchie utérine** étant suspecté, il est nécessaire de faire réaliser soit une **hystérosonographie**, associée ou non à une **hystérosalpingographie**. Ce bilan préopératoire effectué, cette synéchie sera levée par **hystérocopie opératoire**. En cas de courbe ménothermique monophasique, sont alors évoquées des étiologies **hypophysaires ou ovariennes**. Celles-ci ne sont plus spécifiques de la période des suites de couches et peuvent rentrer dans le cadre du bilan étiologique des aménorrhées secondaires (hypophysite, OPK, hyperprolactinémie, voire psychogène).

Le **syndrome de Sheehan** est rare, et correspond à une nécrose étendue de l'hypophyse antérieure. La forme est dite classique lorsque s'associent l'absence de montée laiteuse, et l'absence de retour de couches. Ce syndrome peut se compléter par l'apparition d'insuffisances corticotrope et thyroïdienne qui peuvent rester longtemps méconnues. Son traitement est symptomatique.

► **Mots clés** : post-partum ; aménorrhée ; Sheehan.

Références

- Horovitz J., Guyon F, Roux D et Hocke C. Suites de couches normales et pathologiques *Encycl Méd Chir. Obstétrique*, 5-110-A-10 (12 pp.). Paris, Elsevier, 2001.
- Leroy R, Leroy-Billiard M, Bauters C, Puech F. Syndromes endocriniens du post-partum. *Encycl Méd Chir. Obstétrique*, 5-114-G-10 (8 pp.). Paris, Elsevier, 1996.
- Merger R, Levy J, Melchior J. In: *Précis d'obstétrique* (6^e éd.) (chap. 13, pp. 368-86). Paris, Masson, 2001.

Question 44

Elle ne se sent pas heureuse depuis l'accouchement

La demande

« Docteur, j'ai accouché il y a trois semaines, je suis fatiguée, je dors mal, je n'y arrive plus avec ce bébé. »

Le préliminaire

Le *baby blues* est un symptôme bénin et fréquent qui dure environ une semaine.

Il s'agit souvent d'un cortège d'émotions contradictoires, par exemple une joie immense suivie de pleurs abondants et d'irritabilité.

La psychose puerpérale est une urgence psychiatrique grave.

Les premiers jours peuvent ressembler au *baby blues*, mais d'autres symptômes apparaissent ensuite : confusion, obnubilation, angoisse majeure, troubles de la mémoire et de la perception. Il s'installe un délire avec des hallucinations auditives et visuelles.

La première consultation

Le médecin écoute la patiente avec empathie. Il faut laisser à la patiente le temps d'exprimer ses angoisses.

Il devra rechercher les signes d'une dépression (fatigue, dépréciation de soi, trouble de l'humeur, etc.), d'une psychose puerpérale (angoisse majeure, délire, hallucination, etc.) ou d'un simple *baby blues*.

Il mettra en place les traitements appropriés, en particulier une hospitalisation d'urgence en cas de psychose puerpérale. Il rassurera la patiente et insistera sur la bénignité en cas de *baby blues*.

Le point de vue du gynécologue

Généralités

Un professionnel de la santé confronté à une femme enceinte doit connaître son histoire de trouble mental (dépression, bipolarité, schizophrénie), ses suivis psychiatriques/psychologiques antérieurs, son histoire familiale de maladie mentale périnatale ainsi que son environnement familial, social et professionnel actuel. Des questions simples peuvent être posées. Durant le mois passé, vous êtes-vous sentie déprimée, abattue ? Avez-vous perdu de l'intérêt ou du plaisir à faire les choses habituelles ? Avez-vous le sentiment d'avoir besoin d'une aide particulière ?

En effet, la prévalence des troubles thymiques est la plus élevée durant la période de grossesse et du post-partum plus qu'à tout autre moment de la vie d'une femme. Jusqu'à 80 % des femmes qui ont accouché souffriront du *baby blues*. Entre 3 % et 20 % iront jusqu'à une dépression du post-partum et 1/1 000 connaîtra la psychose post-partum.

Les psychiatres ont identifié trois types de dépressions du post-partum : le post-partum *blues* (ou *baby blues*), la dépression du post-partum et la psychose du post-partum.

Le post-partum blues (ou syndrome du troisième jour)

C'est la forme la plus légère des troubles affectifs du post-partum. Il se présente soudainement entre le premier et le troisième jour suivant l'accouchement, sous forme de pleurs, d'irritabilité, de sautes d'humeur et un sentiment d'être dépassée. Ces *blues* peuvent durer plusieurs jours. On estime que 50 % à 80 % des mères les éprouvent. Si ces symptômes persistent durant quelques semaines, nous devons considérer le diagnostic de dépression du post-partum.

La dépression du post-partum

Elle correspond aux critères diagnostiques de l'épisode dépressif majeur du DSM-IV. Près de la moitié des dépressions du post-partum débutent en fait durant la grossesse.

Les parturientes éprouvent alors les symptômes suivants : tristesse, découragement, pleurs fréquents, sentiment de ne pas être à la hauteur, culpabilité, anxiété, irritabilité et fatigue. Elle se distingue du post-partum *blues* par une inscription dans la durée, un sentiment de culpabilité, des difficultés cognitives (mnésiques et de concentration), un négativisme, un sentiment de folie ou de perte de contrôle, des crises d'anxiété ou de panique, une difficulté à organiser ses tâches quotidiennes et la gestion du nouveau-né, ainsi que des pensées suicidaires. Les symptômes physiques souvent associés comprennent des maux de tête, un engourdissement, des douleurs thoraciques et une hyperventilation liée à l'anxiété.

Son étiologie est inconnue, plutôt multifactorielle avec des facteurs de risque psychologiques, biologiques (changements hormonaux) et sociaux (précarité, isolement, stress, traumatismes psychiques).

La relation mère-enfant peut être sérieusement endommagée par la dépression post-partum. La mère, ambivalente, triste et anxieuse, est alors moins disponible pour les interactions avec son enfant, éprouve un certain désintérêt envers son enfant, voire un sentiment d'inutilité. La chronicité de cet état peut avoir des répercussions négatives sur le développement du lien d'attachement mère-enfant, voire sur le développement psychoaffectif et neurocognitif de l'enfant. La dépression peut s'installer le plus souvent dans le mois suivant l'accouchement, mais la période de vulnérabilité s'étend sur un an. On parle alors de dépression du post-partum à début tardif.

La psychose post-partum

C'est un trouble relativement rare (entre 0,1 et 0,2 % des accouchements). Ce risque s'élève à 14 % chez les femmes aux antécédents d'un épisode psychotique du post-partum. Les premiers symptômes surviennent dans le premier mois suivant l'accouchement, et dans 50 % des cas durant les trois premiers jours du post-partum.

Le tableau clinique est souvent celui d'un délire confus. Les symptômes comportent un désarroi extrême, une fatigue, une agitation, une labilité de l'humeur, des sentiments de désespoir et de honte, parfois des hallucinations, une

allocution rapide et des pensées obsessionnelles. Une perte de contact avec la réalité est un critère discriminant. Dans la psychose affective du post-partum les symptômes les plus fréquents sont des délires de grandeur, des idées confuses et un comportement désorganisé. Un épisode maniaque peut survenir dans 35 % des femmes aux antécédents de bipolarité. Si l'épisode actuel se situe plutôt dans le spectre de la schizophrénie, les symptômes sont plus souvent des délires paranoïaques et des dénis de grossesse ou de la filiation. Si la nouvelle mère souffre de ces symptômes, il faut s'assurer de sa sécurité et de celle de l'enfant. En présence d'éléments délirants, une hospitalisation est probablement nécessaire. Elle n'est pas en mesure de s'occuper ni du bébé, ni d'elle-même.

Le rôle du nouveau père ou du conjoint, voire de l'entourage proche, est ici fondamental. Le médecin doit alors se préoccuper de sa présence, de sa disponibilité, et lui apporter les conseils éducatifs nécessaires pour comprendre la situation et le sensibiliser pour prévenir toute complication future. Par ailleurs, les pères prennent leurs fonctions à la naissance seulement, quelques mois en retard sur la mère. De ce fait, une attention peut leur être accordée afin de prévenir toute vulnérabilité affective pouvant aussi avoir un impact sur le bien-être de la mère et de l'enfant. Plus de la moitié des pères se préoccupent de leurs nouvelles responsabilités, craignent les problèmes financiers et ont peur de perdre leur liberté.

Les facteurs de risques

La dépression du post-partum est beaucoup plus fréquente chez les femmes aux antécédents de dépression ou de troubles bipolaires de l'humeur.

De plus, on estime qu'entre 10 % à 35 % des femmes connaîtront une récurrence de la dépression post-partum. Dans ces cas, le médecin doit discuter avec ces femmes de la nécessité d'un traitement préventif.

Les complications obstétricales sévères augmentent le risque de troubles mentaux dans le post-partum.

D'autres facteurs de risque doivent être recherchés : la pauvreté, les manques éducatifs, une relation difficile avec le conjoint, les violences domestiques, une grossesse non planifiée, des mères célibataires ou adolescentes, un réseau de soutien pauvre, et la présence d'événements stressants ou traumatiques pendant la grossesse ou après l'accouchement.

Devenir

La dépression pendant la grossesse est associée à un risque plus élevé de mauvais soins prénataux, de mauvaise alimentation, de prématurité, de petit poids de naissance, de pré-éclampsie, d'avortement spontané, d'abus de toxiques et de conduites à risque. Il faut les dépister devant des antécédents de dépression. L'épisode du post-partum n'est parfois que le continuum d'une situation déjà dépressive avant la grossesse.

Il a été montré que la dépression du post-partum avait des conséquences néfastes sur le devenir des enfants. Des études ont ainsi mis en évidence des troubles du développement émotionnel, du langage, de l'attention et des performances cognitives de ces enfants qui ont plus souvent des troubles du comportement à long terme.

Conduite à tenir

Les traitements et les soins apportés doivent toujours être adaptés aux besoins et aux préférences individuelles des parturientes. Leur participation active et informée aux décisions est recherchée.

La meilleure approche est celle du travail d'équipe. Le concubin, ou l'entourage proche, doit être informé des risques et des bénéfices du traitement. L'obstétricien doit être mis au courant de l'initiation d'un traitement psychotrope. Le pédiatre doit être associé à la décision thérapeutique.

Le post-partum blues

Il faut prévenir la parturiente de ce risque fréquent et de sa résolution, la plus souvent spontanée. Il faut toutefois l'inciter à demander de l'aide en cas de chronicisation des symptômes. On peut conseiller à toute nouvelle mère de :

- se concentrer sur des objectifs à court terme plutôt que sur ceux à long terme ;
- faire une activité agréable chaque jour (comme faire une promenade, prendre un bain ou parler avec une amie) ;
- rechercher des activités extérieures gratuites ou peu coûteuses (bibliothèque, marche, association) ;
- consacrer du temps avec son conjoint ou ses amies intimes ;
- exprimer ses sentiments et demander de l'aide si besoin ;
- consulter son médecin et tenter de trouver un groupe de soutien local.

Le traitement de la dépression

En général, il existe peu d'essais cliniques sur le traitement de la dépression du post-partum. Celui-ci est alors à considérer comme le traitement de toute autre dépression sévère. Aucun antidépresseur n'a à ce jour prouvé sa supériorité dans cette indication. Le choix de la **monothérapie** est à considérer avec la patiente et en fonction du désir d'allaitement, entre différentes molécules. Un traitement antidépresseur doit être envisagé chez les femmes qui présentent des symptômes, modérés à graves, et qui n'ont pas réagi à des traitements non pharmacologiques. Cela nécessite un avis spécialisé par un psychiatre.

La morbidité substantielle de la dépression non traitée pendant la grossesse ou l'allaitement doit être soupesée par rapport au risque des médicaments. En effet, les bénéfices de l'allaitement sont bien documentés durant les six premiers mois de la vie. Toutefois la plupart des psychotropes passent dans le lait maternel. Si la femme a reçu un antidépresseur durant la grossesse, on continue le même traitement durant la période d'allaitement. Pour le choix de la molécule, de faibles taux d'effets secondaires ont été décrits dans la littérature. Les antidépresseurs à privilégier semblent être l'imipramine, la nortriptyline, la sertraline, la paroxétine et la fluvoxamine. Il faut conseiller la mère de prendre son traitement après l'allaitement et avant le temps de sommeil de l'enfant pour minimiser le pic plasmatique. Il faut rester vigilant à surveiller tout changement de comportement de l'enfant comme une sédation, une irritabilité, des troubles du sommeil ou de la prise alimentaire.

Un soutien social et des interventions de soins à domicile ont pour objectifs d'accompagner, d'aider et de dépister l'évolution des troubles. Ils peuvent

contribuer à améliorer l'humeur et les attitudes relationnelles des mères dépressives, et veiller à renforcer positivement la relation d'attachement et le développement psychomoteur de leur nourrisson. La prise en charge des difficultés sociales est donc une nécessité. Le recours aux interventions du service de Protection maternelle infantile (PMI) doit être le plus souvent déclenché du fait de leur expertise en prévention précoce auprès des enfants de moins de 6 ans dans leur famille et du relais médico-social.

En cas de chronicisation de la dépression, malgré un traitement bien conduit, il faut un avis psychiatrique spécialisé, voire envisager une hospitalisation. L'impact des troubles dépressifs du post-partum sur le développement psychique de l'enfant est difficilement évaluable. Les études actuelles montrent un risque élevé chez les enfants nés de mères bipolaires de développer des troubles psychiatriques à début plus précoce (troubles de l'attachement, difficultés cognitives, hyperactivité, troubles thymiques, troubles des conduites). En parallèle les enfants nés de mères psychotiques ont un risque élevé de troubles physiologiques, psychologiques et de la personnalité (troubles anxieux, psychosomatiques, difficultés sociales).

La proportion de femmes avec un premier épisode de dépression du post-partum, qui développe un trouble bipolaire de l'humeur, reste incertaine. Dans ces cas, il faut rechercher une histoire familiale de bipolarité qui est alors l'élément le plus prédictif. Le traitement préventif au long cours est alors à discuter. Le lithium reste le traitement de première intention pour le traitement aigu et au long cours des troubles bipolaires. En tout cas il faut éduquer ces patientes et leur entourage proche sur les symptômes de dépression et de manie, pour améliorer la détection précoce en cas de survenue.

La psychose puerpérale

Près de 10 % des femmes hospitalisées pour une morbidité psychiatrique avant l'accouchement développent une psychose puerpérale dans le post-partum. Près de 90 % des épisodes psychotiques et bipolaires du post-partum surviennent dans le premier mois après l'accouchement. Un post-partum blues sévère avec éléments de confusion est souvent prodromique. La primiparité, les troubles antérieurs de la personnalité, les difficultés relationnelles mère-fille sont prédisposant. La survenue tardive des symptômes psychotiques (à un ou deux mois) est souvent de plus mauvais pronostic, et révèle plus fréquemment une schizophrénie.

Le tableau clinique on l'a vu comporte des éléments d'obnubilation, voire de réelle confusion mentale avec désorientation temporo-spatiale, une activité délirante polymorphe mais essentiellement centrée sur l'enfant (thème d'enfantement, négation de l'enfant, filiation extraordinaire, etc.). Il faut noter l'existence d'une grande labilité de l'humeur avec risque suicidaire et/ou d'infanticide.

Les psychoses puerpérales nécessitent une prise en charge psychiatrique, elles réagissent bien à un traitement antipsychotique qui doit être instauré précocement en milieu hospitalier et qui sera associé à une psychothérapie. Ces mères souffrant de symptômes psychotiques et qui allaitent ont peur du traitement antipsychotique pour la santé de l'enfant. Toutefois, la littérature confirme la plus grande nocivité des interruptions médicamenteuses, sur les symptômes psychiatriques et le comportement maternel. Le recours à l'antipsychotique doit être

évalué individuellement en cas d'allaitement. La balance bénéfique/risque d'un antipsychotique (aripiprazole, rispéridone, chlorpromazine, halopéridol) dans un premier épisode psychotique du post-partum doit être basée sur l'efficacité générale du produit, à l'exception de molécules à exclure durant l'allaitement : la clozapine (risque d'événements indésirables graves chez l'enfant, de type agranulocytose) et l'olanzapine (risque augmenté de réactions extrapyramidales chez l'enfant). Si un traitement antipsychotique efficace était en place avant l'allaitement, il faut le poursuivre. Si le choix est entre allaitement et traitement antipsychotique, la seconde option est toujours à privilégier. Ce traitement doit être monitoré dans une unité mère-enfant, qui permet des soins optimaux orientés vers le développement de l'identité maternelle et la relation d'attachement mère-enfant.

Le recours à l'électroconvulsivothérapie (ECT) reste un excellent choix en cas de troubles du post-partum réfractaires au traitement médicamenteux.

La prise en charge sera pluridisciplinaire (obstétriciens, psychiatres, pédiatres, etc.). En post-partum, on peut avoir recours à plusieurs systèmes de prise en charge :

- hospitalisation dans des unités mère-bébé (situées le plus souvent au sein d'hôpital psychiatrique) ;
- crèche thérapeutique ou hôpital de jour qui permet un travail avec des psychiatres, psychologues et infirmières psychiatriques sur la relation mère-enfant ;
- suivi ambulatoire régulier ;
- dans certaines situations, la symptomatologie pourra justifier la séparation de l'enfant surtout lorsqu'il existe un risque suicidaire ou d'infanticide. L'enfant pourra être confié à la famille de la mère, sinon hospitalisé en pédiatrie transitoirement. Un soutien psychologique du père est alors justifié.

Conclusion

L'évolution à long terme est variable. L'accès peut rester isolé, avec un risque de récurrences augmenté lors de grossesses ultérieures (20 %), et un risque d'éclosion d'un trouble bipolaire de l'humeur ou d'une schizophrénie.

Le médecin généraliste doit suspecter l'existence de troubles thymiques ou affectifs du post-partum devant des mères avec des demandes de consultations fréquentes pour leur nouveau-né, en dehors des visites de routine.

► **Mots clés** : dépression ; post-partum ; psychose ; antidépresseur.

Question 45

Elle a 10 ans et elle est réglée pour la première fois, que faut-il faire ?

La demande

« Ma fille est réglée pour la première fois depuis trois jours. Est-ce trop tôt docteur ? Que faut-il faire ? »

Le préliminaire

Cette question traduit l'angoisse de la mère, d'une puberté précoce et la crainte de « tous les ennuis » dus aux règles et tout ce que cela entraîne dans l'imaginaire de la mère et de la fille. Douleur, hémorragie, fin de l'enfance, rapport sexuel, grossesse, voilà ce que signifient les règles chez cette jeune fille, surtout si elle n'a pas été bien informée.

Le médecin généraliste doit répondre à ces angoisses qui le plus souvent ne sont pas verbalisées et s'assurer qu'il n'y a vraiment pas de pathologie sous-jacente.

La première consultation

Cette consultation est très importante pour informer cette jeune fille et répondre à toutes les questions, même et surtout à celles qu'elle ne pose pas.

L'interrogatoire doit rechercher les antécédents et d'éventuels signes de pathologie organique mais surtout, très rapidement, il faut demander à la jeune fille ce qu'elle sait sur les règles, ce que cela représente pour elle et quelles sont ses questions.

Le médecin doit lui expliquer, schématiquement, ce qu'est la puberté et le rapport entre le cerveau, les ovaires, l'ovulation, l'utérus et les règles.

Il lui parle des modifications organiques et psychologiques qui vont se faire dans un avenir plus ou moins proche. Il rassure également cette jeune fille en la prévenant que les règles peuvent être plus ou moins régulières, plus ou moins abondantes et plus ou moins douloureuses et que si la gêne est trop importante il existe des traitements efficaces.

Le médecin procède à un examen clinique systématique habituel en médecine générale. Il ne faut pas pratiquer d'examen gynécologique ni de toucher rectal chez cette jeune fille. Ces examens sont inutiles et traumatisants à cet âge-là.

Enfin, le médecin, avant d'arrêter la consultation rassure la jeune fille en lui disant qu'elle est certes réglée un peu tôt mais qu'elle est tout à fait normale et qu'elle le contacte au moindre problème.

Le point de vue du gynécologue

Les premières règles débutent en moyenne en France à 12 ans et demi, deux ans environ après l'apparition des premiers signes pubertaires (bourgeon mammaire).

Ceux-ci auraient pu être dépistés chez cette petite fille vers l'âge de 8-9 ans. Ceci correspond à une puberté prématurée plus qu'à une puberté précoce, qui apparaît avant 8 ans.

Ces pubertés prématurées ont souvent un caractère familial, elles ne sont pas pathologiques et ne sont pas dues à une lésion hypothalamo-hypophysaire. L'IRM est donc inutile. Elles risquent cependant de réduire faiblement la taille adulte, mais le bénéfice statural des analogues de la GnRH est trop faible pour que leur emploi soit justifié.

On peut alors distinguer deux situations

■ **Des saignements isolés chez une fillette encore impubère** ne correspondent a priori pas à des règles. Ils devraient faire réaliser par précaution un examen des organes génitaux externes pour éliminer un traumatisme vulvaire, un corps étranger, une tumeur cervicale ou vaginale, voire une infection vaginale.

Devant ce symptôme fréquent, il faut rester vigilant, pour éliminer de « fausses règles », sinon il faut vérifier la courbe de croissance, et la chronologie de l'apparition des signes pubertaires. L'examen clinique apprécie le développement pubertaire.

■ **Les saignements apparaissent deux ans après l'apparition des signes pubertaires**, la courbe de croissance s'accélère : il s'agit bien de règles dans le cadre d'une puberté prématurée. On peut rassurer la fillette et ses parents sur le caractère banal de ce symptôme. L'apparition de règles à 10 ans ne demande pas de traitement particulier, la poussée de croissance est de toute façon trop avancée pour pouvoir la bloquer.

L'échographie pelvienne permet d'éliminer une tumeur ovarienne organique. Elle trouvera souvent dans ce cadre des follicules, parfois un kyste fonctionnel qui seront régressifs. Il s'agit de menstruations isolées, variables normales de la puberté, qui s'installe secondairement.

► **Mots clés** : puberté ; puberté prématurée ; ménarche ; métrorragie ; croissance.

Références

- Sultan C (coord.). *La puberté féminine et ses désordres*. Paris, Eska, 2000.
Blanc B, Sultan C (coord.). *Gynécologie de l'adolescente*. Paris, Eska, 1998.

Question 46

Elle est adolescente, elle a des troubles des règles sans contraception, que faire ?

La demande

« Docteur mes règles sont douloureuses depuis le début et irrégulières »

le préliminaire

Cette plainte très fréquente doit être prise en compte sérieusement car les adolescentes sont parfois très gênées. Il s'agit souvent plus d'un syndrome prémenstruel.

- Les spanioménorrhées (cycles supérieurs à quarante jours) sont très fréquentes chez l'adolescente.
- La dysménorrhée ou algoménorrhée définit les menstruations douloureuses avec crampes utérines précédant ou contemporaines de l'écoulement menstruel.
- L'oligoménorrhée associée est fréquente et peut être respectée durant les douze premiers cycles.
- La ménorragie est une hémorragie d'origine utérine coïncidant avec la menstruation mais présentant des aspects anormaux par son abondance et/ou sa durée.

la première consultation

Il faut écouter la jeune fille et par un interrogatoire attentif, comprendre l'importance des troubles. Il faut en rechercher l'évolution : depuis quand, la douleur commence-t-elle avant les règles, sont-elles douloureuses à chaque cycle ? S'accompagne-t-elle de céphalées (migraine) ? L'adolescente est-elle obligée d'arrêter ses cours ?

Il faut noter la durée des cycles, leur espacement, leur abondance.

L'examen est adapté à l'âge de la jeune fille : poids, taille, pression artérielle, auscultation cardiaque et pulmonaire, aires ganglionnaires, palpation de la thyroïde, inspection de la pilosité générale, pubienne et axillaire, examen des seins et palpation de l'abdomen.

En l'absence de signes de malformation ou de syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), des examens complémentaires ne sont pas nécessaires à ce moment.

Le médecin propose des traitements antispasmodiques associés à du paracétamol ; si ce traitement n'est pas efficace on peut associer un AINS ou devant des dysménorrhées des antiprostaglandines : *Ponstyl* acide méfénamique (6 cp/24 h) ou *Antadys* flurbiprofène (3 cp/24 h) (cf. Question 76).

Si tous ces traitements ne sont pas efficaces et si la gêne est importante il est licite de proposer, en l'absence de contre-indication, un traitement par progestatif simple pour régulariser les cycles et en diminuer l'abondance. Rarement des œstrogènes sont nécessaires.

Il faudra réévaluer les douleurs trois mois plus tard et en cas de persistance des symptômes, demander un avis spécialisé après avoir fait réaliser une échographie pelvienne.

Si la patiente vient pour des ménorragies : l'interrogatoire permet au médecin de différencier une petite ménorragie d'une hyperménorrhée car l'abondance et la durée du flux menstruel varient selon les femmes.

Il recherche le caractère habituel ou inhabituel des « règles » en se basant par exemple sur l'aspect (existence de caillots) et le nombre de protections nécessaires.

Il s'assure de l'absence de grossesse extra-utérine d'endométrite aiguë, de trouble de l'hémostase spontané type maladie de Willebrand.

Le point de vue du gynécologue

Spanioménorrhée

Les cycles sont supérieurs à quarante jours.

L'examen recherche une maladie générale, une hyperandrogénie, des troubles psychologiques ou du comportement alimentaire (au minimum sélectivité alimentaire : suppression des viandes et des graisses). Le pronostic de l'anorexie dépend de la rapidité de sa prise en charge, le généraliste a un rôle majeur dans le diagnostic précoce de cette maladie de plus en plus fréquente.

Sauf hyperandrogénie clinique, aucun bilan n'est nécessaire les deux ans suivant la ménarche.

En cas d'hyperandrogénie ou passé deux ans, on demande une échographie pelvienne, des dosages plasmatiques (E2, FSH, LH, PRL, testostérone – si hyperandrogénie clinique : androstènedione, 17 OHprogestérone).

Une hyperandrogénie clinique et/ou une anomalie de ce bilan nécessitent une consultation spécialisée pour discuter :

- si hyperandrogénie : SOPK (diagnostic difficile parfois seulement affirmé sur l'évolution), hyperplasie congénitale de surrénales ou tumeur androgénosécrétoire ;
- sinon : une insuffisance ovarienne primitive incomplète (dysgénésie gonadique ou iatrogène), un kyste organique de l'ovaire.

Si le bilan est normal, le traitement se fait par progestatif dix jours par mois (progestérone naturelle ou norpregnane : *Duphaston 20*, *Utrogestan 100* ou *200*, *Lutéran 5* ou *10*, *Surgestone 250* ou *500*, *Lutényl 5/j*) selon l'âge et le poids.

Attention au faux diagnostic de SOPK

Il existe un « mini-SOPK » physiologique de l'adolescence, spontanément régressif. Les ovaires de l'adolescente sont fréquemment augmentés de volume, multifolliculaires. Cet aspect échographique est physiologique.

Le terme de dystrophie ovarienne ou d'ovaires polykystiques ne doit donc pas être prononcé. Il ne faut faire aucun pronostic pessimiste sur la fertilité ultérieure.

Ménométrorragies

Elles sont le plus souvent fonctionnelles, mais les dosages hormonaux n'ont pas d'intérêt.

Les examens cliniques et complémentaires ont deux buts

- Apprécier le retentissement : NFS, ferritinémie.
- Rechercher une cause :
 - anomalie de l'hémostase : plaquettes, TS (Ivy), TCA, TQ ;

- tumeur cervicovaginale (spéculum), tumeur ou kyste ovarien à l'échographie pelvienne ;
- selon les données cliniques : β hCG plasmatiques, prélèvement cervicovaginal, biopsies.

Traitement d'urgence

- Hospitalisation si retentissement important (Hb < 8 g/100 ml).
- Traitement hormonal par :
 - *Stédiril* 2 cp/j jusqu'à disparition des saignements puis 1 cp/j 20 jours ;
 - si contre-indication aux œstrogènes : *Androcur*, *Lutényl*, *Surgestone* 20 jours.
- *Exacyl/Spotof* 1 g per os 3/jour ou 1 amp. IV lente avec relais per os.

Traitement au long cours

Progestérone ou pregnanes dix à quatorze jours par mois (voir ci-dessus) ou œstroprogestatifs pendant au moins un an.

Dysménorrhée

- **L'examen clinique** recherche les éléments en faveur d'une dysménorrhée :
 - primaire : pas d'antécédents gynécologique, examen clinique normal ;
 - organique (consultation spécialisée) : endométriose rare, certaines malformations utérines, des séquelles infectieuses.
- **L'échographie pelvienne**, même sans orientation, est utile pour éliminer un kyste ovarien, en particulier fonctionnel.

Des kystes fonctionnels récidivants nécessitent une consultation spécialisée pour en rechercher la cause (rarement syndrome de Mac Cune Albright, SOPK, hyperplasie tardive des surrénales) et discuter un traitement.

Traitement gradué selon l'âge

- **Antalgiques non spécifiques** : paracétamol, paracétamol codéiné, phloroglucinol, etc.
- Éviter la noramidopyrine (risque d'agranulocytose) et l'aspirine (augmentation de l'abondance des règles à doses faibles).
- **Anti-inflammatoires** surtout flurbiprofène (*Antadys* 3 cp/j, *Cebutid* 3 cp/j), efficace plus rapidement que l'acide méfénamique (*Ponstyl* 3-6 cp/j).
- **Progestatifs** 10 j/mois du seizième au vingt-cinquième jour en l'absence de désir de contraception (efficacité modérée) ou **œstroprogestatifs**.

► **Mots clés** : ménarche ; dysménorrhée ; métrorragie ; ménorragie ; spanioménorrhée ; adolescente.

Références

Sultan C (coord.). *La puberté féminine et ses désordres*. Paris, Eska, 2000.
Blanc B, Sultan C (coord.). *Gynécologie de l'adolescente*. Paris, Eska, 1998.

Question 47

Elle a 15 ans et n'est toujours pas réglée, que faire ?

La demande

« Docteur j'ai 15 ans et je ne suis toujours pas réglée, est-ce normal ? »

le préliminaire

Le médecin doit d'abord penser que cela peut être tout fait normal mais il doit s'en assurer et envisager une éventuelle malformation de l'appareil génital (on élimine la grossesse qui est traitée dans un chapitre spécifique, mais il ne faut pas l'oublier).

La première consultation

Une fois encore le médecin doit écouter sa patiente et la laisser exprimer toutes ses angoisses dues à l'absence de règles. (anorexie, premier rapport).

L'interrogatoire doit d'abord confirmer qu'elle n'a jamais eu de règles.

Il faut aussi rechercher la notion de douleur abdomino-pelvienne chronique, cyclique. Si tel est le cas, il faut examiner la patiente lors des douleurs et prévoir une échographie pendant les douleurs pour visualiser une rétention probablement due à une malformation.

L'examen clinique doit être complet : poids, taille, pression artérielle, auscultation cardiaque et pulmonaire, aires ganglionnaires, palpation de la thyroïde, inspection de la pilosité pubienne et axillaire, examen des seins en particulier pour voir le développement de la glande mammaire et palpation de l'abdomen.

Le toucher rectal et l'inspection de la vulve sont peut-être nécessaires mais ils doivent être pratiqués avec beaucoup de précautions. On recherche une malformation de la vulve (imperforation hyménéale), du vagin (agénésie) ou de l'utérus. S'il persiste un doute après l'examen, une échographie peut être demandée.

Le plus souvent le médecin peut rassurer la patiente et lui assurer que pour le moment tout est normal mais que si elle n'a toujours pas ses règles après 17 ans, il faudra revoir le problème.

Le point de vue du gynécologue

L'âge moyen des premières règles en France est de 12 ans et demi, deux ans environ après le début du développement mammaire.

On parle d'aménorrhée primaire en l'absence de règles à 15 ans, de retard pubertaire en l'absence de développement mammaire après 13 ans ou d'arrêt de progression de la puberté pendant plus de deux ans.

Le diagnostic

Le médecin recherche :

- la **chronologie d'apparition des signes pubertaires** (seins, pilosité pubienne, organes génitaux externes, accélération récente de la croissance). On peut être rassurant et simplement attentiste (six mois) si la puberté a débuté vers 13 ans et évolue normalement ;
- des signes évocateurs de **malformation génitale** :
 - puberté normale depuis plus de deux ans,
 - douleurs pelviennes cycliques,
 - anomalie des organes génitaux externes ou de l'examen au spéculum de vierge (à faire par le spécialiste et obligatoire en cas de puberté « ancienne ») :
 - hémocolpos de l'imperforation hyménéale,
 - vagin borgne du syndrome de Rokitanski ou du testicule féminisant (testicules inguinaux, absence de pilosité inguinale et axillaire). L'échographie pelvienne et rénale précisera le diagnostic en vue d'une consultation spécialisée (dosages plasmatiques de testostérone, œstradiol, FSH, LH, caryotype si suspicion de testicule féminisant).
- une hyperandrogénie (*cf.* Question 49) ;
- l'existence d'un retard pubertaire : absence ou « stagnation » des signes pubertaires. L'orientation est parfois évidente (dysmorphie du Turner, destruction ovarienne iatrogène, maladie chronique avec retard global de développement, anosmie). Il faut surtout rechercher les troubles nutritionnels de l'anorexie ou de la grande sportive : le pronostic de l'anorexie dépend de la rapidité de sa prise en charge, le généraliste a un rôle majeur dans le diagnostic précoce de cette maladie de plus en plus fréquente.

Les examens complémentaires en cas de retard pubertaire

L'âge osseux est le pivot du diagnostic : inférieur à 13 ans, il s'agit d'un retard global de développement (maladie chronique), supérieur à 13 ans d'un impubérisme.

Devant un **impubérisme**, l'examen clé est le dosage de FSH et LH.

FSH et LH élevées : origine ovarienne

- Sauf antécédent iatrogène, faire un caryotype.
- Adresser en consultation spécialisée d'endocrinologie (traitement œstrogénique à très faibles doses progressivement croissantes).

FSH et LH effondrées

Demander un test au GnRH et une IRM puis une consultation spécialisée en endocrinologie :

- qui recherchera les causes possibles d'hypogonadisme hypogonadotrope : tumeur, Kalman-Morsier, maladie générale (malabsorption, anorexie et sport intensif, hypothyroïdie, hypercorticisme, insuffisance rénale). Le problème diagnostique essentiel est celui du retard pubertaire simple (50 % des cas), diagnostic d'exclusion confirmé par l'évolution ;

■ qui discutera un traitement étiologique et/ou symptomatique (œstrogènes à doses croissantes pour faciliter l'intégration sociale de l'adolescente).

► **Mots clés** : puberté ; retard pubertaire ; impubérisme ; hypogonadisme hypogonadotrope ; hypogonadisme hypergonadotrope ; dysgénésie gonadique ; Turner ; anorexie mentale ; aménorrhée primaire.

Référence

Sultan C (coord.). *La puberté féminine et ses désordres*. Paris, Eska, 2000.

Question 48

Elle a des signes pubertaires à 8 ans (seins, pilosité, règles), que faire ?

La demande

« Docteur ma fille a 8 ans, elle a de la poitrine, des "poils" et elle a saigné pendant quatre jours. Je crois que c'est déjà ses règles. Qu'est-ce qu'on peut faire docteur ? »

Le préliminaire

La question traduit une angoisse bien justifiée de la part de la mère et de la fille. Tous ces signes à cet âge doivent toujours être considérés comme anormaux. Le médecin généraliste va devoir rechercher des signes pouvant l'orienter vers différentes pathologies, en particulier les troubles endocriniens, les tumeurs cérébrales (hypophysés ++) et toutes les pathologies ovariennes y compris les tumeurs.

La première consultation

La mère et la fille sont très angoissées et il y a de quoi.

Après les avoir bien laissées s'exprimer, le médecin doit expliquer que cela n'est effectivement pas normal mais que ça peut être bénin et que l'on va trouver la cause exacte puis le traitement approprié.

L'interrogatoire recherche la date et l'ordre d'apparition des premiers signes et les antécédents familiaux éventuels. Il faut également rechercher des signes associés : céphalées, troubles visuels, fatigues, douleurs abdomino-pelviennes, etc.

L'examen clinique doit être complet : poids, taille, pression artérielle, auscultation cardiaque et pulmonaire, aires ganglionnaires, palpation de la thyroïde, inspection de la pilosité pubienne et axillaire, examen des seins en particulier pour voir le développement de la glande mammaire et palpation de l'abdomen. Le toucher rectal ne paraît pas nécessaire à ce moment.

Il prescrit un bilan sanguin (NFS, VS, glycémie à jeun, TSH, FSH, LH, œstradiol, progestérone, cortisol).

Une radiographie pour détermination de l'âge osseux et une échographie pelvienne particulièrement centrée sur les ovaires.

À la fin de la consultation, le médecin prévoit une prochaine consultation pour revoir l'enfant avec tous les résultats afin de **l'adresser à un médecin spécialisé pour ce problème** (pédiatre endocrinologue).

Le point de vue du gynécologue

L'apparition de signes pubertaires (bourgeon mammaire, pilosité pubienne ou axillaire, règles) avant l'âge de 8 ans correspond à une puberté précoce, le plus souvent vraie et d'origine centrale (PPC). Le principal risque de celle-ci est une perte staturale (de 6 à 7 cm à cet âge).

La prise en charge doit être rapide, pour :

- éliminer une cause tumorale hypothalamo-hypophysaire, même si 70 % des PPC de la fille sont idiopathiques ;
- discuter un traitement par analogue de la GnRH afin d'améliorer le pronostic de taille et minorer le retentissement psychosocial.

Le diagnostic

L'interrogatoire et l'examen clinique, complétés par une échographie pelvienne, un âge osseux et des dosages plasmatiques d'œstradiol, FSH et LH (et test au GnRH prescrit par le spécialiste si forte suspicion de puberté centrale) suffisent pour répondre aux questions posées.

Les symptômes sont-ils dissociés (rare) ou globaux ?

Des **menstruations isolées** souvent liées à des kystes fonctionnels régressifs peuvent survenir sans développement mammaire ni pileux.

Un **développement isolé des seins (prématuré thélarche)** ou de la **pilosité pubienne (prématuré pubarche)** est considéré comme une variation de la normale (absence d'autre signe pubertaire, organes génitaux infantiles, courbe de croissance normale, âge osseux égal à l'âge chronologique).

En cas de prématuré pubarche, des dosages de 17 OHprogestérone, testostérone et sDHEA permettent d'éliminer une hyperplasie congénitale des surrénales ou une tumeur androgénique (ovaire ou surrénales). La testostérone sera basse.

Une consultation spécialisée confirme le diagnostic et propose une simple surveillance (risque de PPC en cas de prématuré thélarche et de syndrome des ovaires polykystiques [SOPK] en cas de prématuré pubarche).

L'origine de la puberté est-elle centrale ou périphérique ovarienne ou autre tumeur (très rare) ?

L'association d'un développement mammaire et de la pilosité pubienne suggère une probable origine centrale.

- **Le diagnostic de certitude** de celle-ci se fait par la constatation :
 - d'une avance de la maturation osseuse constante ;
 - d'une augmentation de volume de l'utérus à l'échographie pelvienne : hauteur supérieure à 35 mm ;
 - d'une réponse privilégiée de LH supérieure à 15 mUI/ml au test au GnRH.
- **Diagnostic différentiel** : œstradiol très élevé, FSH et LH très bas : avis spécialisé (tumeur ovarienne ou surrénalienne, ou rare syndrome de Mac Cune Albright avec association à des taches café au lait).

La PPC est-elle idiopathique ou non ?

L'interrogatoire élimine les très rares séquelles de méningite, encéphalite, hydrocéphalie ou encéphalopathies chroniques.

L'IRM doit être demandée systématiquement pour éliminer une rare cause tumorale.

La puberté centrale précoce doit-elle être traitée ?

L'avis d'un spécialiste (dans l'idéal pédiatre endocrinologue) est nécessaire rapidement pour discuter au cas par cas de la mise en route d'un traitement par analogue de la GnRH.

► **Mots-clés** : puberté ; puberté précoce centrale ; ménarche ; analogue de GnRH ; tumeur hypothalamo-hypophysaire ; tumeur ovarienne ; tumeur surrénalienne ; croissance ; prématuré thélarche ; prématuré pubarche.

Référence

Sultan C (coord.). *La puberté féminine et ses désordres*. Paris, Eska, 2000.

Question 49

Elle n'a pas de signe pubertaire à 17 ans, que faire ?

La demande

« Docteur j'ai 17 ans et je n'ai toujours pas mes règles. Est-ce normal ? Que faut-il faire ? »

Le préliminaire

La question traduit une angoisse bien justifiée de la part de la jeune fille. À cet âge, une aménorrhée primaire ne doit plus être considérée comme banale.

Le médecin généraliste va devoir rechercher des signes pouvant l'orienter vers différentes pathologies, en particulier les troubles endocriniens, les tumeurs cérébrales (hypophyse), les tumeurs ovariennes, les maladies génétiques et toutes les malformations de l'appareil génital.

La première consultation

Après avoir laissé s'exprimer la jeune fille très angoissée, le médecin la rassure sur les possibilités de traitement.

L'interrogatoire recherche des antécédents familiaux éventuels. Il faut également rechercher des signes associés : céphalées, troubles visuels, fatigues, douleurs abdomino-pelviennes, etc.

L'examen clinique doit être complet : poids, taille, pression artérielle, auscultation cardiaque et pulmonaire, aires ganglionnaires, palpation de la thyroïde, inspection de la pilosité pubienne et axillaire, examen des seins et palpation de l'abdomen. Le toucher rectal paraît nécessaire.

Il prescrit un bilan d'examen complémentaire : un bilan sanguin (NFS, VS, glycémie à jeun, TSH, FSH, LH, œstradiol, progestérone, 17 OH, cortisol), radiographie pour détermination de l'âge osseux et une échographie pelvienne.

À la fin de la consultation, le médecin prévoit une prochaine consultation pour revoir la patiente avec tous les résultats afin de l'adresser à un médecin spécialisé pour ce problème.

Lors de cette nouvelle consultation le médecin généraliste devra laisser la patiente exprimer ses angoisses et faire preuve de beaucoup d'empathie.

Le point de vue du gynécologue

Dans ce cas, au contraire de la même plainte formulée à 15 ans (voir question précédente), l'aménorrhée primaire est forcément anormale. Dans tous les cas, une consultation spécialisée secondaire sera indispensable.

Diagnostic

Le médecin recherche :

- l'existence et la chronologie d'apparition des signes pubertaires, la notion d'un éventuel arrêt de ces signes après un début d'évolution normale ;
- l'existence de quelques menstruations initiales espacées, souvent omises au départ par la jeune fille : aménorrhée primo-secondaire ;
- des troubles de l'état nutritionnel, avec des signes évocateurs d'anorexie avec une baisse de la courbe de poids et de l'indice de masse corporelle (IMC) (maigre, acrocyanose des extrémités) et surtout la notion de sélectivité alimentaire (exclusion des graisses et des viandes) et d'activité sportive intensive. Il ne faut pas banaliser une aménorrhée primo-secondaire survenant dans ce cadre, le pronostic de l'anorexie dépend de la rapidité de sa prise en charge, le généraliste a un rôle majeur dans le diagnostic précoce de cette maladie de plus en plus fréquente ;
- l'existence de signes d'hyperandrogénie (pilosité, acné, séborrhée) et d'anomalies évocatrices d'insulinorésistance (obésité androïde) évoquant un syndrome des ovaires polykystiques (SOPK). Des dosages hormonaux (testostérone, Δ_4 -androstènedione, 17 OH-progèstérone, sDHEA) et métaboliques (glycémie, cholestérolémie, triglycéridémie, *sex hormone binding globulin* [SHBG]) sont nécessaires avant avis spécialisé (diagnostic difficile à cet âge de SOPK, éliminer une hyperplasie congénitale des surrénales, voire une tumeur androgénosécrétante).

L'interrogatoire et l'examen clinique recherchent une malformation génitale (voir question précédente), et la notion d'antécédents de tuberculose (exceptionnelle synéchie utérine compliquant une tuberculose génitale, plus fréquente chez les jeunes filles transplantées). L'examen des organes génitaux externes et au spéculum si besoin de vierge (spécialiste) est indispensable, il permet aussi de rassurer la jeune fille sur sa « normalité ».

Au terme de l'examen

Il existe un retard pubertaire

Pratiquer un âge osseux, des dosages de FSH et LH (voir question précédente).

Un développement pubertaire partiel est possible en cas de dysgénésie gonadique ou d'atteinte ovarienne iatrogène.

La puberté a évolué normalement

Attention aux malformations génitales, aux troubles nutritionnels et/ou psychologiques apparus entre-temps, et à l'hyperandrogénie (voir ci-dessus).

Une galactorrhée est recherchée de principe.

En l'absence, très rare, d'élément d'orientation, on demande :

- un test au progestatif pour apprécier le degré d'œstrogénisation ;
- une échographie pelvienne ;
- des dosages d'œstradiol, FSH, LH, testostérone, TSHus et prolactine, puis un avis spécialisé.

► **Mots clés** : puberté ; retard pubertaire ; impubérisme ; hypogonadisme hypogonadotrope ; hypogonadisme hypergonadotrope ; dysgénésie

gonadique ; Turner, anorexie mentale ; aménorrhée primaire ; hyperandrogénie ; syndrome des ovaires polykystiques (SOPK) ; tumeur hypothalamo-hypophysaire.

Référence

Sultan C (coord.). *La puberté féminine et ses désordres*. Paris, Eska, 2000.

Question 50

Elle a 23 ans et consulte pour faire « un point santé » avant d'avoir un enfant.

La demande

« Docteur, combien de temps dois-je arrêter la pilule avant de faire le bébé ? »

Le préliminaire

Cette consultation va permettre de décider si la future grossesse pourra être suivie en médecine générale.

Le médecin généraliste doit minorer les facteurs de risque généraux : (BMI, addictions) et donner des conseils diététiques et d'hygiène de vie.

Il peut aussi retarder la grossesse, en particulier en cas de maladie chronique, qu'il faut d'abord équilibrer.

Il doit repérer les risques particuliers de certaines pathologies qui doivent conduire à un suivi obstétrical.

La première consultation

Cette consultation va permettre de décider si la future grossesse pourra être suivie en médecine générale.

Le médecin généraliste doit minorer les facteurs de risque généraux (indice de masse corporelle [IMC], addictions) et donner des conseils diététiques et d'hygiène de vie.

Il peut aussi retarder la grossesse, en particulier en cas de maladie chronique, qu'il faut d'abord équilibrer.

Il doit repérer les risques particuliers de certaines pathologies qui doivent conduire à un suivi obstétrical.

Cette consultation va permettre au médecin de :

- revoir les sérologies, si besoin les contrôler, en particulier la toxoplasmose, et de programmer un contrôle biologique mensuel en cas de sérologie négative dès le début de la grossesse ;
- donner des conseils alimentaires en cas de sérologie négative de la toxoplasmose ;
- en cas de sérologie négative de la rubéole, retarder la grossesse pour pouvoir vacciner ;
- substituer les médicaments tératogènes de certaines pathologies (hypertension artérielle, diabète, épilepsie, psychotropes, etc.) par des médicaments adaptés à la grossesse ;
- informer des risques liés au tabac et à l'alcool et proposer des aides au sevrage ;
- calculer l'IMC et contrôler la pression artérielle ;

- vérifier la date du dernier frottis et si besoin en réaliser un ;
- éviter les contaminations infectieuses et les expositions aux radiations et aux toxiques dans le cadre du travail (si besoin contacter le médecin du travail pour prévoir un aménagement de poste dès le début de la grossesse) ;
- conseiller d'éviter l'alimentation trop riche en vitamine A ;
- proposer une consultation à 6 SA (cf. Question 1) ;
- prescrire de l'acide folique à la dose de 0,4 mg au moins un mois avant la grossesse et deux mois après ; en cas d'antécédents d'épilepsie, de diabète, d'obésité ou de dépendance à l'alcool 5 mg par jour et de 10 mg en cas d'antécédent de fente labiopalatine.

En cas d'antécédents obstétricaux ou médicaux graves, la consultation pré-conceptionnelle sera assurée par l'obstétricien.

Le point de vue du gynécologue

La consultation préconceptionnelle a pour but d'informer une femme qui souhaite avoir un enfant de :

- son état de santé actuel ;
- des complications possibles pour elle-même lors de la grossesse à venir ;
- des complications possibles pour l'enfant à naître ;
- de proposer des mesures pour les éviter ou les minimiser ;

Cette consultation est indispensable pour une femme qui a fait une complication obstétricale grave lors de sa précédente grossesse ou a eu un enfant atteint d'une pathologie sévère ou est décédé.

Elle est souhaitable pour toute femme qui souhaite être enceinte, car c'est l'occasion pour le médecin de famille de faire un bilan de santé et de proposer quelques mesures d'hygiène très utiles au bon déroulement de la grossesse. Elle est recommandée par l'HAS.

Circonstances de la consultation préconceptionnelle

Il y a donc plusieurs types de consultations préconceptionnelles.

- La femme a une pathologie : cardiopathie, épilepsie, diabète, hypertension artérielle (HTA) connue, cancer en rémission. Il faudra apprécier les conséquences de sa maladie sur la grossesse mais aussi celles de la grossesse sur sa maladie. L'avis d'un spécialiste de l'affection sera souvent utile.
- La femme a eu un accident gravidique à la grossesse précédente : éclampsie, diabète gestationnel, accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérin (RCIU), enfant mal formé, voire mort *in utero*. Il est essentiel de faire le point avec le gynécologue obstétricien, le diabétologue, le généticien avant toute nouvelle grossesse.
- La grossesse s'est arrêtée précocement : les fausses couches spontanées précoces ou tardives, surtout si elles sont à répétition, nécessitent un bilan étiologique. Il en est de même après une grossesse extra-utérine (GEU).
- La femme consulte pour stérilité : il faut bien sûr rechercher la cause de l'infertilité, mais aussi faire le point sur les problèmes que peut poser la grossesse, ne serait-ce qu'en raison de l'âge de la femme ou de ses pathologies.

■ La femme veut arrêter sa contraception car elle désire une grossesse : elle demande avis à son médecin sur les règles d'hygiène à suivre, les précautions à prendre pour que la grossesse à venir se passe au mieux. Presque une fois sur deux elle n'est pas mariée et cette consultation remplace la consultation prénuptiale de jadis !

Dans chaque cas il faut :

- rechercher une contre-indication à la grossesse ;
- en cas de pathologie, faire le point sur celle-ci et apprécier le retentissement possible sur la grossesse et celui de la grossesse sur la maladie afin d'ajuster le traitement ;
- en l'absence de pathologie, donner des conseils d'hygiène, de prévention, prescrire les vaccins et la supplémentation alimentaire éventuellement nécessaire.

Les contre-indications à la grossesse

Elles sont rares mais existent encore. Il s'agit de :

- l'hypertension artérielle pulmonaire (> 30 mmHg) ;
- la maladie de Marfan avec une dilatation aortique supérieure à 4 cm ;
- un rétrécissement mitral sévère (< 1 cm²) ;
- une insuffisance ventriculaire gauche (< 30 %) ;
- une insuffisance rénale sévère avec une créatininémie supérieure à 250 μ mol/l ;
- un diabète avec une atteinte coronarienne ;
- une insuffisance hépatique sévère ;
- un syndrome restrictif pulmonaire avec une capacité vitale inférieure à 1 l ;
- une chimiothérapie en cours.

Dans tous ces cas, il faut expliquer à la femme que, malgré son désir légitime de grossesse, celle-ci met en jeu sa survie. Il sera parfois difficile d'en convaincre la femme qui nie sa maladie et désire fortement un enfant. Il faudra évaluer avec les spécialistes de la pathologie les possibilités de traitement ou de transplantation (foie, rein, cœur, poumon) qui permettront une grossesse, après vérification du fonctionnement de l'organe greffé et de l'absence de rejet. Le délai de deux ans après la greffe est généralement demandé.

Les grossesses à risques avec une pathologie médicale sévère

De très nombreuses pathologies peuvent être en cause. Nous ne citerons ici que les plus fréquentes.

L'hypertension artérielle chronique

Chez la femme hypertendue, il existe un risque de 20 à 40 % de pré-éclampsie, de RCIU, d'hématome rétroplacentaire et donc de prématurité induite. La mortalité périnatale est multipliée par deux en cas d'hypertension et par quatre en cas de pré-éclampsie. Les complications sont à redouter surtout si la diastolique est supérieure à 110 mmHg. Les femmes doivent être informées qu'en cas de grossesse le traitement hypotenseur diminue le passage à une hypertension sévère mais ne diminue pas le risque de pré-éclampsie.

Il faut donc faire, avant toute grossesse, un bilan étiologique de l'hypertension, rechercher les complications (cardiaques, rénales, rétinienes), adapter le

traitement en tenant compte des contre-indications médicamenteuses liées à la grossesse (inhibiteurs des enzymes de conversion, antagonistes de l'angiotensine II), informer les femmes des complications possibles malgré le traitement.

Le diabète

Chez la diabétique, la grossesse est de « dix mois », car le mois précédant la conception doit être consacré au bilan (TA, cœur, rein, rétine, membres) et à équilibrer le diabète. En effet, si l'hémoglobine glycosylée est inférieure à 8 %, le risque de malformation fœtale est de 5 % contre 25 % si elle est supérieure à 10 %. Le risque de pré-éclampsie sera lié à une HTA ou à une néphropathie.

Chez la femme qui a un diabète de type II, il faut arrêter les hypoglycémifiants oraux, équilibrer les diabètes par un régime strict et, si cela reste insuffisant, mettre la femme à l'insuline avant la grossesse.

L'épilepsie

Chez la femme épileptique, le risque de malformations est multiplié par deux en cas de monothérapie et par quatre en cas de polythérapie, notamment avec le valproate de sodium. Il faut donc faire le point avec le neurologue et voir si le traitement ne peut pas être arrêté si la femme n'a pas eu de crises depuis plus de deux ans ou être modifié en monothérapie si la femme a une polythérapie. Il faut prescrire, un mois avant la conception, 5 mg/j d'acide folique de façon à réduire le risque de malformations du tube neural.

La femme a eu un accident gravidique

Il faut évaluer quel est le risque de récurrence, les autres conséquences possibles et les mesures préventives à prendre.

Après une pré-éclampsie

Le risque de récurrence est de 15 à 46 % selon que la femme a une hypertension artérielle chronique, a eu un HELLP syndrome, un HRP, un enfant avec un RCIU, qu'elle a plus de 35 ans, qu'il s'agit d'un nouveau partenaire ou que la grossesse précédente a eu lieu plus de quatre ans avant.

La prescription d'aspirine 100 mg/j de 12 SA à 37 SA réduit l'incidence de la pré-éclampsie (OR = 0,86), la mortalité périnatale et augmente le poids de l'enfant, sans accroître les complications hémorragiques maternelles ou fœtales.

Après un accouchement prématuré

Le risque de récurrence est important (RR = 2,5) si l'accouchement a eu lieu avant 37 SA, mais il est de 10 si l'accouchement a eu lieu avant 28 SA.

Ce risque augmente si la grossesse survient précocement, si la femme a plus de 35 ans, fume, a une vaginose bactérienne ou est de bas niveau socio-économique.

Après un accouchement prématuré, il faut donc, avant la grossesse suivante, rechercher une cause : une infection cervicovaginale, une malformation utérine (cloison, hypoplasie) ou une béance. S'il y a une cloison utérine, il faut l'enlever par hystérocopie. La béance peut nécessiter un cerclage vers 14 SA s'il y a eu trois accouchements prématurés ou fausses couches tardives.

En cas de vaginose, il faut un traitement par clindamycine (2 × 300 mg/jour pendant cinq jours).

En l'absence d'étiologie, la prescription de progestérone retard 250 mg IM par semaine de 16 SA à 36 SA peut se justifier.

Après un diabète gestationnel

Le risque de récurrence est élevé (RR \times 23). Il y a aussi un risque de macrosomie fœtale (RR = 68 %) et un risque de malformation fœtale. Il est donc indispensable de mettre la femme au régime et d'équilibrer son diabète avant la nouvelle grossesse. Il faut obtenir des glycémies préprandiales entre 0,60 et 0,90 et postprandiales inférieure à 1,20 g/l.

La consultation préconceptionnelle dans la population générale

Cette consultation a pour but de :

- rechercher des facteurs de risque généraux : âge, poids, addiction ;
- repérer les risques particuliers de certaines populations : drépanocytose, thalassémie ;
- évaluer le risque génétique et mal formatif.

Rechercher des facteurs de risque généraux

Il faut encourager les grossesses avant 30-35 ans compte tenu des risques accrus de trisomie 21, de fausses couches, de pré-éclampsie, de RCIU, de diabète gestationnel, de morbidité et de mortalité maternelle, sans parler des difficultés à concevoir qui augmentent surtout après 38 ans.

Il faut encourager les femmes à voir un IMC entre 19 et 25 ans. Un IMC supérieur à 30 augmente les risques de fausses couches, d'hypertension, de diabète, de morbidité maternelle. Un IMC inférieur à 18 est un facteur de risque de retard de croissance, de prématurité, de mort *in utero*.

Il faut encourager les femmes à cesser les conduites addictives : 37 % des femmes en France fument et cela augmente les risques de RCIU, de placenta prævia, d'hématome rétroplacentaire, d'accouchements prématurés. L'alcool (vin, bière, apéritifs) est tératogène pour le fœtus il entraîne des retards de croissance, des microcéphalies des retards mentaux. Les drogues illicites (cannabis, héroïne, etc.) augmentent les risques de retards de croissance, d'hématome rétroplacentaire et à la naissance entraîne un syndrome de sevrage. Les femmes seront informées de l'existence dans les hôpitaux de consultations spécialisées de façon à les y diriger pour les aider à se sevrer.

Rechercher les risques de contamination infectieuse

Près d'un enfant sur deux naît hors mariage. La consultation pré-nuptiale n'étant plus obligatoire, il faut donc faire :

- la sérologie de la rubéole et vacciner la femme si elle n'est pas immunisée ;
- la sérologie de la toxoplasmose pour que, si elle est séronégative, elle prenne les précautions alimentaires préventives dès le retard de règles ;
- la sérologie de l'hépatite B : si elle n'est pas immunisée on pourra la vacciner ;
- la sérologie TPHA, car la syphilis est en recrudescence ;

- la sérologie VIH et VHC, car si elle est séropositive, il faudra étudier la sérologie du conjoint pour le protéger s'il est négatif, discuter des modalités de procréation (auto-insémination si l'homme est séronégatif, insémination avec un sperme préparé ou FIV s'il est séropositif) et des traitements à faire pendant la grossesse ;
- la sérologie VHC s'il y a des facteurs de risque, car en cas de positivité il y a des précautions à prendre.

Rechercher un risque génétique ou mal formatif et diminuer le risque de certaines malformations par la prescription d'acide folique avant la conception

Il faut rechercher des antécédents familiaux de maladies autosomiques ou récessives (mucoviscidose, de fragilité liée à l'X). Un conseil génétique peut être envisagé.

Les fausses couches à répétition nécessiteront un caryotype des parents à la recherche d'une translocation, un bilan biologique à la recherche d'une thrombophilie ou d'un lupus. L'âge est évidemment un facteur de risque mal formatif important. Il faudra discuter avec le couple du dépistage échographique par les marqueurs biologiques du premier ou du deuxième trimestre et de la possibilité de prélèvements fœtaux (amniocentèse ou biopsie du trophoblaste).

La prescription d'acide folique (vitamine B9), à la dose de 4 mg par jour par voie orale pendant un mois avant la conception puis pendant le premier trimestre de la grossesse, permet une diminution de 80 % du risque d'anomalies fœtales du tube neural (spina-bifida) mais aussi une baisse des malformations cardiaques, urinaires, des membres et de l'imperforation anale.

La recherche de risques particuliers

En fonction du pays d'origine, on recherchera une drépanocytose chez les Antillais (10 %) et chez les Africains (20 %). De même la thalassémie sera recherchée chez les Méditerranéens (10 %) mais aussi Hindous, Pakistanais ou Chinois.

Références

- HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, 2007.
- Nelson-Piercy C. Pre-pregnancy counselling. *Curr Obstet Gynaecol*, 2003, 13:273-80.
- Philippe HJ. Recommendations pour la pratique clinique : Les suppléments au cours de la grossesse. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 1997, 26:49-130.
- Coomarasamy A, Honest H, Papaioannou S, Gee H, Khan KS. Aspirin for prevention of preeclampsia in women with historical risk factors: a systematic review. *Obstet Gynecol*, 2003, 101:1319-32.
- Perrotin F, Marret H, Alonso AM, Ouedrago C, Lansac J, Body G. Cerclage du col: nouvelles techniques, nouvelles indications ? In : *CNGOF Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique*. Paris, Vigot, 2001.
- Anaes. Prévention anténatale du risque infectieux bactérien neonatal précoce, 2001.
- Meis PJ, Klebanoff M, Thom E, Dombrowski MP, Sibai B, Moawad AH *et al.* Prevention of recurrent preterm delivery by 17 alpha-hydroxyprogesterone caproate. *N Engl J Med*, 2003, 348:2379-85.
- Prévention des anomalies de fermeture du tube neural. *Prescrire*, 2007, 27:454-7.

Question 51

Elle a 16 ans, pas d'antécédents particuliers, veut une contraception efficace. Laquelle et quels sont les examens à faire ?

La demande

« Je voudrais prendre la pilule pour la première fois. »

Le préliminaire

Cette première consultation pour une demande de contraception est particulièrement importante et le médecin devra prévoir du temps. On considère ici qu'il s'agit d'une jeune fille de 16 ans en bonne santé sans antécédents particuliers.

La première consultation

Après avoir écouté et compris la demande de la jeune fille, le médecin va lui expliquer pourquoi et comment il va lui prescrire une contraception orale (pilule).

Le médecin va brièvement rappeler :

- l'anatomie pelvienne de la femme (si possible en s'aidant de schémas) ;
- le mécanisme de l'ovulation ;
- la fécondation ;
- ce que sont les règles ;
- comment fonctionne une pilule œstroprogestative, en précisant qu'il n'existe pas une pilule mais des pilules et que l'on peut être amené à en changer ;
- les dangers du tabac en association avec la pilule.

Le médecin doit impérativement rappeler l'**utilité du préservatif** (en plus de la pilule) dans la prévention des MST en particulier du sida. L'utilisation du préservatif doit être systématique en cas de nouveau partenaire et de rapports « extraconjugaux » ou partenaires multiples.

Le médecin va maintenant expliquer à la jeune fille comment elle doit utiliser la pilule qu'il lui a prescrite :

- quand et par quel comprimé commencer ?
- insister sur la prise à heure régulière ;
- que faire en cas d'oubli (6, 12 ou 24 heures) ?
- que faire en cas de vomissements ?

Il faut également prévenir la jeune fille de la possibilité de survenue d'effets secondaires bénins (tension mammaire, discrète prise de poids, acné, spotting, aménorrhée, etc.) dont elle devra informer son médecin qui changera la contraception orale si nécessaire.

Le médecin fait ensuite un examen clinique : poids, taille, pression artérielle, auscultation cardiaque et pulmonaire, aires ganglionnaires, palpation de la thyroïde, sans examen gynécologique qui est inutile (voir traumatisant) chez cette jeune fille en bonne santé.

Il paraît nécessaire de prescrire un bilan sanguin : créatininémie, glycémie, triglycéridémie et cholestérolémie.

Dans tous les cas il faut lui remettre des documents papiers à l'appui des explications pour qu'elle s'informe le mieux possible.

Le point de vue du gynécologue

L'enquête sur le comportement sexuel des Français parue en mars 2008 a montré que la moyenne d'âge du premier rapport sexuel est de 17 ans et 3 mois chez le garçon et 17 ans et 6 mois chez la fille. Les premiers baisers commencent vers 14 ans et les premières caresses vers 15 ans et demi.

Les premières relations sexuelles ne se terminent pas toujours par une pénétration mais peuvent consister uniquement en des jeux amoureux qui ne sont pas dépourvus de risque de grossesse puisque la présence de sperme sur la vulve peut suffire à entraîner une grossesse. Le risque d'infection sexuellement transmissible (IST) existe aussi.

Ainsi, la première consultation pour demande de contraception à 16 ans survient :

- soit en amont des premiers rapports sexuels ;
- soit une fois la sexualité commencée ;
- soit, sous une forme moins officielle, en lien avec une irrégularité des cycles menstruels, une dysménorrhée ou de l'acné.

Il est donc important lors de cette première consultation de ménager un espace de parole sans le parent (le plus souvent la mère) et de rappeler la notion de secret professionnel. Le médecin généraliste est souvent le premier interlocuteur et le restera la plupart du temps. Dans certaines situations, un relais peut être indiqué :

- problème de prise en charge financière (gratuité pour les mineures dans les centres de planification) ;
- gêne réciproque à parler de sexualité (patiente connue depuis l'enfance, même médecin que la mère, etc.).

La consultation de contraception doit être considérée comme une urgence, même si elle n'est que relative et non vitale, puisqu'un retard à la prescription ou un défaut de renouvellement peuvent être à l'origine d'une grossesse non désirée. L'IVG chez la mineure représente 5 à 7 % des IVG selon les départements et ce chiffre est en augmentation actuellement.

Interrogatoire

- Origine de la consultation :
 - démarche spontanée de la mineure ?
 - imposée par la mère ou l'entourage ?
 - quel est le désir exprimé par la jeune fille ?
- Antécédents (ATCD) personnels et familiaux en insistant sur les ATCD thromboemboliques et les dyslipidémies familiales.

- Ménarches, régularité des cycles, syndrome prémenstruel.
- Tabagisme.
- Vaccinations obligatoires et recommandées : rubéole, hépatite B, HPV, coqueluche.

Examen clinique

- Poids (indice de masse corporelle [IMC]), TA.
- **Examen gynécologique.** Ne doit jamais être systématique car il n'y a pas d'urgence à le faire en l'absence de signe fonctionnel. À proposer dans l'année qui suit les premiers rapports. Lors de la première consultation, il est important d'en expliquer l'intérêt et les modalités pour le dédramatiser. Les adolescentes sont quelquefois complexées par leur corps en plein changement et peuvent appréhender cet examen, ou le solliciter pour se rassurer, d'où la nécessité d'en parler sans l'imposer.

Choix de la contraception

Le panel contraceptif étant à ce jour suffisamment large, il est important de délivrer à la jeune fille un message éclairé sur l'ensemble des moyens à sa disposition afin de lui laisser le choix de la contraception la plus adaptée à ses besoins. Même s'il peut nous sembler que la pilule reste le meilleur moyen de contraception en termes d'efficacité théorique et de facilité d'utilisation, il ne faut pas négliger le risque d'oubli qui, à cet âge (et pas seulement à cet âge), est fréquent : irrégularité du mode de vie, prise de risques, refus des normes, méconnaissance du risque de grossesse, etc. Dans l'hypothèse où la jeune fille ne semble pas adhérer à une contraception nécessitant rigueur et régularité, le choix d'une contraception moins contraignante s'impose.

Quels sont les moyens contraceptifs possibles à 16 ans ?

Tous, sans exception à part la stérilisation pour laquelle la loi du 4 juillet 2001 a fixé comme limite inférieure 18 ans. Cette même loi a autorisé la délivrance de la contraception sans autorisation parentale quel que soit le médecin qui la prescrit.

Les œstroprogestatifs

Oraux (pilule)

la première intention revient aux œstroprogestatifs combinés avec 30 γ d'éthinylœstradiol et un progestatif de deuxième génération (lévonorgestrel) : *Minidril*, *Adepal*, *Trinordiol* ou leurs génériques. Les progestatifs de troisième génération entraînent un risque thromboembolique supérieur dans la première année de prise, et ne sont pas remboursés – et donc générateurs de défaut d'achat ou de renouvellement pour une tolérance souvent équivalente. Ils restent donc indiqués en seconde intention dans les cas de mauvaise tolérance : nausées, mastodynies, migraines, hypercholestérolémie modérée, etc.

Transdermiques (patch)

Un seul produit disponible : *Evra*. Observance possiblement meilleure que la pilule mais non remboursé. Un patch reste en place sept jours pleins, renouvelé deux fois puis pause de sept jours.

Vaginaux (anneau)

Un seul produit disponible : *Nuvaring*. Observance possiblement meilleure que la pilule mais non remboursé. Un anneau vaginal reste en place pendant vingt et un jours pleins puis pause de sept jours.

Les microprogestatifs**Oraux**

Plutôt indiqués à cet âge en cas de contre-indication aux œstroprogestatifs si le choix se porte sur une contraception orale.

Sous-cutanés (implant)

Un seul produit disponible : *Implanon*. Très bonne observance mais tolérance variable, les principaux effets indésirables étant : prise de poids (20 % des femmes), modification du cycle (aménorrhée ou spotting), acné.

Les dispositifs intra-utérins (DIU) (stérilet)**Au cuivre**

Il existe un DIU adapté aux nulligestes, de petite taille : *UT 380 short*.

Au lévonorgestrel

Mirena, peu indiqué chez la nulligeste compte tenu de sa taille et du diamètre de l'inserteur.

Les méthodes locales

Les préservatifs masculin et féminin sont de rigueur pour se protéger des IST. Leur efficacité est aléatoire en matière de contraception puisqu'elle dépend de leur bonne utilisation, que l'on sait peu optimale lors des premières utilisations.

Le retrait, la méthode Ogino ou Billings doivent être déconseillés, ainsi que les contraceptifs locaux tels les **spermicides** qui sont insuffisamment efficaces pour être recommandés à cet âge où la fertilité est maximale. **Le diaphragme**, dont l'utilisation nécessite une bonne connaissance de son anatomie, est aussi de ce fait déconseillé.

La contraception d'urgence (*Norlevo*) doit être expliquée et présentée à sa juste valeur, à savoir : contraception de rattrapage en cas d'absence ou d'échec contraceptif, à utiliser le plus tôt possible dans les 72 heures suivant le rapport, gratuite chez la mineure sans ordonnance et sans contre-indication. Au-delà des 72 heures et jusqu'à sept jours le DIU s'avère être une excellente contraception postcoïtale et n'est pas contre-indiqué chez la mineure ni la nulligeste.

Quand commencer ?

Le plus tôt possible.

Qu'il s'agisse de pilule, patch ou anneau

- Ne pas attendre le premier jour des prochaines règles (sauf s'il est très proche ou s'il n'y a pas d'urgence contraceptive) et commencer le jour même avec une efficacité à partir du huitième jour de prise.
- Expliquer la prise de pilule : 1 cp/j à heure régulière pendant vingt et un jours, puis sept jours d'arrêt, ce qui revient à toujours commencer chaque nouvelle

plaquette le même jour de la semaine. La pilule reste efficace pendant les sept jours d'arrêt à la seule et unique condition que la plaquette suivante soit reprise le bon jour. Une tolérance de 12 heures existe en cas d'oubli.

- Expliquer la règle des sept jours, en cas d'oubli > 12 h ou vomissement de contraceptif œstroprogestatif : prendre le comprimé oublié et protéger les rapports sexuels (RS) pendant les sept jours qui suivent l'oubli. Si RS dans les sept jours précédant l'oubli, prendre en plus *Norlevo* le plus tôt possible et faire un test de grossesse entre J15 et J21 après le RS au moindre doute. Si l'oubli concerne un des sept derniers comprimés, enchaîner la plaquette suivante sans faire de pause.
- Pour les microprogestatifs, la prise est continue, à heure très régulière ; tout oubli supérieur à 3 heures est à risque de grossesse et justifie les mêmes précautions que les œstroprogestatifs. Exception pour *Cérazette* (progestatif de troisième génération) qui a une tolérance de 12 heures d'oubli au même titre que les œstroprogestatifs.

En cas de tabagisme, il est conseillé de sensibiliser au risque cardio-vasculaire associé sans contre-indiquer la contraception ! « Pilule ou tabac : il faut choisir » est le slogan le plus à risque d'arrêt de contraception intempestif et donc de risque de grossesse non désirée. L'association pilule et tabac devient formellement contre-indiquée après 35 ans.

Première prescription pour trois mois.

Qu'il s'agisse d'un DIU ou d'un implant

La pose se fait en première partie de cycle, de préférence pendant les règles ou en urgence après un test de grossesse négatif. Le remplacement d'un DIU ou d'un implant se fait lors de la même consultation.

Avant toute première prise de contraception, ne pas hésiter à faire un test de grossesse et à le renouveler à J7 au moindre doute.

Quels examens prescrire ?

Bilan recommandé :

- cholestérol, triglycérides et glycémie à jeun ;
- sérologie rubéole si inconnue ;
- sérologie VIH proposée si sexualité débutée.

En l'absence d'ATCD, à faire au bout de trois mois de contraception et renouveler à douze mois puis tous les cinq ans en l'absence de fait médical nouveau.

Devant un risque thromboembolique familial, il est licite de proposer l'exploration de la coagulation : antithrombine III, protéine C, protéine S, résistance à la protéine C activée, facteur V Leiden et/ou prendre un avis hématologique. Ne pas laisser sans contraception dans l'attente du résultat : proposer un microprogestatif ou l'utilisation systématique du préservatif ± *Norlevo* en cas d'échec.

La pratique du FCU n'est recommandée qu'à partir de 25 ans ou huit ans après les premiers RS.

Informations associées

- Prévention des IST par l'usage du préservatif en association avec la contraception prescrite.

- Proposition de **vaccination contre l'hépatite B, la rubéole et la coqueluche** si non faite ou non à jour.
- Proposition de la **vaccination contre le papillomavirus humain** si pas encore faite. Recommandée à 14 ans et entre 15 et 23 ans si pas de RS ou RS depuis moins de un an. Remboursée à 70 % dans cette indication. Autorisation parentale obligatoire pour les mineures.
- Ne pas oublier de préciser que **l'efficacité de la contraception œstroprogestative peut diminuer** en cas de :
 - anticonvulsivants inducteurs enzymatiques, rifampicine, certains antirétroviraux, millepertuis ;
 - vomissements (penser à la gastro-entérite ou l'alcoolisation) ;
 - hospitalisation en urgence (risque d'oubli de la contraception).

Que faire si elle a oublié ?

Tableau 51.1
Oubli de pilule.

Heures de retard	1 ^{re} semaine (Pilules 1 à 7 : 7 jours)	2 ^e semaine (Pilules 8 à 14 : 7 jours)	3 ^e semaine (Pilules 15 à 21 : 7 jours)
<i>Moins de 12 h d'oubli</i>	Prendre la pilule oubliée, et continuer ensuite normalement. Dans ce cas, la patiente reste normalement protégée		
<i>Plus de 12 h Pas de rapports la semaine précédente</i>	Prendre la pilule oubliée, continuer la plaquette. Pendant 7 jours : préservatifs	Prendre la pilule oubliée, continuer la plaquette. La pilule reste fiable	Prendre la pilule oubliée, continuer la plaquette. Entamer une nouvelle plaquette sans arrêter les 7 jours
<i>Plus de 12 h Rapports la semaine précédente</i>	Prendre la pilule oubliée, continuer la plaquette. Pendant 7 jours : préservatifs + pilule du lendemain (Norlevo)	Prendre la pilule oubliée, continuer la plaquette. La pilule reste fiable	Prendre la pilule oubliée, continuer la plaquette. Entamer une nouvelle plaquette sans arrêter les 7 jours

► **Mots clés** : contraception ; adolescence ; œstroprogestatifs ; préservatif ; dépistage ; oubli.

Référence

Recommandations de l'HAS : www.choisirsacontraception.fr, Stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme.

Question 52

Elle a 25 ans, un enfant, pas d'antécédents particuliers et veut une contraception efficace. Laquelle ? Quels sont les examens à faire ?

La demande

« Docteur mon enfant a 6 mois et je n'en veux pas d'autre actuellement, que dois-je faire ? »

Le préliminaire

On considère que la femme n'a aucun antécédent particulier et qu'il ne s'agit pas d'une contraception du post-partum ni au cours d'un allaitement.

On peut facilement répondre positivement à sa demande en lui expliquant la nécessité d'examens réguliers.

La première consultation

Le médecin doit en premier s'enquérir de ce qu'elle désire comme contraception et/ou lui présenter les divers types de contraception auxquels elle pourrait avoir recours (pilule, préservatifs, stérilet, implant).

Par un interrogatoire minutieux, le médecin doit s'assurer de l'absence d'antécédents réels pouvant contre-indiquer la prise d'une pilule (y compris l'usage du tabac), car à cet âge, le médecin doit privilégier une pilule œstroprogestative. Il doit éliminer un trouble de la coagulation et ou un antécédent de thrombose.

Il fait un examen clinique : poids, taille, pression artérielle, auscultation cardiaque et pulmonaire, aires ganglionnaires, palpation de la thyroïde, examen des seins, palpation de l'abdomen, inspection de la vulve, examen au spéculum avec inspection du col, frottis cervical (si pas de frottis depuis deux ans) et enfin toucher vaginal. Il vérifie l'absence de pathologie gynécologique pouvant contre-indiquer un stérilet.

Il est nécessaire et même impératif de prévoir un examen gynécologique annuel et un bilan biologique selon les recommandations (créatininémie, glycémie, bilan lipidique).

Il lui conseille de l'appeler devant l'apparition de symptômes inhabituels pour éviter tout arrêt intempestif de la pilule.

Le point de vue du gynécologue

L'utilisation d'un moyen contraceptif concerne un peu moins des deux tiers de la population des femmes de 20 à 49 ans. La pilule contraceptive est de loin la méthode la plus utilisée : 37 % des 20 à 40 ans avec une fréquence accrue chez les jeunes (58 % des 20 à 24 ans). Le stérilet arrive en deuxième position avec une utilisation par 16,1 % des 20 à 48 ans. Le préservatif est utilisé surtout chez les jeunes de 20-24 ans (13 %). L'arrivée d'un premier enfant constitue une

étape de la vie génitale et il est souvent l'occasion de reconsidérer la méthode contraceptive voire d'instaurer une première contraception.

Quel bilan prescrire ?

Les bonnes pratiques sont :

- le premier bilan comprenant nécessairement la mesure à jeun de la glycémie du cholestérol et des triglycérides plasmatiques est réalisé avant toute prescription ;
- les contrôles sont effectués à trois mois puis douze mois après ;
- il n'y a pas lieu lors de la surveillance biologique d'une contraception orale, de répéter les examens de contrôle plus d'une fois tous les deux ans en l'absence de fait nouveau ;
- devant un risque thromboembolique familial connu il est licite de proposer l'exploration de la coagulation (antithrombine III, protéine C, protéine S, résistance à la protéine C activée, anticorps antiphospholipides) avant prescription ;
- ne pas oublier le frottis cervical et la mammographie après 40 ans.

Quelle contraception proposer ?

La contraception œstroprogestative (Indice de Pearl : 0 à 0,07 %)

Cela reste dans cette situation le moyen le plus prescrit. Le choix portera préférentiellement sur une pilule minidosée en éthinyloestradiol (moins de 50 γ) monophasique, combinée avec un progestatif de deuxième ou troisième génération. Si la patiente a auparavant pris une pilule de ce type et que celle-ci a été bien supportée, il n'y a actuellement aucune justification à prescrire un autre produit sous le seul prétexte qu'il est de commercialisation plus récente.

Quelques situations méritent d'être individualisées :

- la patiente a des règles abondantes ou longues, même sous œstroprogestatifs : préférer une pilule combinée monophasique à phase longue (prise continue : vingt-quatre jours d'éthinyloestradiol 15 γ + 4 cp. placebo) (*Mélodia* et *Minesse*). Prévenir du risque de spotting ou d'aménorrhée les trois premiers mois de prise ;
- la patiente présente des migraines cataméniales : même choix que précédemment.
- la patiente souffre de tension mammaire habituelle : préférer une pilule faiblement dosée en œstrogène (20 et 15 γ). Prévenir du risque de spotting les trois premiers mois ;
- la patiente souffre d'acné : préférer un progestatif de troisième génération (cf. tableau 52.1) ou contenant de l'acétate de cyprotérone (*Diane 35*, *Androcur*) ;
- la patiente présente fréquemment des kystes ovariens fonctionnels : préférer une pilule plus fortement dosée (35 ou 30 γ) ou une pilule très faiblement dosée (15 γ) à phase longue (vingt-quatre jours + 4 cp. placebo) ;
- la patiente a des œdèmes ou une hypertension artérielle (HTA), préférer une pilule avec drospirénone type *Jasmine* ou *Jasminelle* si la tension est équilibrée ou sinon un microprogestatif ;

La pilule microprogestative (indice de Pearl : 1 à 2 %)

Elle n'a de place que s'il existe une contre-indication à la pilule œstroprogestative ou qu'un allaitement maternel est en cours. Il s'agit d'une pilule contraignante (prise continue sans décalage de plus de 3 heures sur l'horaire habituel

de prise), aux effets secondaires fréquents (spotting, mastodynies). Le risque de grossesse extra-utérine est sensiblement accru.

Le stérilet

Cf. Question 57.

Le préservatif masculin (indice de Pearl : 0,6 à 0,8 %)

Il est utilisé dans ce contexte chez les patientes ne désirant pas de contraception orale ni de stérilet ou présentant une contre-indication à l'un ou l'autre de ces moyens. Ce peut être un bon moyen contraceptif dans la période du post-partum ou chez des patientes dont l'activité sexuelle est réduite. Il s'agit surtout d'un très bon moyen de protection contre les maladies sexuellement transmises que l'on aura soin de recommander aux patientes ayant un nouveau partenaire et a fortiori des partenaires multiples. L'association à un autre moyen contraceptif (pilule, stérilet, spermicides) ne fait pas double emploi s'il y a un nouveau partenaire ou des partenaires multiples.

Les macroprogestatifs

Les macroprogestatifs (dérivés de la 17 OH-progesterone et de la 19-norprogesterone) sont essentiellement utilisés chez la femme non ménopausée dans le traitement de l'insuffisance lutéale et des pathologies endométriales. Certains progestatifs ont un fort effet antigonadotrope, donc contraceptif, s'ils sont administrés vingt jours par mois du cinquième au vingt-cinquième jour du cycle (*Lutéran* 10 mg/j, *Colprone* 10 mg/j, *Lutényl* 1/j, *Surgestone* 500 mg/j). Leur effet contraceptif est utilisé chez les femmes présentant des hémorragies fonctionnelles ou des mastodynies après 35 ans ou en cas de contre-indication aux œstrogènes. Ils n'ont pas d'indication chez la femme de 25 ans sans antécédent. Notons qu'aucun de ces produits n'a actuellement l'AMM pour la contraception orale. Seuls les norstéroïdes (*Orgamétil*, *Primolut-nor*) possèdent cette autorisation mais leur utilisation est limitée par leurs effets secondaires pondéraux et métaboliques.

L'implant sous-cutané

L'implant sous-cutané (*Etonogestrel Implanon*) présenterait une très bonne efficacité contraceptive, effective pendant trois ans après la pose. La mise en place (sous la peau du bras) est simple et demande au praticien un court apprentissage. La patiente doit être impérativement informée du risque de saignements intermenstruels (28 % les trois premiers mois et 10 % à vingt-quatre mois) et de prise de poids. D'autres effets sont plus rarement rapportés (mastodynies, céphalées, acné). On réservera ce type de contraception aux contre-indications des œstrogènes, aux oublis fréquents de pilule et s'il existe une contre-indication ou un refus des contraceptifs locaux.

Méthodes locales

Les méthodes locales (capes cervicales, diaphragmes, gels et tampons spermicides) ont une efficacité contraceptive médiocre et ne protègent pas utilisés seuls contre les maladies sexuellement transmissibles.

Le préservatif féminin

Le préservatif féminin (*Femidom*) est un étui de polyuréthane prélubrifié plus résistant que le latex, tapissant les parois vaginales et le col. Il peut être mis en

place plusieurs heures avant le rapport mais nécessite une utilisation parfaite. Son pouvoir contraceptif est comparable aux autres procédés féminins dits « barrières » (cape cervicale, diaphragme, tampons). Il constitue une bonne barrière contre les agents infectieux (virus VIH notamment) si l'utilisation est correcte. Disponible en France depuis l'année 2000, il est à proposer aux patientes à partenaires multiples ou à sexualité à risque (couples sérodiscordants) ne désirant ou ne pouvant pas utiliser le préservatif masculin.

Méthodes naturelles

Les méthodes naturelles (Ogino, Billings, coïtus interruptus) ne sont pas des méthodes contraceptives efficaces.

Tableau 52.1

Principales pilules œstroprogestatives commercialisées en France (mise à jour : septembre 2001).

Dose d'éthinylœstradiol	15 µg	20 µg	30 µg	50 µg
<i>Contraceptifs de troisième génération</i>				
Drospirénone		YAZ <i>Jasminelle</i>	<i>Jasmine</i>	
Désogestrel		<i>Cycléane 20 Mercilon</i>	<i>Cycléane 30 Varnoline continu Varnoline</i>	
Gestodène	<i>Melodia Minesse</i>	<i>Harmonet Meliane</i>	<i>Minulet, Moneva, Phaeva, Tri Minulet</i>	
Norgestimate			<i>Cilest, Effiprev, Tricilest</i>	
<i>Contraceptifs de seconde génération</i>				
Lévonorgestrel			<i>Adepal, Minidril, Trinordiol</i>	
Norethisterone			<i>Miniphase Ortho Novum 0,5/35 Ortho Novum 1/35 Triella</i>	<i>Gynostat</i>
Lynestrenol				<i>Ovanon Physiostat</i>
Norgestrienone				<i>Planor</i>
Norgestrel	c	c	c	<i>Stediril</i>
Acétate de cyprotérone			<i>Diane 35</i>	

► **Mots clés** : contraception ; œstroprogestatif ; stérilet.

Référence

www.gfmer.ch/cours/planification_familiale.html

Question 53

Elle saigne avec une contraception œstroprogestative, que faire ?

La demande

« Docteur je saigne entre les règles, ça m'inquiète, il faut que ça s'arrête ! »

Le préliminaire

Il faut distinguer les ménorragies, des métrorragies ou du spotting.

La première consultation

Le médecin devra s'enquérir de la rythmicité, de l'abondance et d'éventuels signes associés : céphalée, fièvre, douleur.

Il est primordial de faire un examen complet : poids, taille, pression artérielle, auscultation cardiaque et pulmonaire, aires ganglionnaires, palpation de la thyroïde, examen des seins, palpation de l'abdomen, inspection de la vulve, examen au spéculum avec inspection du col, frottis cervical (si pas de frottis depuis deux ans et pas de saignement à l'inspection) et enfin toucher vaginal.

Si l'examen ne met aucune pathologie en évidence, le médecin peut proposer soit un changement de pilule, soit une contraception par progestatif (non micro-dosé) pendant quelques mois, soit, si cela est possible, éventuellement un stérilet à la progestérone.

Il ne faut pas oublier d'informer la patiente qu'elle doit contacter son médecin si les symptômes persistent après le changement de traitement.

Il est nécessaire et même impératif de prévoir un examen gynécologique six mois plus tard.

Le point de vue du gynécologue

La pilule œstroprogestative est de loin la méthode contraceptive la plus utilisée en France : 37 % des 20 à 40 ans avec une fréquence accrue chez les jeunes (58 % des 20 à 24 ans) de part sa simplicité d'emploi, son efficacité et la relative rareté de ses effets secondaires. Parmi ces effets secondaires, le saignement représente une éventualité fréquente, anxiogène, imposant dans la majorité des cas un bilan simple mais ne devant pas systématiquement donner lieu à une modification de prescription.

Le diagnostic

Il faut d'emblée faire préciser le trouble.

Les métrorragies sont des saignements d'origine endo-utérine intervenant en dehors des règles, de quantité variable et composés de sang souvent coagulable. La pilule peut être parfois responsable de ce type de symptôme mais il faudra avant tout penser à l'éventualité d'une pathologie organique (ou liée une grossesse) sous-jacente.

Les ménorragies correspondent à un flux menstruel trop abondant (> 80 ml) ou trop long (> 7 jours). La pilule œstroprogestative est très rarement responsable de ménorragies. Il faudra éliminer formellement une pathologie organique.

Le spotting correspond à des saignements très modérés, gênants, se produisant n'importe quand dans le cycle, itératifs mais ne nécessitant pas de protection autre qu'un protège-slip. Il s'agit typiquement du type de saignement d'origine fonctionnelle rencontré sous traitement œstroprogestatif (se méfier cependant de la grossesse extra-utérine ou du polype intracavitaire).

Que faire pour préciser le diagnostic ?

L'interrogatoire peut évoquer d'emblée une origine fonctionnelle :

- la pilule en question est prise de puis moins de trois mois ;
- il y a eu un oubli d'un ou plusieurs comprimés ou un décalage dans l'heure habituelle de prise (éliminer obligatoirement une grossesse) ;
- il y a prise concomitante de médicament inducteur enzymatique (la rifampicine par exemple).

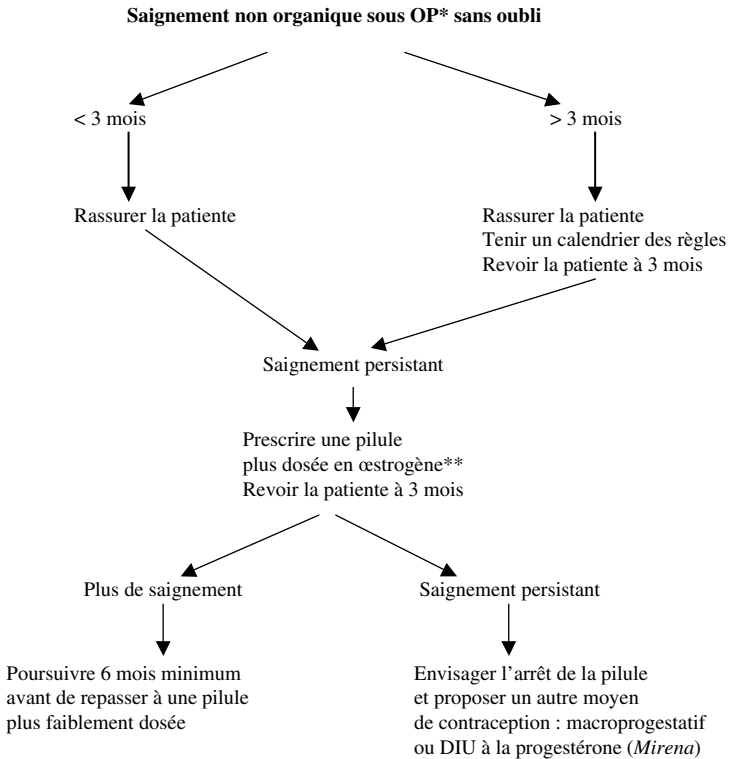
L'examen clinique est indispensable :

- rechercher une origine vulvaire, vaginale et surtout cervicale (saignement après les rapports, lésion cervicale visible saignant au contact). La mise à jour du frottis est indispensable ;
- rechercher la présence d'une masse ovarienne (kystes fonctionnels fréquents même sous pilule). Exceptionnellement il pourra s'agir d'une tumeur ovarienne hormonosécrétante.

Des examens complémentaires peuvent être nécessaires pour éliminer une pathologie organique ou liée à une éventuelle grossesse :

- le dosage β hCG plasmatiques doit être systématique s'il existe une possibilité de grossesse (grossesse extra-utérine, fausse couche ou grossesse évolutive) ;
- l'échographie endovaginale éventuellement associée à l'hystérosonographie permettra d'éliminer une pathologie organique (polype, fibrome, adénomyose) ou de détecter une anomalie ovarienne.

Que faire devant des saignements d'origine fonctionnelle ?



* OP : œstroprogestatif.

** Si la patiente a déjà une pilule fortement dosée, diminuer les doses.

Fig. 53.1

Stratégie diagnostique face à un saignement non organique sous œstroprogestatif sans oubli.

► **Mots clés :** métrorragies ; ménorragies ; spotting ; pilule.

Référence

Serfaty D. *Contraception* (Abrégé de Médecine). Paris, Masson, 2002.

Question 54

Elle veut une contraception après l'accouchement, que lui proposer ?

La demande

« Docteur, j'ai accouché il y a quatre jours. Quelle contraception me conseillez-vous ? »

Le préliminaire

En l'absence de toute pathologie, il existe deux situations distinctes :

- en cas d'allaitement maternel, il est recommandé de recourir aux progestatifs microdosés ;
 - en cas d'allaitement artificiel, il est possible de recourir aux œstrogènes.
- L'allaitement maternel ne bloque pas toujours efficacement l'ovulation.

La première consultation

L'interrogatoire précise les conditions de l'allaitement.

Le médecin aide la patiente à verbaliser ses inquiétudes quand à sa sexualité après l'accouchement.

Il l'interroge sur sa dépendance nicotinique pour l'inciter à arrêter.

Il lui prescrit la contraception adaptée à sa situation, en lui précisant qu'elle est nécessaire, même en cas d'allaitement maternel, (progestatifs microdosés, moyens mécaniques).

Il lui précise la nécessité de la revoir à trois mois.

Le point de vue du gynécologue

La prescription d'une contraception dans le post-partum doit prendre en compte les différentes spécificités de cette période : le nombre réduit de rapports sexuels dans les premiers mois suivant l'accouchement, le risque thromboembolique accru et le choix par la patiente d'un allaitement maternel, artificiel ou mixte. Curieusement, alors que la question de la contraception se pose quotidiennement lors de la sortie de maternité des nouvelles accouchées, il n'existe pas de consensus et les pratiques varient d'un établissement à l'autre. En pratique, le praticien prend en compte deux situations.

Allaitement maternel

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA)

Promue par le consensus de Bellagio en 1988 et validée en 1995, elle repose sur trois critères :

- l'aménorrhée dont la fin est supposée réelle après le cinquante-sixième jour d'aménorrhée si se produisent des saignements au moins deux jours de suite ;

- l'allaitement complet ou presque complet ;
- les six premiers mois du post-partum.

Si ces trois critères sont bien réunis le risque de grossesse reste inférieur à 2 %. Il passe à 7 % les douze premiers mois et 13 % à vingt-quatre mois.

Cette méthode ne confère pas une protection maximale vis-à-vis du risque de grossesse et une information doit être donnée dans ce sens avant la sortie de la maternité. Dans la grande majorité des cas les patientes sont demandeuses d'un moyen de contraception complémentaire.

Les autres méthodes naturelles n'ont pas leur place dans la période du post-partum, y compris la méthode d'auto-observation de la glaire (ou méthode de Billings) qui ne présente pas une bonne efficacité.

Les contraceptions locales

Le diaphragme et la cape cervicale

Ils sont contre-indiqués dans la période du post-partum précoce (deux premiers mois) en raison du risque septique et des saignements. Dans le post-partum distant ils doivent être associés à un gel spermicide. Il s'agit d'une méthode peu demandée par les patientes (et rarement proposée) car peu pratique et peu efficace (taux d'échec : 5 à 10 %).

Le gel ou les ovules spermicides

Ils se placent au fond du vagin 10 minutes avant le rapport sexuel. Il s'agit d'un bon moyen de contraception dans la période du post-partum, en complément de l'allaitement mais en pratique peu utilisé. Taux d'échec : 0,5 à 3 %.

Les tampons spermicides

Ils ont une efficacité inférieure à celle des gels et ovules spermicides. Une fois mis en place ils gardent une efficacité durant 24 heures. Ils ne peuvent pas être utilisés dans le post-partum précoce (premier mois).

Le préservatif

C'est un très bon moyen de contraception dans le post-partum précoce de par son effet barrière vis-à-vis des agents infectieux. Il a une bonne efficacité contraceptive (taux d'échec : 1 %) surtout s'il s'associe à l'allaitement.

Le stérilet

Il n'interfère pas avec l'allaitement et peut être mis en place une fois l'involution utérine obtenue (trois mois après l'accouchement). Si la patiente a accouché par césarienne, un délai de six mois doit être respecté. Le stérilet au lévonorgestrel (*Mirena*) peut être posé en cas d'allaitement.

La pilule microprogestative

C'est un moyen de contraception très souvent prescrit en cas d'allaitement maternel. Cette prescription doit impérativement s'accompagner d'une information claire sur les modalités d'administration et sur les fréquents effets secondaires qu'elle entraîne (spotting très fréquent, mastodynies).

Modalités d'administration : prise d'un comprimé par jour à heure fixe, tous les jours et sans arrêt entre deux plaquettes.

Tableau 54.1**Délais d'efficacité, de prise et délai maximum d'oubli.**

	Quand débiter ?	Délais d'efficacité	Délais d'oubli toléré*
Lévonorgestrel 0,03 mg (<i>Microval</i>)	J10	Fin de la première plaquette	3 heures
Acétate de noréthistérone (<i>Milligynon</i>)	J10	Fin de la première plaquette	3 heures
Désogestrel 0,075 (<i>Cérazette</i>)	J21	7 jours	12 heures

*En cas d'oubli supérieur à 3 heures, le contraceptif doit être poursuivi en utilisant durant quinze jours un autre moyen de contraception (préservatif).

L'efficacité de ce type de contraception en cours d'allaitement est curieusement mal connue (taux d'échec de 1 à 3 % ?) et il faut prendre en compte l'effet contraceptif partiel de l'allaitement maternel les six premiers mois.

Allaitement artificiel

■ **Les méthodes dites naturelles** ne sont pas recommandées du fait de leur faible efficacité sauf, peut-être, à la demande de certaines patientes, très motivées par ce type de contraception...

■ **Les contraceptifs locaux** constituent de bons moyens de contraception dans la période du post-partum avec une préférence pour le préservatif masculin et le stérilet selon les modalités évoquées précédemment.

■ **La contraception œstroprogestative** est contre-indiquée dans les vingt et un jours suivant l'accouchement en raison du sur-risque thromboembolique. En pratique, étant donné la faible fréquence des rapports sexuels dans les deux mois suivant l'accouchement (seulement 20 % des couples ont repris une activité sexuelle dans cette période), deux attitudes se discutent :

- attendre le retour de couches pour débiter ce type de contraception et l'on conseillera d'utiliser une contraception locale (préservatifs de préférence) dans l'intervalle ;
- instauration d'un œstroprogestatif au vingt et unième jour en relais de la bromocriptine. Soit reprise de l'œstroprogestatif utilisé avant la grossesse, soit prescription d'un 30 γ monophasique pour rétablir la muqueuse.

■ **L'implant progestatif** (étonogestrel 68 mg : *Implanon*) est un contraceptif récent et dont l'efficacité semble proche de 100 %. La pose dans le pli du bras est simple et l'implant a une durée de vie de trois ans. Du fait d'un sur-risque thromboembolique supposé, il ne peut être posé avant la fin de la troisième semaine du post-partum. Il faudra surtout informer la patiente des effets secondaires fréquents et notamment du risque de saignement intermenstruel (28 % au premier trimestre et 10 % à vingt-quatre mois) responsable d'une demande de retrait dans 20 % des cas. La prescription d'une pilule progestative microdosée de type *Microval* ou *Milligynon* avant la mise en place de l'implant pourrait avoir une valeur prédictive du risque de survenue de ce type d'effets secondaires.

De même une prise de poids supérieure à 3 kg a été observée chez environ 16 % des femmes à six mois et 37 % à vingt-quatre mois.

■ **La contraception progestative injectable** (*Dépo-prodasone, Noristerat*) doit être réservée aux femmes dans l'incapacité de prendre en charge elle-même leur contraception. Elle présente des effets secondaires importants (spotting, aménorrhée, prise de poids) et peut actuellement être remplacée dans ce contexte par l'implant contraceptif.

► **Mots clés** : contraception ; post-partum ; allaitement.

Références

Serfaty D. *Contraception (Abrégé de Médecine)*. Paris, Masson, 2002.

Consensus Statement : Breastfeeding as a Family Planning Method, *The Lancet*, 1988, 2(8621):1204-5.

Truitt ST *et al.* Hormonal contraception during lactation. *Contraception*, 2003, 68(4):233-8.

<http://www.fhi.org/fr/RH/Pubs/booksReports/LAMconsensus.htm>.

Question 55

Elle a eu des rapports sans contraception hier soir et ne veut pas de grossesse, que faire ? La pilule du lendemain : quand, comment ?

La demande

« Docteur j'ai eu un rapport sans contraception cette nuit, je ne veux pas d'enfant pour le moment, en plus vous savez je ne veux pas que mes parents soient informés. »

Le préliminaire

L'interrogatoire doit permettre d'analyser le problème. Il faut permettre à la patiente d'exprimer ses angoisses.

Le médecin généraliste doit informer la patiente avec empathie. Mais, il doit lui faire comprendre les risques qu'elle a pris et que les pilules dites du lendemain ne doivent surtout pas être considérées comme une contraception régulière.

La première consultation

Le médecin doit s'informer avec tact de la réalité du risque et du délai par rapport à la consultation. (*Nous n'évoquons pas le risque de transmission des IST en particulier le sida qui sera vu ultérieurement*).

Il doit se mettre à l'écoute des représentations de sa féminité : amour → rapports sexuels → grossesse → enfants.

Il doit chercher avec elle le pourquoi de ce rapport sans contraception et faire ressortir ses idées reçues sur la contraception.

Il est nécessaire de faire un examen clinique (l'examen gynécologique n'est faisable et nécessaire que si la patiente a des rapports réguliers) (*cf. Question 1*).

■ Le traitement est un comprimé de *Norlevo* (1,5 mg de lévonorgestrel). Il peut être délivré sans ordonnance (prix indicatif : 7.60 €), remboursé si ordonnance ; prescription gratuite et anonyme chez les mineurs (par les infirmières scolaires et les pharmacies).

- Efficace surtout si prise précoce :
 - 95 % d'efficacité si prise dans un délai < 24 h,
 - 85 % de 24 à 48 h,
 - 58 % de 49 à 72 h.
- La reprendre en cas de vomissement (5 % des cas) < 2 h/prise.

- Informer de la possibilité de saignements après la prise (< 5 %).
- Faire un test de grossesse si retard de règles (> 5 à 7 jours).

Il faut aussi parler de la contraception, soit pour la première fois, soit la reprendre si elle a été interrompue.

À la fin de la consultation le médecin doit s'assurer que la patiente a bien compris la manière dont doit être pris le traitement (l'observance est primordiale pour l'efficacité du traitement) et il doit l'assurer de la confidentialité de la consultation, y compris vis-à-vis des parents.

Le point de vue du gynécologue

Le nombre de naissances non désirées ou mal planifiées ainsi que celui des interruptions volontaires de grossesse (IVG) tend sensiblement à diminuer en France mais il existe des disparités selon l'âge. L'incidence de l'IVG chez les jeunes, qui est de 43/1 000 dans la tranche des 15-19 ans a augmenté alors que l'âge de la première IVG est plus précoce (13 ans). Ce phénomène est certainement lié à l'absence de contraception chez environ 10 % d'adolescents mais aussi à une certaine confusion entre prévention des maladies sexuellement transmissibles et contraception. En effet 20 % des adolescents n'utilisent que le seul préservatif et 25 % des IVG sont dus à une mauvaise utilisation de celui-ci. Le recours à la contraception postcoïtale figure parmi les possibilités de réduction du nombre d'IVG pratiqués dans ces jeunes populations notamment.

La contraception postcoïtale

Son principe repose sur l'utilisation d'un médicament ou d'un stérilet dans les suites d'un rapport sexuel non protégé afin de diminuer le risque de survenue d'une grossesse. Ce risque est globalement évalué à 7 % mais il varie en fonction du moment du cycle. Quand l'ovulation a lieu au quatorzième jour du cycle, on peut considérer que la période féconde s'étend du huitième au quatorzième jour, avec, le jour de l'ovulation, un risque de grossesse de 33 %, le lendemain de 12 %. Ce risque devient nul par la suite. L'efficacité de la contraception postcoïtale varie selon le moyen utilisé.

Les moyens thérapeutiques

Les œstrogènes seuls à forte dose

Ils ne doivent plus être utilisés en raison de leurs très fréquents effets secondaires (nausées et vomissements).

L'association œstroprogestative (méthode de Yuzpe)

- *Tétragynon* (éthinyloestradiol 50 µg + lévonorgestrel 0,25 mg) : deux comprimés dans les 72 heures, deux comprimés 12 heures plus tard.
- Effets secondaires indésirables : nausées (50 %) vomissements (20 %).

- Taux d'échec : 1,6 % à 2 % non influencé par les vomissements.
- Ordonnance obligatoire.

Les progestatifs seuls

- *Norlevo* (lévonorgestrel) : 1 comprimé dans les 72 heures suivant le rapport. À renouveler 12 heures après.
- Peu d'effets secondaires : nausées 23 %, vomissements 5,6 %.
- Si vomissement dans les 2 heures, renouveler la prise.
- Ne pas utiliser si antécédent de grossesse extra-utérine.
- Taux d'échec : 1 %.
- Vente libre en pharmacie.
- Non remboursé.
- Délivrance possible par les infirmières scolaires (janvier 2000).

Les antigonadotropes

- *Danatrol* (danazol) : 400 mg dans les 72 heures suivant le rapport. À renouveler 12 heures après.
- Peu d'effets secondaires.
- Taux d'échec : 1,7 %.

Les antiprogestérone

- *Mifégyne* (mifépristone) : 3 comprimés en 1 seule prise.
- Peu d'effets secondaires.
- Taux d'échec : proche de 0 %.

Le stérilet

- Dans les cinq jours suivant le rapport (type dispositif intra-utérin [DIU] au cuivre).
- Si la patiente souhaite ce type de contraception.
- Contre-indication chez la primipare.

En conclusion

Il convient pour le généraliste, d'orienter la jeune femme ou la jeune fille vers une solution, fiable et adaptée, de la rassurer sur la fiabilité du moyen utilisé et de lui donner la démarche à suivre en cas d'échec ou de complication. C'est aussi un moment privilégié pour lui donner quelques informations sur la contraception et sur la transmission des maladies sexuellement transmissibles ou sur le dépistage. Il est assez facile de la faire revenir en consultation dans ce but pour vérification de l'efficacité de la méthode choisie après la survenue des règles.

En pratique

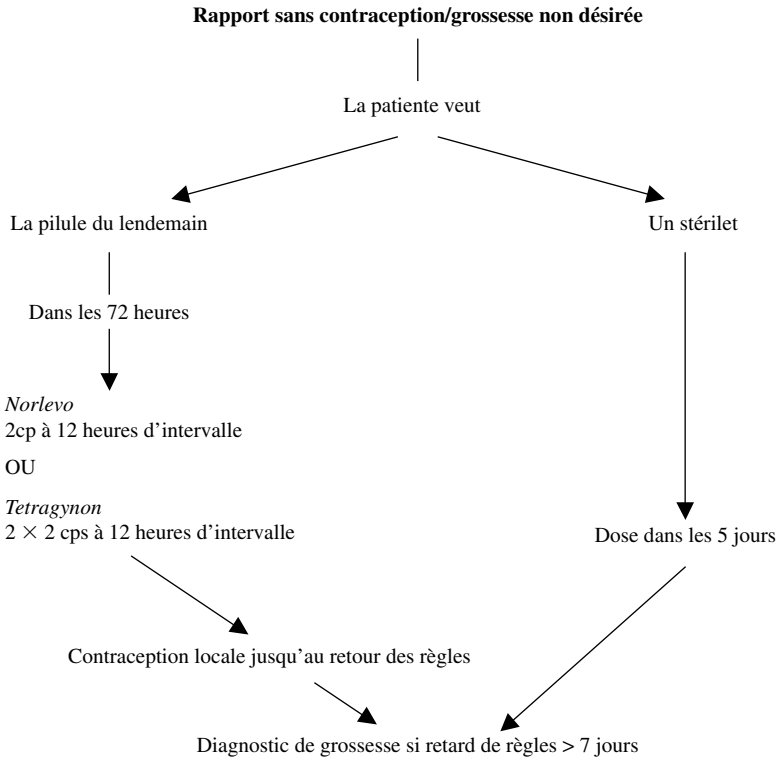


Fig. 55.1
Conduite à tenir face à un rapport sexuel sans contraception et/ou une grossesse non désirée.

► **Mots clés** : contraception postcoïtale ; IVG ; pilule du lendemain ; stérilet du lendemain.

Références

Lansac J. Journées de formation continue, Tours septembre 2000. (www.med.univ-tours.fr/fmc/)
www.gfmer.ch/cours/planification_familiale.html
www.esculape.com/1sommaireframe.html

Question 56

Elle prend la pilule, a eu des rapports « protégés » mais il y a eu une rupture de préservatif, que faire ?

La demande

« Docteur j'ai eu un rapport cette nuit et le préservatif a craqué. Et je le connais que depuis un mois et j'ai peur du sida. »

Le préliminaire

L'interrogatoire doit permettre d'analyser le problème. Il faut permettre à la patiente d'exprimer ses angoisses.

Le médecin généraliste doit informer la patiente sans l'inquiéter, tout en lui rappelant la bonne utilisation du préservatif (pose, lubrifiants, retrait, etc.).

Les risques encourus sont différents suivant celui des deux partenaires qui est VIH+ .

Il est impératif de rechercher les autres IST possibles (herpès, gonocoque, syphilis, *Chlamydia*, hépatite B, HPV).

La première consultation

À l'interrogatoire, le médecin recherche si l'un des deux partenaires a des tests séropositifs. Dans ce cas, il les adresse au spécialiste rapidement.

Dans le cas contraire, il se fait confirmer qu'elle prenait bien la pilule et prescrit d'emblée des tests VIH aux deux partenaires.

Il est nécessaire de faire un examen clinique (cf. Question 1) et de rechercher les autres IST.

À la fin de la consultation le médecin donne un rendez-vous aux deux partenaires pour discuter des résultats.

Il les revoit dans quatre jours avec les tests.

S'ils sont négatifs, il leur conseille de continuer à utiliser les préservatifs pendant six mois.

Il prescrit un test à trois mois, et si la négativité persiste, un autre à six mois.

Tout test positif nécessite d'adresser le couple en urgence au spécialiste.

Le point de vue du gynécologue

La fréquence des conduites sexuelles à risques tend actuellement à augmenter de par la distance prise vis-à-vis du début de l'épidémie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et, peut-être, du fait d'une impression d'innocuité, donnée à la population par l'arrivée des nouvelles thérapies.

La conduite sexuelle à risques ne donne que rarement lieu à une consultation rapide après du médecin généraliste ou de centres spécialisés. Il s’agit pourtant d’une situation d’urgence dans laquelle il faudra évaluer le plus précisément le risque pris, mettre en route un éventuel traitement prophylactique et instaurer un programme de surveillance.

Évaluation du risque

L’interrogatoire doit être direct et précis afin de tenter de quantifier le risque pris par la patiente. Tout doit être mis en œuvre pour connaître le statut sérologique du partenaire-source si celui-ci n’est pas connu.

Tableau 56.1
Évaluation du risque.

Probabilité de contamination par acte par ordre décroissant	Facteurs augmentant le risque de transmission
Risque élevé	
RS anal réceptif* : partenaire ♂ VIH+ : 5 %-7 %	Stade de l’infection du partenaire
RS vaginal réceptif : partenaire ♂ VIH+ ou inconnu : 0,3-7 %	Infection ou lésion génitale
RS vaginal insertif** : partenaire ♀ VIH+ ou inconnu : 0,2-0,5 %	RS pendant les règles
RS anal insertif : partenaire ♀ et ♂ VIH+ ou inconnu : 0,1-1,8 %	Saignement au cours du RS
Risque faible RS oral réceptif ou insertif, avec ou sans éjaculation, partenaire VIH+ ou inconnu	

RS = rapport sexuel: *avec éjaculation ; **sans éjaculation.

NB : si le partenaire dispose d’une sérologie VIH récente (3 à six mois) et à condition qu’il n’ait pas d’autres facteurs de risque (partenaires multiples ou partenaire occasionnel récent, toxicomanie, transfusion récente, MST, etc.) on peut considérer le risque de contamination comme étant faible. Ceci suppose un interrogatoire précis et fiable et ne dispense pas de la réalisation de nouvelles sérologies chez le partenaire.

Demander en urgence

Pour la patiente et le partenaire, et après accord :

- sérologie VIH, détermination de la charge virale (si VIH+);
- antigène HBs, anticorps anti-HBc, anticorps anti-HBs ;
- anticorps anti-VHC, quantification de l’ARN en PCR si VHC+.

Traitement prophylactique

Au préalable, vérifier la contraception et la notion de frottis.

Il doit être administré en cas de risque de contamination élevé.

Traitement antirétroviral prophylactique

À administrer si possible dans un délai inférieur à 4 heures après l'exposition (intérêt potentiel jusqu'à 48 heures).

Trithérapie antirétrovirale

- *Combivir* (AZT+3TC) : 1 comprimé toutes les 12 heures ;
- + *Viracept* (nelfinavir) : 5 comprimés toutes les 12 heures.

Ce traitement peut être différent si l'on suspecte une résistance aux antirétroviraux (partenaire source sous traitement antirétroviral).

Si la patiente est enceinte, n'utiliser en urgence que la zidovudine :

- *Retrovir* 300 : 1 comprimé toutes les 12 heures ;
- durée du traitement : quatre semaines

Prophylaxie anti-VHB

Si la patiente n'est pas immunisée contre l'hépatite B et si la sérologie du partenaire source ne peut être obtenue dans les 12 heures suivant l'exposition ou si le partenaire est porteur de l'antigène HBs.

Gammaglobulines anti-HBs : 5 ml IM une injection dans les 12 heures.

À renouveler au bout d'un mois si risque élevé.

Suivi biologique

VIH

- Patiente recevant un traitement prophylactique :
 - sérologie VIH à J0 (< 8 jours), trois semaines après arrêt du traitement, quatrième et sixième mois ;
 - antigénémie p24, trois semaines après l'exposition puis trois semaines après l'arrêt du traitement.
- Patiente ne recevant pas de traitement :
 - sérologie VIH à J0 (< 8 jours), trois semaines après l'exposition, troisième et sixième mois ;
 - antigénémie p24, trois semaines après l'exposition.

VHC

Sérologie VHC à J0, troisième mois et sixième mois.

- **Si risque élevé :**
 - patient-source virémique ou statut inconnu ;
 - PCR VHC tous les mois pendant trois mois ;
 - ALAT tous les quinze jours pendant deux mois puis tous les mois pendant six mois.
- **Si risque faible :** ALAT tous les mois pendant trois mois puis sixième mois.

VHB

- Sérologie VHB (AgHBs, Ac anti-HBc) à J0, troisième et sixième mois.
- ALAT tous les quinze jours pendant deux mois puis tous les mois pendant six mois.

En conclusion

L'exposition sexuelle au risque de contamination par le VIH, les virus de l'hépatite B et C, constitue une situation d'urgence, nécessitant à la fois de rassurer la patiente et de mettre en route rapidement une procédure diagnostique et prophylactique. L'orientation immédiate vers un centre spécialisé dans la prise en charge de ce type de situation (services d'urgence, centre de dépistage, etc.) permettra si elle est possible, un gain de temps appréciable.

Autres agents infectieux

Il est nécessaire de penser aux autres contaminations vénériennes possibles, il n'y a pas de prélèvement systématique mais uniquement sur signe clinique d'orientation ; il n'y a pas non plus de prévention systématique. Il peut lui être conseillé de faire contrôler son frottis à distance s'il y a risque de contamination HPV.

Virus *Herpès simplex*

La primo-infection peut être asymptomatique ou au contraire bruyante (vulvite et méatite hyperalgique et ulcérée fébrile avec adénopathie inguinale). Elle apparaît sept à vingt jours après le rapport contaminant. Il n'y a ni prélèvement à faire ni de traitement prophylactique en cas d'exposition au risque avant l'apparition de signes cliniques.

Chlamydia

La période d'incubation n'est que de quelques jours et la symptomatologie souvent fruste voire absente d'où l'intérêt d'un examen gynécologique soigneux et de prélèvements systématiques (col, urètre, premier jet d'urine) avec détection du génome en PCR permettant le diagnostic de l'infection génitale basse. Une sérologie du *Chlamydia* positive (IgG ou IgA) permettra d'orienter vers une infection génitale haute. Si l'infection est confirmée, il faudra instaurer un traitement adapté à ce germe intracellulaire : azithromycine *Zithromax* : 1 g en une prise s'il s'agit d'une infection basse ; ofloxacine (*Oflozet*) 400 mg/j vingt jours s'il s'agit d'une infection haute paucisymptomatique en association avec amoxicilline + acide clavulanique durant dix jours (co-infection à germe banal possible). En l'absence d'argument clinique ou bactériologique d'infection, il n'y a pas lieu d'instaurer une antibioprofylaxie.

Syphilis

Le diagnostic est évoqué devant une ulcération génitale nette indolore à fond propre et à base indurée. Il faut prélever par grattage les sérosités du chancre primaire (examen direct au microscope à fond noir). Les sérologies posent le problème des faux positifs et des réactions croisées avec d'autres tréponèmes. Le FTA Abs se positive précocement (cinq à huit jours après le chancre). Le traitement de la syphilis primo-secondaire repose sur l'*Extencilline* 2,4 millions d'unités IM en dose unique.

Gonocoque

L'infection basse est souvent paucisymptomatique chez la femme et le diagnostic sera évoqué devant des leucorrhées jaune verdâtre ou purulente surtout si

elles s'associent à une urétrite ou une skénite. Le traitement de première intention des formes basses repose sur les céphalosporines de troisième génération en traitement unique (*Rocéphine*, 500 mg IM).

► **Mots clés** : préservatif ; VIH ; VHC ; VHB ; syphilis ; gonocoque.

Référence

www.esculape.com/1sommaireframe.html: conduite à tenir en cas de prise de risque sexuel vis-à-vis du VIH.

Question 57

Elle désire un stérilet : quand et lequel ? Y a-t-il un bilan à faire, et si oui, lequel ?

La demande

« Docteur je ne veux pas d'enfant pour le moment, je ne veux plus de pilule, depuis quinze ans que je la prends... »

Le préliminaire

Avant de poser un stérilet, il faut éliminer toutes les contre-indications, la première étant la grossesse.

Le choix du stérilet dépend de l'abondance des règles.

Le stérilet est rarement indiqué chez une nullipare et nécessite l'avis d'un spécialiste.

La première consultation

Le médecin doit s'enquérir de ses motivations.

Il fait préciser l'abondance et la régularité des règles en dehors de la prise de la pilule.

Il faut faire un examen clinique (cf. Question 1). Il insiste sur la recherche d'une pathologie gynécologique ou d'une position utérine compliquant la procédure (rétroversion, conisation).

Il vérifie l'absence de contre-indication à un stérilet.

À la suite de cet examen, le médecin prescrira à la patiente le stérilet le plus approprié (stérilet au cuivre si règles normales, ou à la progestérone si règles abondantes et/ou douloureuses).

La pose se fera lors d'une autre consultation en fin de règles, et après contrôle de l'absence de grossesse.

Il est impératif de revoir cette patiente un mois (au moins un épisode de règles) après la pose du stérilet afin de s'assurer de la bonne tolérance et de la bonne mise en place (contrôle des fils).

Le point de vue du gynécologue

Le stérilet (ou dispositif intra-utérin [DIU]) est, en fréquence, le second moyen de contraception utilisé en France. Son pouvoir contraceptif, inférieur à celui de la pilule œstroprogestative, est cependant bon (indice de Pearl : 0,3 à 3 %). Déconseillé chez la nullipare, il s'agit la plupart du temps d'un relais de la contraception orale après le premier accouchement.

Modes et durée d'action

Deux grands types de stérilets sont actuellement utilisés : les DIU au cuivre et les DIU à la progestérone. Leur durée d'action est de trois à cinq ans mais leurs modes d'action diffèrent sensiblement.

Les stérilets au cuivre sont par exemple le *Sertalia*, le *NovaT*, *Multiload*, *375*, etc.

Le stérilet à la progestérone est le *Mirena*.

Tableau 57.1
Actions des stérilets au cuivre et à la progestérone.

	Endomètre	Spermatozoïde	Glaire	Ovulation
Cuivre	Antinidation	Toxicité	Pas d'action	Pas d'action
Lévonorgestrel	Antinidation Effet atrophiant	Pas d'action	Épaississement	Effet bloquant inconstant

Choix du stérilet

Éliminer une contre-indication

- Grossesse en cours.
- Valvulopathie.
- Traitement anticoagulant ou troubles de la coagulation.
- Antécédent de grossesse extra-utérine.
- Cancer de l'utérus et pathologie utérine endocavitaire (échographie).
- Infection génitale évolutive (endocol).
- Malformation utérine marquée.
- Allergie au cuivre et maladie de Wilson.
- Post-partum immédiat.

Les AINS ou les corticoïdes ne sont pas une contre-indication, tout au plus réduisent-ils peut-être (pas d'action démontrée) l'efficacité des DIU au cuivre.

Choisir le type de stérilet

Il n'y a pas de bilan biologique ni d'examen complémentaire à prescrire, une échographie pelvienne n'est nécessaire que devant la suspicion clinique de pathologie gynécologique ou sur les antécédents de la patiente.

Quand poser le stérilet ?

À la fin des règles pour s'assurer de l'absence de grossesse débutante et faciliter la pose (meilleure ouverture du col). Si la patiente est peu fiable : demander un dosage des hCG avant la pose ou poser le DIU sous contraception efficace.

Il n'est pas recommandé de prescrire une antibioprofylaxie, ni de poser les DIU sous antalgique ou antispasmodique ou anxiolytique sauf situation particulière.

Cas particulier du post-partum

Il faut attendre une involution utérine complète (trois mois).

Il existe une contre-indication de principe au stérilet à la progestérone en cas d'allaitement.

Quand le contrôler ?

Le contrôle est clinique, par vérification de la bonne position des fils sortant de l'endocol.

Le premier contrôle est effectué huit jours après les règles suivant la pose.

Les contrôles suivant ont lieu tous les six à douze mois selon les cas.

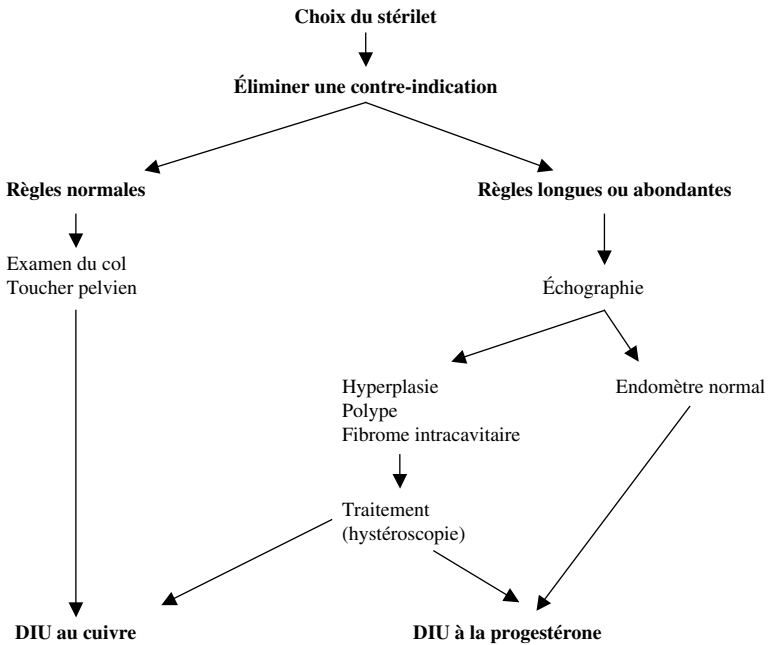


Fig. 57.1
Choix du stérilet.

► **Mots clés :** stérilet ; contraception.

Références

www.gfmer.ch/cours/planification_familiale.html
whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_FRH_FPP_97.32_fre.pdf

Question 58

Elle saigne avec un stérilet, que faire ?

La demande

« Docteur je perds de plus en plus entre les règles, c'est de plus en plus gênant... »

Le préliminaire

Il faut rechercher une grossesse, en particulier une grossesse extra-utérine.

Il faut rechercher les situations d'urgence :

- endométrite ;
- stérilet en voie d'expulsion ;
- migration du stérilet.

Il faut rechercher des troubles de l'hémostase ou de la coagulation, sans oublier les origines médicamenteuses.

Il faut rechercher une pathologie utérine surajoutée.

La première consultation

Le médecin doit s'enquérir de la fréquence et de l'abondance de ces pertes de sang et de douleurs éventuelles.

Il recherche des signes d'infection (fièvre, douleur, pertes sales, voire nauséabondes). (Nous considérons que ces signes sont absents, ils font l'objet de la Question 59.)

Il fait un examen clinique (cf. Question 1).

Il prescrit systématiquement un dosage des β hCG, un bilan d'hémostase, une échographie pelvienne à la recherche d'anomalies utérines et de la place du stérilet.

Il revoit sa patiente dans les jours qui suivent avec les résultats du bilan.

En cas d'anomalie, il l'adresse au spécialiste.

Si le stérilet est déplacé mais accessible, il doit être enlevé.

Il sera nécessaire d'adresser la patiente dans un service spécialisé, s'il ne peut être enlevé au cabinet.

Si le bilan est normal, suivant l'importance des symptômes, un traitement peut être institué (progestatifs par exemple), en lui précisant qu'il sera nécessaire de retirer le stérilet dans un délai de trois mois, si les symptômes persistent.

Il ne faut pas oublier la mise en place, éventuellement temporaire, d'une autre contraception.

Le point de vue du gynécologue

Le dispositif intra-utérin (stérilet) arrive en seconde place des moyens contraceptifs utilisés en France après la pilule œstroprogestative (16 % des femmes de 20 à 49 ans). La prise en charge d'un saignement d'origine utérine survenant chez

une femme porteuse d'un stérilet impose toujours la recherche d'une pathologie causale surajoutée en ayant soin au préalable d'avoir écarté le diagnostic de grossesse (extra-utérine [GEU] ou intra-utérine [GIU]) par un dosage d'hCG.

La grossesse sur stérilet fait l'objet d'une question séparée.

Le diagnostic

La patiente n'est pas enceinte (cf. Question 7).

Il faut éliminer les diagnostics d'urgence par l'examen clinique et le contrôle des fils avec prescription des examens nécessaire :

- endométrite sur stérilet (cf. Question 59) ;
- stérilet en voie d'expulsion : échographie endovaginale ;
- migration du stérilet : échographie endovaginale, abdomen sans préparation (ASP).

Il faut rechercher des troubles de l'hémostase ou de la coagulation, en éliminant en premier lieu une prise médicamenteuse (aspirine).

Il faut rechercher une pathologie utérine surajoutée :

- fibrome sous-muqueux ou intracavitaire ;
- polype ;
- hyperplasie endométriale ;
- adénomyose utérine ;
- néoplasie endométriale ou myométrie (rares en période d'activité génitale).

L'échographie endovaginale est l'examen de choix. Habituellement, la présence du dispositif intra-utérin (DIU) ne gêne pas l'interprétation échographique, si une hystérosonographie est nécessaire, l'ablation du DIU sera alors préalablement nécessaire.

Si une pathologie est retrouvée, il faudra retirer le stérilet et proposer un traitement adapté.

Le saignement reste inexpliqué

Si le saignement intervient dans les deux mois suivant la pose du DIU

Rassurer la patiente et lui demander de tenir un calendrier des saignements. N'envisager le retrait ou le changement du type de stérilet que si le saignement persiste après trois mois.

Si le saignement persiste

- **Il s'agit de ménorragies** : on peut essayer un traitement antifibrinolytique (acide tranexamique *Exacyl* ou *Spotof* : 6 cp/j) ou progestatif, si le stérilet utilisé est non hormonal (ex. : *Surgestone* 0,500 1 cp/j du quinzième au vingt-cinquième jour du cycle).
- **Il s'agit de saignements intermenstruels** : mieux vaut pratiquer l'ablation (ou le changement de type) du stérilet :
 - si la patiente est porteuse d'un DIU non hormonal : proposer un stérilet à la progestérone si elle veut garder ce type de contraception. Sinon, proposer un autre moyen de contraception,

- si la patiente est porteuse d'un DIU à la progestérone : le saignement peut avoir comme origine une atrophie endométriale. Si cela est le cas, on peut proposer un stérilet non hormonal.

NB : il faut prescrire une nouvelle échographie endovaginale après l'ablation du stérilet sa présence pouvant rendre la détection de certaines petites anomalies (polypes notamment) délicate.

Une nouvelle contraception pourra être proposée, ou une thermocoagulation de l'endomètre, selon le désir de grossesse future. L'avis du spécialiste est nécessaire.

► **Mots clés** : stérilet ; métrorragies ; échographie.

Références

www.gfmer.ch/cours/planification_familiale.html

whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_FRH_FPP_97.32_fre.pdf

Marret H, Golfier F, Vollerin F, Legoaziou MF, Raudrant D. DIU en médecine générale Études de 300 cas. *J Gyn Obst Biol Reprod*, 2002, 31:465-70.

Question 59

Elle a des douleurs pelviennes, une température à 38,5 °C avec un stérilet. Quand faut-il retirer un stérilet en urgence ?

La demande

« Docteur, mon stérilet me fait mal, j'ai des pertes anormales et je ne me sens pas bien depuis deux ou trois jours... »

Le préliminaire

Après avoir éliminé les causes non gynécologiques, il faut rechercher une endométrite sur stérilet.

Le médecin doit éviter l'extension de l'infection et l'apparition d'une stérilité.

La première consultation

Le médecin recherche des signes d'infection (fièvre, douleur, pertes sales, voire nauséabondes).

Il doit prendre la température de la patiente.

L'examen au spéculum avec inspection du col doit rechercher les signes d'infection.

Il fait des prélèvements bactériologiques en n'oubliant pas les *Chlamydia*.

Il retire le stérilet et l'adresse dans un flacon stérile au laboratoire d'analyse pour recherche bactériologique.

En attendant les résultats, il instaure une antibiothérapie à large spectre. Le traitement sera ajusté au vu des résultats.

Il prescrit un bilan : une numération formule sanguine, une CRP, un dosage des β hCG si besoin et une échographie pelvienne par voie endovaginale dans certains cas (masse pelvienne ou suspicion d'abcès pelvien).

S'il n'arrive pas à enlever le stérilet, il adresse la patiente dans un service spécialisé.

Il faut l'informer qu'elle n'a plus de contraception et qu'elle doit utiliser des préservatifs.

Il est impératif de pratiquer un examen de contrôle à la fin du traitement et il sera alors institué une nouvelle contraception.

En l'absence de contre-indications, il faudra privilégier une pilule.

Le point de vue du gynécologue

L'infection génitale haute est une complication relativement fréquente chez la femme porteuse d'un stérilet (3 % des cas) et concerne préférentiellement des

femmes jeunes (< 25 ans) ou ayant des rapports sexuels fréquents ou des partenaires multiples. L'infection peut avoir de graves conséquences (pelvipéritonite et stérilité). Une information claire doit par conséquent être donnée avant la pose d'un stérilet, sur ce risque, mais également sur les symptômes devant mener la patiente à consulter. L'infection peut être la conséquence de l'inflammation endométriale chronique que crée le dispositif intra-utérin (DIU), de microtraumatismes, de l'augmentation de la durée des règles ou être liée à la présence du fil de retrait qui rompt la barrière antiseptique cervicale.

L'infection génitale haute impose dans l'immense majorité des cas l'ablation en urgence du dispositif intra-utérin.

Le diagnostic

Penser aux diagnostics différentiels

- **L'appendicite aiguë** dans sa forme classique ne pose en général pas de problème de diagnostic différentiel. Dans sa forme pelvienne, elle peut simuler une salpingite aiguë droite.
- **La pyélonéphrite aiguë** peut s'associer à des signes génitaux (leucorrhée et douleurs à la mobilisation utérine). Il ne faudra pas confondre une lombalgie droite et la douleur de l'hypochondre droit de la périhépatite à *Chlamydia* (syndrome de Fitz-Hugh et Curtis). La fièvre « en clocher » et l'existence d'une pyurie à la bandelette orienteront rapidement le diagnostic.
- **La sigmoïdite aiguë** et l'abcès sigmoïdien associent fièvre, douleur iliaque gauche et troubles du transit. La palpation recherchera une « corde colique » algique, une masse pelvienne gauche ou du cul-de-sac de Douglas. Le diagnostic différentiel peut être très difficile à faire.

Confirmer l'infection génitale haute

- **L'endométrite** est le premier stade de l'infection. Le diagnostic est essentiellement clinique et les signes parfois discrets. L'association d'algies ou de pesanteur pelviennes, d'une fébricule, de métrorragie parfois minimes (souvent absentes) ou de leucorrhées malodorantes est évocatrice et doit faire rechercher des signes associés (glaise sale, douleur à la mobilisation utérine).
- **La salpingite aiguë** sera évoquée devant une fièvre plus marquée, des frissons, une douleur latéralisée, des signes d'irritation péritonéale discrets (nausées, ballonnements, constipation). Il faudra alors rechercher une défense abdominale, un empatement latéro-utérin sensible.
- **L'abcès annexiel et la pelvipéritonite** constituent les stades ultimes de l'infection locale. Le tableau septique est prédominant ainsi que les signes péritonéaux. La patiente peut rapporter des épisodes de leucorrhées d'apparition brutale dus à la vidange intra-utérine d'un pyosalpinx. La palpation du cul-de-sac de Douglas est hyperalgique, les abcédations tubaires ou ovariennes la plupart du temps palpables.

Le bilan complémentaire de base comprendra : un numération formule sanguine, un dosage des β hCG et de la protéine C réactive (CRP), une échographie pelvienne par voie endovaginale. Selon le degré de gravité suspecté on pourra également demander : un bilan préopératoire, un avis chirurgical en milieu spécialisé.

L'enquête bactériologique est primordiale mais parfois décevante : prélèvement du cul-de-sac vaginal postérieur, de l'endocol de l'urètre (*Chlamydia*), mise en culture du stérilet, hémocultures. Recherches de germes banals, aéro- et anaérobies, recherches spécifiques (*Chlamydia*, mycoplasme, gonocoque).

Traiter ou orienter la patiente

Tableau d'endométrite débutante

- Hospitalisation non obligatoire.
- Prélèvements bactériologiques locaux.
- Retrait du DIU et mise en culture.
- Antibiothérapie par voie orale :
 - amoxicilline + acide clavulanique 2 g/24 h,
 - ± ofloxacine 400 mg/24 h (*Chlamydia*, mycoplasmes),
 - les modalités et la durée du traitement seront à adapter selon le germe causal.

Dans les autres cas

- L'orientation de la patiente en milieu spécialisé est indispensable.
- Les prélèvements locaux peuvent être effectués au cabinet.
- L'ablation du stérilet et sa mise en culture sont indispensables.
- Le traitement antibiotique ne sera débuté qu'en milieu hospitalier, après éventuels prélèvements coelioscopiques.

► **Mots clés** : stérilet ; endométrite ; algies pelviennes.

Références

Marret H, Golfier F, Vollerin F, Legoaziou MF, Raudrant D. DIU en médecine générale Études de 300 cas. *J Gyn Obst Biol Reprod*, 2002, 31:465-70.
whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_FRH_FPP_97.32_fre.pdf

Question 60

Elle a un diabète et veut une contraception

La demande

« Docteur je ne veux pas d'enfant pour le moment, en plus vous savez avec mon diabète... »

Le préliminaire

Toute patiente diabétique doit et peut avoir une contraception efficace.

Le diabète de type 2 contre-indique les œstroprogestatifs.

Elle doit être prévenue de l'obligation d'informer son médecin de tout désir de grossesse, car il sera nécessaire de revoir son traitement avant celle-ci.

La première consultation

Le médecin devra s'enquérir du bon suivi de ce diabète (traitement en cours, bilan biologique, bilan ophtalmologique et bilan cardio-vasculaire, régime, etc.).

Il est primordial de faire un examen clinique (*cf.* Question 1) et de l'adapter à son diabète.

À la suite de cet examen, le médecin proposera à la patiente la contraception la plus appropriée à son type de diabète.

Il est possible d'utiliser les microprogestatifs, les stérilets et les progestatifs sous forme d'implant (ne pas oublier les préservatifs qui peuvent parfois être proposés).

Les œstroprogestatifs seront réservés à la patiente jeune et dont le diabète est sans complication et bien équilibré. Il est important d'avoir une contraception fiable et bien tolérée chez une patiente diabétique.

Il faut informer la patiente des avantages et des inconvénients de chacune de ces contraceptions.

Il est impératif de revoir cette patiente trois mois après cette première consultation pour s'assurer de la bonne tolérance biologique et clinique de la contraception.

Le point de vue du gynécologue

La contraception d'une diabétique doit être **efficace** (toute grossesse doit être programmée) et ne doit **pas aggraver le pronostic vasculaire**.

Les œstroprogestatifs induisent une augmentation de l'insulinorésistance ; ils sont donc formellement contre-indiqués en cas de diabète de type 2. Ils augmentent le risque thrombotique, et ne conviennent à la femme diabétique de type 1 qu'en l'absence de tout facteur de risque cardio-vasculaire, en particulier tabagisme.

Les pregnancies et norpregnances ne semblent pas poser de problème. Les progestatifs dérivés des androgènes sont contre-indiqués.

La prescription d'une contraception ne peut se faire qu'après un bilan complet, gynécologique (contre-indications habituelles des contraceptions) et diabétologique (équilibre, évaluation d'éventuelles micro- et/ou macroangiopathies).

Diabète de type 1

On peut proposer, selon la période de la vie génitale et l'évolution du diabète, les contraceptions suivantes.

Les macroprogestatifs (solution pragmatique mais hors AMM)

- Contre-indication ou précaution d'emploi : antécédents de thrombose veineuse ou artérielle.
- Indiqués : *Lutéran* 10 mg/j, *Lutényl* 1 cp/j, *Surgestone* 500 mg/j, *Androcur* (ex : 1/j et œstrogène naturel) au minimum 20 j/28 j.
- La formulation sera : « Vingt jours arrêt huit jours, le premier mois débiter au sixième jour des règles ». Ne pas arrêter en cas d'aménorrhée.

Dispositif intra-utérin (DIU) (cuivre ou lévonorgestrel)

- Il n'existe en fait pas plus de risque infectieux chez la femme diabétique que chez la non-diabétique.
- De préférence chez la multipare, également possible chez la nullipare (mais la pose en est techniquement difficile et aura lieu en milieu spécialisé).

Œstroprogestatifs (15 à 30 µg)

- Contre-indications habituelles.
- Contre-indications spécifiques :
 - tabagisme important ;
 - après 40 ans ;
 - triglycémie > 1,50 g/l ;
 - TA > 135/85 ;
 - néphropathie (clairance < 30 ml/mn) ;
 - rétinopathie proliférante sévère ou compliquée (la rétinopathie simple n'est pas une contre-indication).

Implant progestatif (*Implanon*)

Efficacité majeure, la pose nécessite de l'expérience.

Microprogestatifs

La meilleure efficacité contraceptive est assurée par celui au désogestrel (*Cérazette*).

Contraception locale

La contraception locale, dont le préservatif, est à éviter, car d'efficacité insuffisante. En revanche le préservatif est conseillé devant des rapports sexuels à risque, associé à la contraception.

L'utilisation de *Norlevo* en contraception d'urgence est possible.

Diabète de type 2

Les œstroprogestatifs sont formellement contre-indiqués.

On peut utiliser par ordre d'intérêt, chez cette femme souvent multipare, âgée (diabète tardif), qui a en général des facteurs de risque cardio-vasculaires :

- les macroprogestatifs (voir plus haut), ou le DIU, de préférence à la progestérone (terrain de surpoids et d'hyperœstrogénie) ;
- les microprogestatifs (*Cérazette*) ou implants progestatifs (mêmes conseils que dans le type 1) ;
- la ligature de trompes est recevable devant une contre-indication à la grossesse ou face à un problème majeur de tolérance des contraceptions ci-dessus.

► **Mots clés** : contraception ; diabète ; œstroprogestatif ; progestatif ; stérilet.

Références

Lassman-Vague V, Basdevant A, Cathelineau G *et al.* Grossesse et contraception chez la femme diabétique. Diabète gestationnel. Recommandations de l'Alfediam, disponibles sur le site www.alfediam.org
 Serfaty D. *Contraception* (Abrégé de Médecine). Paris, Masson, 2002.

Question 61

Elle veut une contraception et a un trouble du bilan lipidique

La demande

« Docteur je ne veux pas d'enfant pour le moment, en plus vous savez avec mon cholestérol... »

Le préliminaire

Le risque majeur de la contraception œstroprogestative est la majoration du risque cardio-vasculaire, particulièrement en association avec des troubles lipidiques.

La première consultation

Le médecin contrôle le suivi de cette dyslipidémie (traitement en cours, bilan biologique, régime, etc.).

Il est primordial de faire un examen clinique (cf. Question 1).

À la suite de cet examen, le médecin propose à la patiente la contraception la plus appropriée, en insistant sur le nécessaire suivi de la dyslipidémie.

Suivant les résultats biologiques, il est possible d'utiliser les microprogestatifs, les stérilets et les progestatifs sous forme d'implant (ne pas oublier les préservatifs qui peuvent parfois être proposés).

Il faut informer la patiente des avantages et des inconvénients de chacun de ces modes de contraception.

Il est impératif de revoir cette patiente trois mois après cette première consultation pour s'assurer de la bonne tolérance biologique et clinique de la contraception par rapport à son traitement.

Le point de vue du gynécologue

La première consultation

Elle permet de faire le point sur la prise en charge de l'hyperlipidémie : l'enquête familiale, le choix du traitement, l'équilibre lipidique.

Par ailleurs elle permet une évaluation globale de la patiente : compliance aux règles hygiéno-diététiques, tabagisme, coexistence d'autres facteurs de risques vasculaires, compliance aux traitements médicamenteux prescrits et au suivi biologique.

La pratique systématique d'un examen clinique complet est nécessaire (poids, taille, pression artérielle, auscultation cardiaque et pulmonaire, aires ganglionnaires, palpation de la thyroïde, examen des seins, palpation de l'abdomen, inspection de la vulve, examen au spéculum avec inspection du col, frottis cervical (si pas de frottis depuis deux ans) et enfin toucher vaginal et palpation mammaire).

Interactions entre les contraceptifs oraux et l'équilibre lipidique

La prise d'œstrogènes modifie favorablement le profil lipidique en induisant une élévation du HDL-cholestérol, une diminution du LDL-cholestérol, une augmentation des triglycérides et une baisse modérée de la lipoprotéine A. L'effet des progestatifs varie en fonction de leur androgénicité qui elle s'oppose aux effets métaboliques ou vasculaires directs des œstrogènes¹.

Les progestatifs androgéniques entraînent une diminution du HDL-cholestérol et une augmentation du LDL-cholestérol (athérogène). Cet effet néfaste n'est pas observé avec les progestatifs de troisième génération (désogestrel, gestodène, etc.).

Conseils pour la prescription d'une contraception orale

La contraception œstroprogestative n'augmente pas le risque d'athérosclérose mais celui de thrombose. La réduction des doses d'éthinylœstradiol dans les associations a permis de diminuer le risque de thrombose. Ce risque chez la femme jeune est essentiellement majoré par la coexistence d'autres facteurs de risques tels que l'hypertriglycéridémie et le tabac.

La prise d'un contraceptif oral œstroprogestatif faiblement dosé (< 50 mg d'EE) est envisageable chez la patiente âgée de moins de 35 ans hyperlipidémique (hypercholestérolémie modérée – jusqu'à 3 g/l) en l'absence d'autres facteurs de risque coronariens. Un dosage mensuel sera pratiqué dès l'introduction de la pilule et ce n'est qu'après stabilisation que les contrôles pourront être plus espacés.

Tableau 61.1

Valeurs seuil des différents lipides (pour la prescription de contraception œstroprogestative).

LIPIDES	Valeurs seuil
Cholestérol total	< 5,10 mmol/l (2 g/l)
HDL	< 0,91 mmol/l (0,35 g/l)
LDL	< 4,14 mmol/l (1,60 g/l)
Triglycérides	< 2,3 mmol/l (2 g/l)

Le choix du contraceptif oral sera guidé par la nécessité d'un faible dosage en EE et le caractère peu androgénique du progestatif inclus dans l'association.

L'alternative en contraception orale est la prescription d'un progestatif macro-dosé peu androgénique vingt jours par cycle.

Le choix du progestatif reste large avec de préférence les dérivés du pregnane, ceux du norpregnane, et ceux de la spironolactone.

La coexistence d'une dyslipidémie avec un autre facteur de risque vasculaire tel que tabac ou hypertension artérielle (HTA) doit faire proscrire les œstroprogestatifs

¹Plusieurs études, en particulier chez le singe, ont montré un effet protecteur des œstrogènes sur la paroi vasculaire indépendamment du profil lipidique.

comme contraception au profit des microprogestatifs (comprimés ou implant) ou d'une contraception mécanique.

le respect des règles hygiéno-diététique (régime pauvre en graisses saturées, activités sportives, etc.).

Rythmicité des bilans biologiques

En l'absence d'hyperlipidémie les recommandations usuelles sont de pratiquer un premier bilan comportant une glycémie à jeun une cholestérolémie totale et une triglycéridémie, ce bilan étant renouvelé trois à six mois après le début de la prescription initiale du contraceptif oral puis tous les cinq ans si ces examens sont normaux et en l'absence de faits cliniques personnels ou familiaux nouveaux.

Lorsqu'il existe un antécédent familial d'hyperlipidémie, les recommandations ne changent pas. Seule l'hypertriglycéridémie familiale majeure constitue une contre-indication absolue à l'emploi des associations œstroprogestatives.

► **Mots clés** : contraception ; œstroprogestatif ; cholestérol ; triglycérides ; stérilet ; progestatif.

Références

Jamin C. *Contracept Fertil Sex*, 1998, 26 : 331-7.

Serfaty D. *Contraception* (Abrégé de Médecine). Paris, Masson, 2002.

Rozenbaum H. *La femme de 40 ans*. Paris, Eska, 2001.

Rozenbaum H. *Les progestatifs*. Paris, Eska, 2001.

www.anaes.fr : Recommandations pour les modalités de dépistage des dyslipidémies.

Question 62

Elle veut une contraception et elle est hypertendue

La demande

« Docteur je ne veux pas d'enfant pour le moment, en plus vous savez avec ma tension... »

Le préliminaire

Une patiente hypertendue traitée peut avoir une contraception adaptée.

Toute hypertendue traitée doit informer son médecin de son désir de grossesse pour modifier son traitement.

Par contre, si l'hypertension apparaît sous œstroprogestatif, il faut modifier la contraception avant de mettre en place le traitement antihypertenseur.

La première consultation

Chez la femme hypertendue traitée, le médecin contrôle l'équilibre de sa pression artérielle (traitement en cours, bilan biologique, cardio-vasculaire, diététique, etc.).

Il est primordial de faire un examen clinique (cf. Question 1).

À la suite de cet examen minutieux, le médecin propose à la patiente la contraception la plus appropriée.

Il est possible d'utiliser certains œstroprogestatifs, plutôt chez la femme jeune les microprogestatifs, les stérilets et les progestatifs sous forme d'implant (ne pas oublier les préservatifs qui peuvent parfois être proposés).

Il faut informer la patiente des avantages et des inconvénients de chacun de ces modes de contraception.

Il est impératif de revoir cette patiente trois mois après cette première consultation pour s'assurer de la bonne tolérance biologique et clinique de la contraception.

Lui dire de contacter son médecin en cas de symptômes inhabituels.

Si l'hypertension est découverte à l'occasion d'un examen systématique chez une patiente prenant des œstroprogestatifs, il modifie la contraception.

Il revisite la patiente pour contrôle avant de la traiter.

Le point de vue du gynécologue

La prévalence de l'hypertension artérielle oscille entre 2 et 5 % chez les femmes en période d'activité génitale. Les risques maternels et fœtaux encourus au cours des grossesses chez les patientes hypertendues imposent que la contraception soit efficace en l'absence de désir de grossesse. Il faut différencier les patientes hypertendues souhaitant une contraception de celles chez qui la contraception orale élève anormalement les chiffres tensionnels.

La première consultation

Elle permet de faire la synthèse sur le suivi de l'hypertension :

- de préciser les antécédents personnels et familiaux ;
- de vérifier qu'un bilan étiologique a été effectué ;
- d'apprécier l'équilibre tensionnel sous traitement ;
- le cas échéant d'orienter la patiente vers une consultation spécialisée de cardiologie ;
- de pratiquer un bilan glucidolipidique pour démasquer d'autres facteurs de risques vasculaires ;
- de déterminer l'existence de contre-indications absolues ou relatives à la prescription d'EP.

De manière systématique la pratique d'un examen clinique complet (toucher vaginal inclus) et d'un frottis (si pas de frottis depuis deux ans) est indispensable.

Interactions entre hypertension artérielle (HTA) et contraceptifs

Les associations œstroprogestatives

Une élévation moyenne de la TA systolique de 5 à 7 mmHg et de 1 à 2 mmHg de la TA diastolique sous association œstroprogestative est communément admise. L'influence délétère des associations œstroprogestatives sur la tension artérielle est essentiellement liée à l'action des œstrogènes de synthèse (éthinyloestradiol) par l'élévation du substrat de la rénine, de l'activité rénine plasmatique, de l'angiotensine II et de l'aldostérone. Le type de progestatif contenu dans l'association a également été incriminé (dérivés de la nortestostérone principalement). Les mécanismes incriminés dans l'apparition d'une HTA ou dans l'aggravation d'une HTA préexistante sont multiples et traduisent essentiellement une prédisposition individuelle. On peut ainsi résumer en recommandant la dose la moins élevée en EE et un progestatif peu androgénique dans l'association.

Les macroprogestatifs

Leur prescription du cinquième au vingt-cinquième jour du cycle en tant que contraception est admise de tous mais se fait toujours hors AMM.

L'emploi de la progestérone naturelle n'altère pas la TA mais la progestérone naturelle est inefficace en contraception.

Les dérivés de la 19-nortestostérone élèvent la TA lorsqu'ils sont employés à forte dose. En revanche leur emploi à faible dose ne modifie pas les chiffres tensionnels.

Les dérivés du pregnane élèvent la TA lorsqu'employés à forte dose.

L'emploi des dérivés du norpregnane en revanche ne modifie pas l'équilibre tensionnel.

Les microprogestatifs *per os* ou en implant sous-cutané sont utilisables chez les patientes hypertendues sans aucune restriction. Il en va de même pour les **dispositifs intra-utérins (DIU) progestatifs**.

Recommandations de prescription

Les antécédents familiaux d'HTA, d'accidents vasculaires (cérébraux ou coronariens) ne sont pas des contre-indications formelles mais doivent, lors de la prescription d'associations œstroprogestative, amener à pratiquer une surveillance clinique et biologique étroite.

L'emploi d'associations œstroprogestatives est à proscrire dans **le post-partum** chez les femmes ayant présenté une hypertension gravidique. Après un bilan réalisé à trois mois de l'accouchement, les modalités de la prescription contraceptive pourront être établies.

Les antécédents personnels d'accidents vasculaires, d'accident coronarien constituent des contre-indications absolues. Le tabagisme associé à l'HTA même modérée doit faire récuser la patiente pour la prescription de minipilules. L'existence d'une cardiopathie valvulaire ou d'une insuffisance cardiaque modérée constituent des contre-indications relatives.

Lorsque l'hypertension artérielle est apparue sous traitement, la normalisation des chiffres tensionnels durant une fenêtre thérapeutique permet d'incriminer la pilule. Dans un premier temps, en l'absence de facteurs de risques associés, on pourra retenter en instaurant une association moins dosée en éthinyloestradiol voire en changeant le progestatif associé. En cas d'échec une contraception macroprogestative constituera une alternative satisfaisante. L'élévation des chiffres tensionnels liée au traitement est rare.

Hypertension préexistante

Chez la patiente de moins de 35 ans dont l'hypertension artérielle est bien contrôlée et qui n'a pas d'autres facteurs de risque cardio-vasculaires on peut envisager sereinement la prescription d'une pilule œstroprogestative (< 50 mg d'EE). La surveillance régulière des chiffres tensionnels sous traitement devra être effectuée au moins deux fois par an. Il est impératif de revoir cette patiente trois mois après cette première consultation pour s'assurer de la bonne tolérance biologique et clinique de la contraception.

Lui dire de contacter son médecin en cas de symptômes inhabituels, notamment toute céphalée pulsatile aiguë (hémorragie méningée).

Les contraceptifs injectables combinés sont à proscrire compte tenu de leur action délétère sur l'équilibre tensionnel.

La patiente hypertendue de plus de 35 ans, et/ou obèse, et/ou diabétique se verra refuser la prescription de contraceptifs œstroprogestatifs.

Hypertension sévère

Toute HTA nécessitant une bithérapie même si elle est équilibrée doit amener à proscrire toute contraception orale autre que par progestatifs microdosés.

Il en va de même pour les injections de progestatifs retard.

Le choix d'un stérilet, d'un implant microprogestatif d'une contraception mécanique ou le cas échéant d'une stérilisation tubaire lorsqu'elle est demandée par la patiente constituent les principales alternatives. La réussite de la contraception choisie est une obligation compte tenu des risques attendus, fœtaux et maternels, en cas de grossesse.

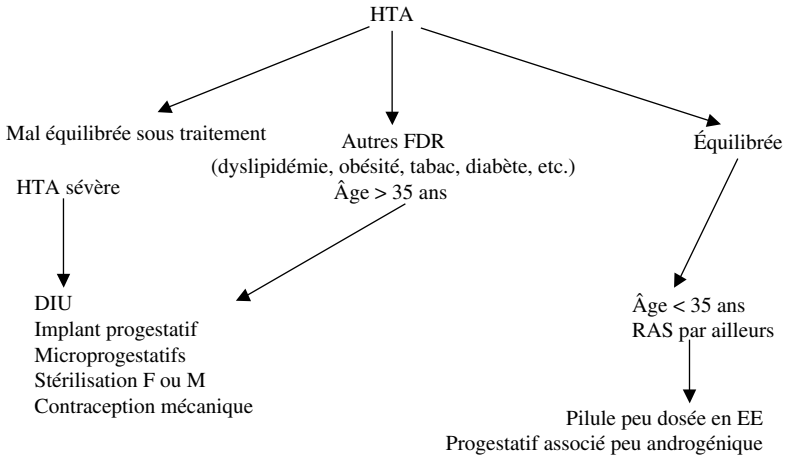


Fig. 62.1
Hypertension artérielle et contraception : arbre de décision.

► **Mots clés** : contraception ; œstroprogestatif ; HTA ; progestatif ; cholestérol ; tabac.

Références

Rozenbaum H. La tension artérielle. In : *Les progestatifs* (pp. 152-60). Paris, Eska, 2001.
Serfaty D. *Contraception* (Abrégé de Médecine). Paris, Masson, 2002.

Question 63

Elle veut une contraception et a une épilepsie

La demande

« Docteur je ne veux pas d'enfant pour le moment ; en plus vous savez, avec mon épilepsie... »

Le préliminaire

Il doit informer la patiente sans l'inquiéter, en lui précisant les risques de diminution d'efficacité liés au traitement et/ou à la mauvaise observance.

La première consultation

Le médecin contrôle le suivi de cette épilepsie – traitement en cours, bilan biologique, bilan neurologique, hygiène de vie (alcool, sommeil), etc.

Il fait un examen clinique (cf. Question 1).

À la suite de cet examen, le médecin propose à la patiente la contraception la plus appropriée.

Il est possible d'utiliser certains œstroprogestatifs fortement dosés, le stérilet et les progestatifs sous forme d'implant (ne pas oublier les préservatifs qui peuvent parfois être proposés).

Il faut informer la patiente des avantages et des inconvénients de chacun de ces modes de contraception.

Il est impératif de revoir cette patiente trois mois après cette première consultation pour s'assurer de la bonne tolérance biologique et clinique de la contraception.

Le point de vue du gynécologue

L'épilepsie est une pathologie neurologique fréquente avec 400 000 patients traités en France. La prise en charge de ces patients repose principalement sur la prescription de traitements antiépileptiques. La prescription d'une contraception efficace chez une patiente épileptique en période d'activité génitale impose une connaissance des propriétés pharmacologiques des différents antiépileptiques. Le seuil épileptogène peut être abaissé par la prise d'une contraception œstroprogestative et l'efficacité des pilules œstroprogestatives remise en cause lorsque l'antiépileptique est inducteur enzymatique.

La première consultation

Elle permet de faire le point sur la prise en charge de l'épilepsie de la patiente, de vérifier la qualité du suivi médical, l'efficacité du traitement et la bonne compliance de la patiente au traitement. Un avis spécialisé auprès du neurologue est souvent nécessaire avant de modifier le traitement. Les risques malformatifs liés à l'emploi des antiépileptiques imposent l'efficacité comme critère principal de choix d'une méthode contraceptive.

Interactions entre contraceptifs oraux et antiépileptiques

L'efficacité des pilules œstroprogestatives minidosées est fortement remise en question chez les patientes sous antiépileptiques inducteurs enzymatiques. La plupart des molécules utilisées ont été retranscrites dans les [tableaux 63.1 et 63.2](#).

Tableau 63.1
Antiépileptiques conventionnels.

Classe	DCI	Nom de spécialité	Spectre	Altère l'efficacité des œstroprogestatifs
Barbituriques	Phénobarbital	<i>Gardénil</i>	Tous types d'épilepsie sauf absence petit mal et épilepsies myocloniques	Oui
	Phénobarbital caféine	<i>Alepsal Kaneuron</i> <i>Aparoxal</i>	Tous types d'épilepsie sauf absence petit mal et épilepsies myocloniques	Oui
Primidone	Primidone	<i>Mysoline</i>	Peu utilisée (se métabolise en phénobarbital)	Oui
Valproate de sodium	Valproate de sodium	<i>Dépakine</i> <i>Chronodépakine</i>	Tous types d'épilepsie	Non
Carbamazépine	Carbamazépine	<i>Tégrétol</i>	Crises partielles et généralisées tonico-cloniques	Oui
Hydantoïne	Phénytoïne	<i>Dilantin</i> <i>Di-Hydan</i> <i>Prodilantin</i>	Tous types d'épilepsie sauf absence petit mal et épilepsies myocloniques	Oui
Benzodiazépines	Diazépam	<i>Valium</i>	État de mal et épilepsies myocloniques	Non
	Clonazépam	<i>Rivotril</i>	État de mal et épilepsies myocloniques	Non
	Clobazam	<i>Urbanyl</i>	État de mal et épilepsies myocloniques	Non
Éthosuximide	Éthosuximide	<i>Zarontin</i>	Absences petit mal	Non

Tableau 63.2
Antiépileptiques conventionnels de 2^e génération.

DCI	Nom de spécialité	Spectre	Altère l'efficacité des œstroprogestatifs
Vigabatrin	<i>Sabril</i>	Épilepsies partielles	Non
Gabapentine	<i>Neurontin</i>	Épilepsies partielles	Non
Lamotrigine	<i>Lamictal</i>	Épilepsies partielles et généralisées	Non
Tiagabine	<i>Gabitril</i>	Épilepsies partielles	Non
Topiramate	<i>Epitamax</i>	Épilepsies partielles	Oui
Felbamate	<i>Taloxa</i>	Épilepsies partielles et syndrome de Lennox-Gastaut	Oui
Oxcarbazépine	<i>Trileptal</i>	Crises partielles et généralisées tonico-cloniques	Oui

Les patientes dont le traitement n'altère pas l'efficacité des œstroprogestatifs pourront se voir prescrire tout type de contraception y compris les contraceptions orales faiblement dosées.

Pour les autres, il faudra recourir à une contraception mécanique.

De manière empirique des associations fortement dosées en éthinylœstradiol (50 γ) ou des macroprogestatifs ont été longtemps utilisées comme contraception en cas d'utilisation d'un antiépileptique inducteur enzymatique.

En l'absence de données claires sur l'efficacité contraceptive dans ce contexte, il semble judicieux d'éviter ce type d'attitude, l'objectif étant avant tout de tenter d'équilibrer l'épilepsie par un traitement non inducteur enzymatique, ce qui libère toutes les possibilités de prescription. Le cas échéant d'opter pour une contraception mécanique (préservatifs, stérilet, etc.).

L'utilisation d'un antiépileptique inducteur doit amener à proscrire les contraceptions par microprogestatifs en comprimés ou en implant, et les pilules faiblement dosées (< 30 γ).

► **Mots clés** : épilepsie ; contraception ; stérilet ; œstroprogestatif.

Références

- Al Bedat-Millet. In : *Thérapeutique pour le praticien*. FC Hugues, C Le Jeune (chap. 45, pp. 375-86). Paris, Masson, 2007.
- Danziger N, Alamowitch S. Neurologie. In : *Thérapeutique pratique* (12^e ed.) (pp. 601-17). Paris, MedLine, 2002.

Question 64

Elle veut une contraception et a un trouble de la coagulation

La demande

« Docteur je ne veux pas d'enfant pour le moment, en plus vous savez avec mes phlébites... »

Le préliminaire

Chez toute patiente, le risque thromboembolique veineux profond est majoré par la prise d'œstroprogestatifs qui sont donc habituellement contre-indiqués.

Il est encore plus important chez une patiente obèse, ou ayant des antécédents personnels thromboemboliques, ou ayant des antécédents familiaux de phlébites.

Toute patiente prenant au long cours des antivitamine K (AVK) doit être traitée par HBPM avant de débiter une grossesse.

La première consultation

Le médecin doit rechercher tous les risques de majoration d'accidents thromboemboliques.

- Il recherche une thrombophilie si cela n'a pas été fait.
- Il vérifie qu'elle a un traitement approprié si nécessaire.
- Il fait un examen clinique (cf. Question 1).
- Le médecin prescrit la contraception la plus appropriée.

Il est possible d'utiliser les microprogestatifs, les stérilets et certains progestatifs y compris sous forme d'implant (ne pas oublier les préservatifs qui peuvent parfois être proposés). Il faut informer la patiente des avantages et des inconvénients de chacun de ces modes de contraception.

Il revoit la patiente trois mois après cette première consultation pour s'assurer de la bonne tolérance biologique et clinique de la contraception.

Le point de vue du gynécologue

La prise d'œstroprogestatifs (EP) multiplie le risque thromboembolique veineux profond par 4. Ce risque (non corrélé à la durée d'administration) est fortement augmenté lorsqu'il existe une surcharge pondérale, un antécédent personnel ou familial de thrombose veineuse ou en présence d'une anomalie héréditaire de l'hémostase. Compte tenu de leur rareté et de l'hétérogénéité de leur expression il n'apparaît pas souhaitable de dépister les thrombophilies systématiquement chez toutes les femmes. L'œstrogène est le principal responsable, dose dépendant, du risque veineux par les modifications de l'hémostase. En effet par l'augmentation de la synthèse de facteurs de la coagulation tels que les facteurs VII, X et le fibrinogène il a un effet procoagulant. Le rôle du progestatif est vivement discuté, les progestatifs de troisième génération n'ayant pas fait la preuve de leur supériorité

dans la diminution du risque veineux. Les antécédents familiaux sont en revanche à prendre au sérieux, principalement s'ils concernent des apparentés du premier degré. Ils peuvent être le témoin d'une anomalie congénitale de la coagulation. Il n'existe toutefois à ce jour aucun test fiable pour prédire dans ce cas le risque de survenue d'une thrombose veineuse profonde.

Pour exemple : l'incidence du facteur V Leiden en Europe est estimée à 3-7 % pour les hétérozygotes et 0,02 % pour les homozygotes. L'existence d'une mutation du facteur V Leiden associée à la prise d'une pilule augmente de 35 fois le RR de développer une thrombose si la patiente est hétérozygote et de plus de 200 fois si la patiente est homozygote.

La première consultation

Elle permet au travers d'un interrogatoire bien mené de déterminer les patientes chez qui devra être prescrit un bilan de thrombophilie.

La recherche d'une anomalie congénitale de l'hémostase doit être effectuée chez toute patiente présentant :

- des antécédents personnels d'accident thromboembolique (spontané ou sous EP) ;
- de multiples antécédents familiaux du premier degré d'accident thromboembolique.

Il faut vérifier que le bilan des phlébites a bien été effectué et qu'un traitement approprié a été prescrit.

Il est primordial de faire un examen complet : poids, taille, pression artérielle auscultation cardiaque et pulmonaire, aires ganglionnaires, palpation de la thyroïde, examen des seins, palpation de l'abdomen, examen des membres inférieurs, inspection de la vulve, examen au spéculum avec inspection du col, frottis cervical (si pas de frottis depuis deux ans) et enfin toucher vaginal.

Les bilans

Tableau 64.1

Le bilan de thrombose.

TP TCA fibrinémie Facteurs VIII IX XI Recherche d'anticoagulants circulants, d'anticorps antiprothrombinase, anticardiolipine, antinucléaire, et antiphospholipides
Antithrombine III
Protéine C et Résistance à la protéine C activée
Protéine S
Prélèvements génétiques après accord signé : – MTHFR* – Recherche de mutation du facteur V (Leiden) – Recherche de mutation du facteur II (20210A)
Homocystéinémie

*MTHFR : méthylène-tétra-hydrofolate-réductase.

Ce bilan ne retrouve des anomalies que dans 50 % des cas environ.

Dans tous les cas un bilan glucidolipidique (dosage du cholestérol total, des triglycérides, de la glycémie à jeun) sera systématiquement associé au bilan de l'hémostase afin de ne pas méconnaître une association de facteurs de risques qui ferait opter d'emblée pour une contraception mécanique ou progestative. Si l'interrogatoire révèle des antécédents familiaux thromboemboliques alors que la patiente utilise déjà une contraception orale, l'étude de l'hémostase peut être réalisée mais l'interprétation des résultats devra tenir compte des modifications pouvant être liées au traitement (diminution protéine S et antithrombine en particulier).

Avis spécialisés

L'interprétation du bilan de thrombose doit être effectuée conjointement avec un hématologue et une information délivrée à la patiente.

Recommandations de prescription

Patiente avec antécédents personnels ou familiaux

- Les antécédents personnels de **thrombose veineuse profonde** constituent une contre-indication définitive à la prescription d'associations œstroprogestatives même faiblement dosées en éthinyloestradiol. Si une contraception hormonale doit être prescrite, préférer une pilule de type progestatif seul dépourvue d'effet sur l'antithrombine III.
- Les antécédents personnels de **thrombose artérielle**, d'AIT ou d'AVC constituent une contre-indication définitive à la prescription d'associations œstroprogestatives même faiblement dosées en éthinyloestradiol. Il sera proposé toutes les contraceptions mécaniques ou une contraception microprogestative.

Patiente avec une anomalie connue de l'hémostase

La présence d'une anomalie congénitale des facteurs de la coagulation (facteur V Leiden, déficit en antithrombine III, en protéine C et/ou S, hyperhomocystéinémie, mutation de la prothrombine G20210A) et d'anticoagulants circulants sont une contre-indication à la prescription d'un EP : contraception non hormonale.

Patiente asymptomatique avec facteurs de risques (tabac, excès pondéral)

Prescrire de préférence une pilule contenant un progestatif de deuxième génération.

Les antécédents personnels de thrombose superficielle, de varices des membres inférieurs ne sont pas des contre-indications.

Il est impératif de revoir la patiente trois mois après cette première consultation pour s'assurer de la bonne tolérance biologique et clinique de la contraception prescrite.

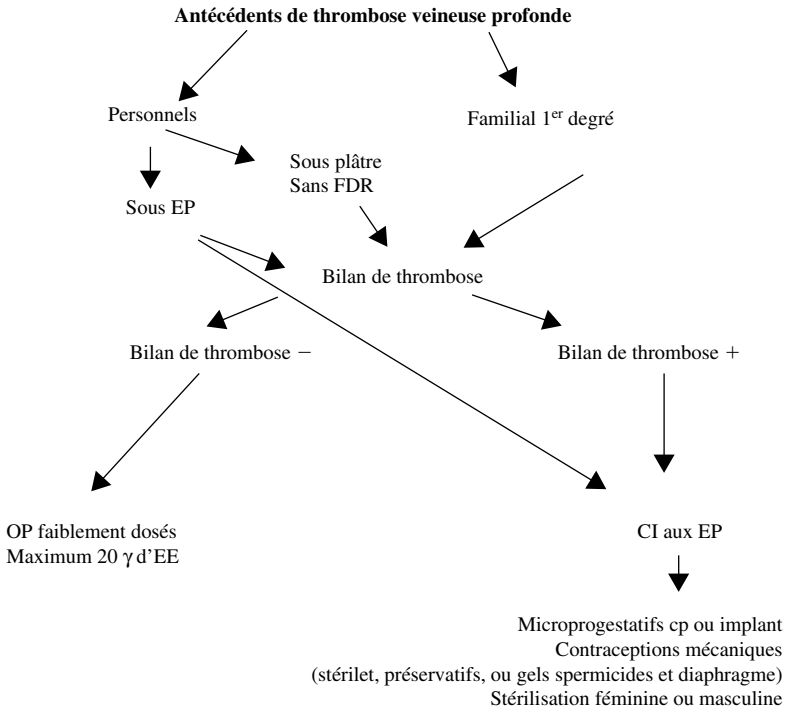


Fig. 64.1
Thrombose veineuse profonde et contraception.

► **Mots clés** : contraception ; œstrogén ; thrombophilie ; stérilet ; progestatif ; coagulation.

Références

Jamin C. *Contracept Fertil Sex*, 1998, 26 : 331-7.
 Serfaty D. *Contraception* (Abrégé de Médecine). Paris, Masson, 2002.
 Rozenbaum H. *La femme de 40 ans*. Paris, Eska, 2001.
 Rozenbaum H. *Les progestatifs*. Paris, Eska, 2001.

Question 65

Elle veut une contraception mais elle fume

La demande

« Docteur je ne veux pas d'enfant pour le moment, mais je ne peux pas encore m'arrêter de fumer, comme vous me l'avez conseillé pourtant plus d'une fois... »

Le préliminaire

L'interrogatoire doit tester la dépendance au tabac et apporter une aide au sevrage soit par le médecin généraliste soit en l'adressant à un centre antitabac.

Il doit informer la patiente en lui expliquant bien tous les risques encourus par la poursuite du tabac.

La première consultation

Il faut faire le point sur son addiction au tabac : pourquoi fume-t-elle ? Depuis combien de temps, sa consommation journalière, ce qu'elle connaît des risques de l'intoxication tabagique.

Puis il faut prendre le temps de lui préciser les dangers à court et à long terme de l'association tabac-pilule pour essayer de la motiver à arrêter.

Il est primordial de faire un examen complet : poids, taille, pression artérielle auscultation cardiaque et pulmonaire, aires ganglionnaires, palpation de la thyroïde, examen des seins, palpation de l'abdomen, examen des membres inférieurs, inspection de la vulve, examen au spéculum avec inspection du col, frottis cervical (si pas de frottis depuis deux ans) et enfin toucher vaginal.

À la suite de cet examen minutieux, le médecin propose à la patiente la contraception la plus appropriée.

Il est possible d'utiliser les microprogestatifs, les stérilets et les progestatifs sous forme d'implant (ne pas oublier les préservatifs qui peuvent parfois être proposés).

Il faut informer la patiente des avantages et des inconvénients de chacun de ces modes de contraception.

Il est impératif de revoir cette patiente trois mois après cette première consultation pour s'assurer de la bonne tolérance biologique et clinique de la contraception et tenter à nouveau de la convaincre de la nécessité du sevrage tabagique si elle n'y est pas encore parvenue.

Le point de vue du gynécologue

Le tabagisme féminin s'étant accru ces 20 dernières années, la nécessité de prescrire une contraception chez les femmes tabagiques est devenu une situation de routine qui met le praticien face au dilemme du choix de la méthode contraceptive. Choisir entre les risques liés à l'absence de contraception avec en aval les morbidités d'IVG répétées, de grossesses non désirées poursuivies dans le désarroi, et ceux d'une contraception orale potentiellement dangereuse, est délicat ce d'autant que les

contraceptions mécaniques constituent une alternative imparfaite. L'obtention du sevrage tabagique est le meilleur garant du succès puisqu'il restaure la liberté de prescription.

La première consultation

Elle permet de faire le point sur l'addiction au tabac et d'exposer les risques inhérents à la poursuite de l'intoxication tabagique.

Il est primordial de faire un examen clinique complet : poids, taille, pression artérielle auscultation cardiaque et pulmonaire, aires ganglionnaires, palpation de la thyroïde, examen des seins, palpation de l'abdomen, examen des membres inférieurs, inspection de la vulve, examen au spéculum avec inspection du col, frottis cervical (si pas de frottis depuis deux ans) et enfin toucher vaginal.

L'information

Le tabagisme potentialise les effets délétères de la pilule, augmente la formation de plaques athéromateuses, occasionne des spasmes vasculaires et favorise la thrombose. L'association pilule-tabac perturbe davantage les paramètres de la coagulation.

L'information délivrée devra avoir abordé :

- les **AVC ischémiques** (l'excès de nicotine lorsque l'on fume 20 cigarettes en soirée peut provoquer un spasme artériel, l'artère plus étroite risque de se boucher si un caillot se forme) ;
- l'**infarctus du myocarde** (même si le risque est très faible avant 35 ans) ;
- les **phlébites et embolies pulmonaires** (risque des associations œstroprogestatives).

Recommandations dans le choix de la contraception

(fig. 65.1)

L'acceptation de la prescription doit être un contrat ou la prise de risque est évaluée et acceptée bilatéralement par la patiente et le médecin.

Le **tabac** constitue le principal facteur de risque d'accident cardiaque ou cérébral, et il faut en premier lieu tenter le sevrage. Chez les fumeuses, les spottings sous contraceptif oral sont plus fréquents lorsque la consommation excède quinze cigarettes par jour.

La pilule œstroprogestative

La réduction de la dose d'EE dans les associations, l'utilisation de progestatifs peu androgéniques (deuxième ou troisième génération) et la sélection des patientes en fonction des autres facteurs de risque vasculaires (cholestérol, hypertension artérielle [HTA], diabète, etc.) associées à la limitation de l'âge de prescription à 35 ans, ont permis de diminuer de plus de 80 % les accidents cardio-vasculaires. Fumer plus de dix cigarettes par jour après 35 ans ne permet pas l'utilisation de pilule œstroprogestative.

Les progestatifs normodosés

Prescrits à raison de vingt jours par cycle ils inhibent l'ovulation avec une efficacité équivalente aux associations œstroprogestatives. Aucun n'a l'AMM dans l'indication contraceptive en France hormis le *Désogestrel* à la dose de 75 µg/jour en continu. Ils constituent une bonne alternative chez la fumeuse de plus de

35 ans et en pérимénopause. Leur inconvénient principal est les saignements sous traitement (30 à 40 %) par atrophie endométriale.

Les microprogestatifs (implant ou comprimés)

L'*Implanon* est un bon choix chez la fumeuse avec une efficacité sur trois ans équivalente à celle d'une association œstroprogestative. La principale limite est l'imprévisibilité du profil des saignements.

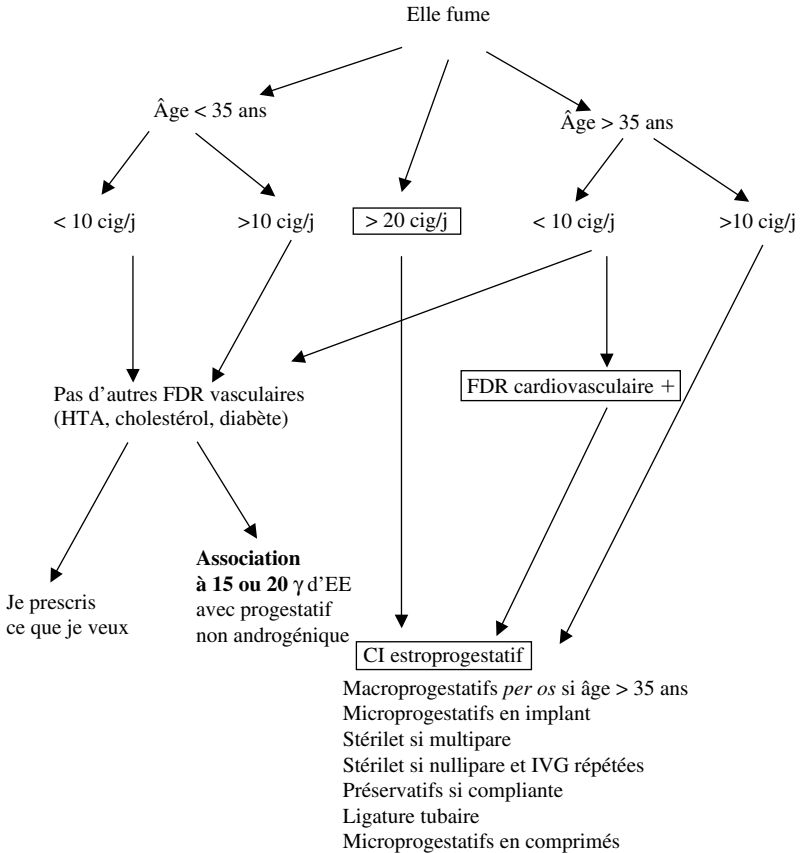


Fig. 65.1
Tabac et contraception orale.

Les contraceptions mécaniques

Les préservatifs et le stérilet sont les méthodes les plus prescrites.

Les spermicides, le diaphragme sont peu utilisés en France compte tenu des contraintes liées à leur emploi mais peuvent être proposés aux femmes qui ont peu de rapports sexuels ; l'association des deux est assortie d'une meilleure efficacité.

La stérilisation féminine

Elle doit être proposée en dernier recours compte tenu de son irréversibilité. Un délai légal de quatre mois de réflexion doit être observé.

Dans tous les cas

Il est impératif de revoir la patiente trois mois après cette première consultation pour s'assurer de la bonne tolérance biologique et clinique de la contraception et tenter à nouveau de la convaincre de la nécessité du sevrage tabagique si elle n'y est pas encore parvenue.

► **Mots clés** : contraception ; œstroprogestatif ; tabac ; progestatif ; cholestérol ; accident vasculaire cérébral.

Références

- Serfaty D. *Contraception* (Abrégé de Médecine). Paris, Masson, 2002.
Rozenbaum H. *La femme de 40 ans*. Paris, Eska, 2001.
Rozenbaum H. *Les progestatifs*. Paris, Eska, 2001.

Question 66

Elle veut une ligature de trompe ou une déligature, que conseillez-vous ?

La demande de ligature

« Docteur, j'en ai assez de la pilule et je n'aime pas le stérilet. Je veux une ligature ».

Le préliminaire

Depuis juillet 2001, la stérilisation tubaire et la vasectomie à visée contraceptive est autorisée par la loi sous certaines conditions.

La première consultation

À l'interrogatoire, le médecin doit vérifier que le couple a bien compris qu'il s'agit de techniques difficilement réversibles.

Dans la mesure du possible, il estime la pérennité et la stabilité psychologique du couple.

Il examine la patiente (cf. Question 1) et prescrit ou prolonge une contraception efficace jusqu'à la date de l'intervention.

Il lui cite les techniques employées avant de l'adresser au spécialiste qui choisira la plus appropriée à la patiente, après leur avoir expliqué l'intérêt et l'obligation d'un délai de réflexion.

Il lui explique les complications éventuelles des procédures.

Demande de déligature

« Docteur, mon nouveau conjoint veut un enfant. Peut-on me retirer mes anneaux ? »

Préliminaire

En fonction des techniques employées pour la stérilisation (ligature simple, anneaux, ligatures sections), il sera plus ou moins possible de restaurer la fonction tubaire.

La première consultation

L'interrogatoire doit s'assurer au tant que possible de la réalité du désir de grossesse de ce couple. Il vérifie l'absence de contre-indications à la grossesse.

Il est nécessaire de faire un examen clinique (cf. Question 1).

N'ayant constaté aucune anomalie, il va informer la patiente que les possibilités sont différentes en fonction du type de stérilisation qu'elle a eu.

Il leur explique que le rendez-vous chez le spécialiste se fera dans un délai au minimum de deux mois pour leur laisser le temps de la réflexion.

Il leur prescrit un spermogramme pour l'homme et un dosage de FSH et œstradiol pour la femme, ainsi qu'une échographie pelvienne. Ce afin de vérifier qu'une grossesse est possible.

Si le spécialiste auquel il l'adresse, n'a pas de possibilité de restaurer la fonction tubaire, il pourra lui proposer une fécondation *in vitro* selon son âge.

Le point de vue du gynécologue

La ligature tubaire

La ligature tubaire est une méthode contraceptive fréquente et largement utilisée dans le monde, 90 millions de patientes dans le monde y ont eu recours. 30 000 cas sont réalisés par an en France et cela concerne 12 % de la population. Depuis l'article de loi n° 20 L.2123-1 et 2 de juillet 2001, **la stérilisation tubaire et la vasectomie à visée contraceptive sont autorisées** sur toute personne majeure non handicapée en exprimant la volonté libre, motivée et délibérée.

Les conditions

Une information claire et complète sur les conséquences et risques médicaux avec remise d'un dossier papier et obtention d'un consentement écrit reste impérative.

Un délai de réflexion de quatre mois est souhaitable.

Le juge des tutelles est amené à prendre la décision pour toute personne sous tutelle ou curatelle.

Il ne peut être passé outre au refus de la personne.

Au préalable

Devant une patiente qui formule une telle demande :

- il convient de voir le couple lors d'une première consultation ;
- il n'y a pas d'urgence et il est souhaitable de respecter les délais ; néanmoins, il peut y avoir un réel problème de contraception et il faut le pallier.

Le premier examen est clinique ; les renseignements nécessaires sont les suivants : l'âge des demandeurs, leurs antécédents personnels comportant les différentes grossesses, avec leur issue, l'existence d'IVG, le nombre d'enfants à charge, les différents moyens de contraception utilisés par le couple par ordre chronologique et les complications survenues, les antécédents chirurgicaux abdominaux ou pelviens, le motif de la demande.

L'examen gynécologique vérifiera l'absence de pathologie vulvaire, vaginale, cervicale, utérine et pelvienne. Il réalisera le frottis si besoin.

L'examen général fera le point sur toute autre pathologie susceptible d'influencer le choix.

Enfin le contexte psychologique et la stabilité du couple seront appréciés. En effet le taux de regrets de cette méthode est de 10 %, le taux de divorce de 30 à 50 %.

Une première information peut être donnée à la patiente par le généraliste concernant l'intervention chirurgicale. Le chirurgien la préviendra des risques

d'échec (< 1 %), du caractère définitif, et des risques opératoires. Un livret d'information avec demande de consentement sera remis à la patiente.

Il est indispensable de vérifier que la patiente n'est pas enceinte lors de la ligature; il faut, en attendant l'intervention, lui proposer une contraception fiable.

La vasectomie nécessite un spermogramme avant et trois mois après sa réalisation.

Les moyens

Actuellement il y a nécessité d'anesthésie générale ou locorégionale pour la réalisation de coelioscopie ou de laparotomie ou de chirurgie par voie basse. Les risques opératoires sont de 0,5 % à 1 ‰ et les risques d'échec de 0,5 % à 18 ‰ selon la méthode réalisée. La méthode la plus utilisée de par sa meilleure réversibilité et sa simplicité est la pose de clips de Hulka ou de Filshie. La plus fiable est la ligature-résection.

Récemment est apparue une technique de stérilisation par pose sous hystérocopie d'implants obstruant les trompes (Essure). Une anesthésie locale ou une simple antalgie peut être suffisante. Elle nécessite une bonne perméabilité tubaire, les implants obstruant la trompe par l'intérieur. Leur efficacité n'est pas immédiate, il faut trois mois de délai pour que la trompe s'incruste au sein de l'implant et s'obstrue, un contrôle par abdomen sans préparation ou échographie à trois mois est nécessaire, sous couvert d'une contraception active jusqu'à cette date. Moins invasive, cette technique devient de plus en plus fréquente et recommandée en première intention pour les femmes de plus de 40 ans. Il y a 5 % environ d'échec de pose conduisant à une alternative de stérilisation et moins de 1 ‰ de cas de complication.

Malgré la nouvelle loi, la patiente doit être prévenue que le chirurgien bien souvent respectera certains critères. Il semble justifié d'accéder à sa demande lors de contre-indications aux autres méthodes contraceptives, pour un âge > 30-35 ans, si elle a deux ou trois enfants de sexes différents, un couple stable, et en dehors du post-partum et du post-IVG qui ne sont pas de très bons moments.

Demande de déligature

Les conditions

Une information claire et complète sur les conséquences et risques médicaux avec remise d'un dossier papier et obtention d'un consentement écrit reste impérative.

Un délai de réflexion de deux à quatre mois est souhaitable.

Devant une patiente qui formule une telle demande :

- il convient de voir le couple lors d'une première consultation ;
- il n'y a pas d'urgence et il est souhaitable de respecter les délais ;
- toutes les demandes ne sont pas recevables ;
- il est utile de recueillir les circonstances précises de la ligature : date, moyen (coelioscopie ou autre), méthode (clip, résection, coagulation, anneaux, etc.), motif de la stérilisation. Il est souhaitable de récupérer le compte rendu opératoire. Il faut évaluer les motivations du couple ;

- l'examen gynécologique vérifiera l'absence de pathologie vulvaire, vaginale, cervicale, utérine et pelvienne. Le frottis sera réalisé si nécessaire ;
- si la ligature est simple, la déligature est plus compliquée, nécessitant de la microchirurgie quelle que soit la voie d'abord. Elle impose une anesthésie générale et une coelioscopie ou une laparotomie. Dans de bonnes conditions les résultats oscillent entre 50 et 70 % de grossesse intra-utérine pour de 3 à 6 % de grossesse extra-utérine (GEU).

Bilan prédéligature

La déligature doit être réalisable, il faut donc vérifier :

- l'âge de la patiente : après 45 ans la probabilité de grossesse spontanée est très faible ;
- le taux de FSH qui apprécie la réserve ovarienne et qui doit être < 10-13 U selon la norme du laboratoire ; un dosage d'hormone antimüllérienne peut être souhaitable ;
- le spermogramme du conjoint ;
- l'hystérosalpingographie est nécessaire en l'absence de compte rendu opératoire ;
- vérifier qu'une grossesse n'est pas contre-indiquée.

La patiente sera adressée au spécialiste avec ces résultats.

Dans cette situation, il faut également que la patiente ait reçu une information précise concernant les chances de succès et les risques opératoires. Elle doit pouvoir en faire la preuve. Un avis psychologique est parfois nécessaire. Avant 43 ans il faut mettre en balance les avantages et les inconvénients de la méthode face aux résultats de la FIV.

La reperméabilisation des déférents obéit aux mêmes principes. Néanmoins la pratique croissante de l'Essure va réduire le nombre des reperméabilisations tubaires, cette technique étant à ce jour définitivement irréversible.

► **Mots clés** : ligature tubaire ; trompe ; déligature ; reperméabilisation ; déférent ; vasectomie.

Références

www.crhc.umontreal.ca/hscm/gyneco/essure.html

www.reproline.jhu.edu/french/6read/6issues/network/v18-1/nt1813.htm : Stérilisation masculine et féminine 1997

www.gyneweb.fr/sources/congres/jta/96/delig.htm : La reperméabilisation tubaire coelioscopique

www.med.univ-tours.fr/fmc/pages/JS2002/JS2002lansac.html : La stérilisation légalisée

Question 67

Elle est enceinte et veut abandonner son enfant, que conseiller ?

La demande

« Docteur, je ne veux pas d'IVG, mais je veux qu'il soit élevé par un autre couple. »

Le préliminaire

Il faut s'assurer de la réalité de cette demande.

Le médecin accompagnera sa patiente, en gardant sa neutralité, quelles que soient ses propres convictions.

Il convient d'assurer le suivi de cette grossesse dans le cadre d'un réseau, pour le suivi régulier médical et psychosocial qui est ici indispensable.

La législation française permet à une femme d'accoucher en conservant l'anonymat. Cette procédure, particulière à la France, met en évidence la difficulté de concilier droits de la femme et droits de l'enfant.

En mars 2001 un projet de réforme a été présenté et voté le 10 janvier 2002.

La procédure

Une femme qui souhaite accoucher de façon anonyme doit être reçue dans la maternité sans obligation de divulguer son identité. Si elle souhaite, elle peut mettre sous enveloppe cachetée (gardée ensuite par l'administration) toutes les informations qu'elle désire transmettre à l'enfant au cas où celui-ci, un jour, désirerait connaître son identité biologique.

À la naissance le nouveau-né reçoit trois prénoms. Le troisième fait office de nom jusqu'à une éventuelle adoption.

L'abandon initial de l'enfant demeure provisoire pendant deux mois, délai accordé à la mère pour revenir sur cette décision. Ces huit semaines passées, l'enfant est admis comme pupille de l'État, ce qui rend alors possible toute démarche d'adoption.

Contradiction avec la convention

Cette procédure de l'accouchement sous X est en contradiction avec le texte de la Convention sur les droits de l'enfant qui affirme que chaque enfant doit être en mesure de connaître ses parents. En effet, l'accouchement sous X prive à jamais l'enfant de toute possibilité de retrouver ses origines quand la mère n'a pas jugé utile de laisser des informations sous enveloppe. Cette loi française est-elle légitime ? La question reste aujourd'hui posée avec ses divers aspects éthiques, sociaux et juridiques.

Le 10 janvier 2002 a été votée la **loi relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'État**. Ce texte cherche à concilier les intérêts et les droits des mères entendant accoucher secrètement et ceux des enfants désireux d'accéder à leurs origines.

La loi met en place une nouvelle instance : le Conseil national pour l'accès aux origines personnelles chargé de faciliter, en liaison avec les départements et les collectivités d'outre-mer, l'accès des personnes à leurs origines.

C'est donc cette instance qui reçoit :

- les demandes d'accès à la connaissance des origines de l'enfant formulées par lui ou ses représentants légaux, voire ses descendants directs s'il est décédé ;
- les déclarations de la mère, ou le cas échéant, du père de naissance par lesquelles chacun d'entre eux autorise la levée du secret de sa propre identité ;
- les déclarations d'identité formulées par leurs ascendants, descendants ou collatéraux privilégiés (proches parents ou amis) ;
- la demande du père ou de la mère de naissance s'enquérant de leur recherche éventuelle par leur enfant.

Pour satisfaire les demandes dont il est saisi, le Conseil recueille une copie des éléments relatifs à l'identité des parents de naissance ainsi que des éléments non identifiants. À cette fin, les établissements de santé, les services départementaux et les organismes habilités et autorisés pour l'adoption lui transmettent, à sa demande, les informations concernées.

La loi se prononce également sur la question de la divulgation du secret après le décès des parents de naissance : un enfant qui en fera la demande pourra accéder à l'histoire de ses origines ou entrer en relation avec des proches, sous réserve que ses parents de naissance ne s'y soient pas formellement opposés de leur vivant.

Les mères qui désirent accoucher sous X seront incitées à laisser des informations sur les circonstances de la naissance de l'enfant, leurs origines et leur propre identité. Elles seront également informées que le secret de leur identité pourra être levé ultérieurement – l'ambition étant de créer une réversibilité du secret. De plus, la loi prévoit la prise en charge des frais d'accouchement pour les femmes qui confient leur enfant en vue d'adoption sans demander le secret de leur identité.

Enfin, la loi supprime la possibilité pour les parents de naissance de demander le secret de leur identité lorsqu'ils confient un enfant de moins de 1 an au service de l'aide sociale à l'enfance.

En France, 560 enfants sont nés sous X en 2000, contre 10 000 par an il y a une vingtaine d'années, et quelque 400 000 personnes ne connaissent pas leurs origines. Par ce texte, la France se met en conformité avec la Convention internationale des droits de l'enfant du 20 novembre 1989.

Le point de vue du gynécologue

Il y a en France à peu près 500 accouchements sous X ou anonyme par an.

L'accouchement anonyme

La France et le Luxembourg sont les seuls pays à accepter l'accouchement anonyme. L'article 20 du décret n° 74-27 du 14 janvier 1974 du code de la santé publique précise qu'une femme peut venir accoucher sans donner son identité.

Aucun document identifiant ne peut lui être demandé (carte d'identité) et aucune enquête ne sera réalisée.

Elle prend un nom d'emprunt qu'elle choisit elle-même ou que la sage-femme choisit.

Les dossiers administratifs et médicaux ne portent que ce nom d'emprunt. Il sera en général noté « nom d'emprunt ».

Les frais de séjour sont pris en charge par l'aide sociale à l'enfance (ASE) (article 47 du code de la famille et de l'aide sociale).

La déclaration de naissance ne fera apparaître que le ou les prénoms de l'enfant donnés en priorité par la mère ou par la sage-femme.

La déclaration à l'état civil se fait dans les trois jours ouvrables par le médecin ou la sage-femme qui réalise l'accouchement. Un patronyme sera alors donné par l'état civil.

La femme souhaite conserver son identité lors de l'accouchement

Les frais sont pris en charge par l'ASE ou par la Sécurité sociale si la grossesse est déclarée.

Les dossiers administratifs et médicaux sont au patronyme de la femme.

La femme, dans la majorité des cas ne donne pas sa filiation (voir cas précédent).

Dans de rares cas, c'est après l'accouchement que la femme décide d'un consentement à l'adoption. Dans cette situation, l'enfant porte le patronyme de sa mère ou de son père. Il faudra ensuite dans les jours qui suivent :

- un acte notarial d'annulation de filiation signé par le ou les parents ;
- un procès-verbal de consentement à l'adoption également signé par le ou les parents.

Le délai de rétractation

Il est de deux mois. L'enfant est placé en famille d'accueil ou en pouponnière. Au-delà des deux mois, l'enfant est confié à la famille adoptive. Tous les documents et consignes à effectuer en cas de rétractation sont remis à la femme ou aux parents. Au-delà des deux mois, il n'y a plus aucune possibilité de revenir sur la décision.

L'accès aux origines personnelles

La loi n° 2002-93 du 22 janvier 2002 relative à l'accès aux origines des personnes adoptées et pupilles de l'État ainsi que le décret n° 2002-781 du 3 mai 2002 relatif au Conseil national pour l'accès aux origines, précisent :

- que les renseignements ne seront communiqués que s'il y a une demande d'accès aux origines formulée par écrit par l'intéressé auprès du Conseil national pour l'accès aux origines ;
- que la demande d'accès à la connaissance des origines de l'enfant soit formulée :
 - s'il est majeur par celui-ci,
 - s'il est mineur par son ou ses représentants légaux ou par lui-même avec l'accord du ou des titulaires de l'autorité parentale,

- s'il est majeur, placé sous tutelle, par son tuteur,
- s'il est décédé, par ses descendants en ligne directe majeurs.

Ainsi plusieurs possibilités s'offrent alors à la femme (ou au couple) qui vient d'accoucher :

- elle peut garder le secret de son identité, il n'y aura aucune possibilité du lever du secret ;
- elle peut donner son identité sur le procès-verbal et elle a la possibilité de la faire connaître ultérieurement, même au-delà de la majorité de l'enfant.

Actuellement, les familles sont incitées à laisser des traces mais la loi ne les y oblige pas.

On peut ainsi recueillir un maximum d'informations concernant des renseignements médicaux, l'ascendance, les origines culturelles, les goûts, les passions. Ils seront notés par la mère dans une lettre glissée dans le dossier de l'enfant. La mère peut remettre des vêtements, des objets, une cassette avec sa voix.

Toutefois, les renseignements à caractère médical ne peuvent être communiqués à l'intéressé que par l'intermédiaire d'un médecin nommé par cet intéressé.

► **Mots clés** : adoption ; accouchement ; abandon.

Références

www.social.gouv.fr/famille-enfance/doss_pr/34_001214.htm : Réforme de l'accouchement sous X

www.ancic.assoc.fr/textes/ressources/legislation_accouchement-x.html : Décret du 3 mai 2002 concernant l'accouchement sous X

Question 68

Son père veut qu'elle ait un certificat de virginité ? Faut-il en faire un ? Si oui, comment ?

La demande

« Docteur, je marie ma fille, faites-lui un certificat de virginité. »

Le préliminaire

Le certificat de virginité en France n'est prescrit par aucune loi ni règlement, et rien ni personne ne peut obliger un médecin à le délivrer.

La première consultation

Il nous semble impossible d'accepter de rédiger un tel certificat, actuellement en France, car nous le considérons contraire à la dignité et à la liberté de la femme.

Le médecin devra expliquer avec sérénité les raisons de son refus.

Vous pouvez trouver des arguments auprès de certaines associations de femmes musulmanes qui luttent contre cette pratique.

Nous vous conseillons le site de l'association Femmes d'aujourd'hui : www.oumma.com

Le point de vue du gynécologue

Il n'y a pas que le sceau de l'intégrisme derrière ce type de demande. Il peut s'agir d'une affaire culturelle, de règles sociales mais aussi d'une affaire de contrat moral et d'honnêteté. Nous sommes néanmoins conscient que ceci ne peut se faire valoir et se résumer à un examen clinique d'hymen. La non-virginité au mariage jette la honte et le discrédit sur la famille de la jeune mariée et sur la femme qui peut ainsi se retrouver rejetée des deux côtés si ce n'est pas pire.

A-t-on le droit de refuser un certificat demandé le plus souvent par la patiente elle-même, sur la base de convictions philosophiques et éthiques personnelles ?

Les certificats prévus dans le cadre de l'exercice de la profession médicale

Les certificats prévus par la loi civile

- Certificat pré-nuptial.
- Certificat de décès.
- Mesure de sauvegarde pour les majeurs incapables.
- Testament.

Les certificats prévus par le code de santé publique

- Certificat prénuptial.
- Certificat de santé.
- Certificat de vaccination.
- Certificat établi dans la procédure d'IVG.
- Hospitalisation en psychiatrie.
- Injonction thérapeutique (toxicomanie).
- Certificat pour l'obtention d'avantages sociaux (attestation, certificat de grossesse, de santé, descriptif, etc.).

Art. 441.7 MCP

- Des sanctions pénales sont prévues en cas d'attestation ou de certificat faisant état de faits matériels inexacts.

Notions importantes qui doivent amener à refuser ce type de certificat

- Le certificat de virginité en France n'est prescrit par aucune loi ni règlement et rien ni personne ne peut obliger un médecin à le délivrer.
- Vous n'êtes pas obligé d'accepter un examen sans but médical et qui peut parfaitement choquer vos convictions et votre éthique, car avilissant pour la jeune fille. Aucun certificat ne peut être rédigé sans examen clinique préalable.
- En acceptant d'examiner la jeune fille qu'allez-vous faire si vous vous retrouvez dans une situation contraire à son intérêt ?
- Rien ne permet d'être sûr de la virginité. Il existe des hymens complaisants autorisant des rapports sexuels sans déchirure. Ceci peut expliquer l'absence de saignement à l'occasion d'un premier rapport. D'autre part, une rupture d'hymen n'entraîne pas nécessairement un saignement visible.
- Enfin, on ne pourra jamais affirmer qu'une déchirure hyménéale est en rapport avec une pénétration sexuelle. De ce fait, les médecins qui acceptent de rédiger ce type de certificat utilisent des formules évasives du type : « Aucun élément ne permet d'affirmer s'il y a eu pénétration vaginale » ou « L'hymen a un aspect compatible avec une virginité ».

Le dialogue doit être ouvert avec la famille, vous ne pouvez pas vous contenter d'un refus sans aucune explication. La pédagogie, la force de persuasion, permettent de gagner progressivement du terrain. C'est le même problème pour des demandes éventuelles de réfection d'hymen.

► **Mots clés** : hymen ; certificat ; virginité.

Question 69

Elle vient de subir une agression sexuelle, que faire ?

La demande

Une amie accompagne la jeune femme car elle vient de subir des violences.

Le préliminaire

Le viol est défini par la loi comme : « tout acte de pénétration sexuelle, de quelque nature qu'il soit, commis sur autrui par violence, contrainte ou surprise ».

Les autres agressions sexuelles sont définies par la loi comme : « des violences sexuelles qui n'ont pas donné lieu à une pénétration ».

Il s'agit d'une urgence médico-légale.

Pour éviter toute perte de chance (identification génétique, prévention des risques infectieux et de grossesse, aide et assistance psychologique et juridique) pour la patiente, le médecin doit l'adresser à une structure spécialisée dont il doit connaître la localisation.

Le médecin a ici un rôle d'accompagnant et de conseiller.

Démarche préconisée pour la victime

Après une agression sexuelle, la victime ne doit procéder à **aucune ablution** (bain, douche).

Elle doit téléphoner ou se rendre au commissariat ou au poste de police le plus proche. La victime doit informer les policiers ou les gendarmes le plus exactement possible sur les conditions dans lesquelles elle a été agressée et porter plainte contre son agresseur.

La victime doit demander aux policiers ou aux gendarmes de la conduire chez un médecin. Le médecin doit lui dispenser tous les soins nécessaires et lui délivrer un certificat médical indiquant son état. La victime doit transmettre ce certificat aux officiers de police ou de gendarmerie qui ont recueilli ses premières déclarations.

Quelque temps après l'agression, la victime doit faire effectuer par un médecin de son choix un test de dépistage de maladie vénérienne, du VIH et un test de grossesse.

En cas de résultat positif, la victime doit transmettre un certificat constatant le résultat aux services de police ayant enregistré la déposition.

La victime ne doit pas aborder seule ces épreuves, elle doit se faire aider par un médecin, un avocat, une association spécialisée qui, sur sa demande, peut se substituer à elle pour poursuivre son agresseur devant la justice.

Démarche du médecin (en centre spécialisé, si possible)

L'interrogatoire

Il fait préciser :

- les antécédents favorisant la vulnérabilité de la victime (handicap, grossesse, etc.) ;

- date, heure, chronologie et lieu des faits ;
- coups et blessures, localisation et objet en cause ;
- maintien au cou, au poignet, utilisation de liens ;
- menace verbale ou avec des armes ;
- pénétration anale, vaginale, fellation ;
- éjaculation ;
- douleurs, saignements, toilette, exonération après les faits ;
- vie sexuelle antérieure ;
- virginité ou non ;
- sodomie ;
- utilisation habituelle de tampons vaginaux ;
- antécédents de grossesse et d'accouchement ;
- date des dernières règles ;
- contraception éventuelle ;
- rechercher une soumission chimique : alcool, drogue.

L'examen clinique

Comprend :

- un examen général : poids, taille ;
- descriptifs détaillés de toutes les lésions corporelles : aspect, taille, siège, âge des lésions ;
- un examen périnéal à la recherche d'ecchymoses, de pétéchies ou d'hématome, de plaies, de déchirures ;
- un examen hyménéal :
 - en position gynécologique,
 - patiente détendue,
 - exposition de l'hymen grâce à des efforts de poussée qui entraînent un relâchement des muscles releveurs de l'anus et ouvrent le vagin ou avec le ballonnet d'une sonde de Foley,
 - préciser le type d'hymen : floral, tolérant, semi-lunaire, punctiforme,
 - déchirure éventuelle : siège, caractère complet ou incomplet, récent ou non ;
- un examen anal :
 - pli radié de l'anus,
 - fissure,
 - tonus sphinctérien,
 - anoscopie éventuelle.

On peut s'aider du protocole établi par le Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF) que l'on trouve à l'adresse : www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PUPRO_01.HTM

Le point de vue du gynécologue

Le problème

Nous sommes dans la situation de la révélation d'une agression sexuelle récente. Il s'agit d'une urgence médico-légale :

- il faut faire les constatations anatomiques des lésions éventuelles récentes ;
- faire les prélèvements à visée criminologique à la recherche de l'ADN de l'agresseur ;
- prescrire les différents traitements préventifs.

Le caractère urgent et le temps nécessaire à une prise en charge adaptée, font que les problèmes relèvent difficilement d'une prise en charge au sein d'un cabinet de médecine générale.

La circulaire ministérielle DGS/Dh n° 97/380 du 27 mai 1997 précise que toute victime de violence sexuelle doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge optimale quel que soit son lieu de résidence. Cette circulaire précise que doivent se créer et s'organiser des centres d'accueil afin d'assurer à toute victime une prise en charge multidisciplinaire, médicale, médico-légale, sociale et psychologique.

L'examen peut être fait :

- à la demande d'une victime majeure ;
- à la demande d'un parent ou du représentant de l'autorité parentale pour un mineur ;
- sur réquisition de police.

Le rapport, une fois rédigé, sera remis à la victime majeure, au représentant légal d'un mineur qui demande l'examen, ou à l'autorité requérante en cas de réquisition.

Dans la situation présente, le caractère récent des faits, la possibilité de retrouver l'ADN de l'agresseur, imposent de mettre les prélèvements sous scellés afin d'éviter des vices de procédures. Ceci sous-entend qu'il y ait une réquisition de police et que la personne porte plainte avant l'examen.

La réquisition

Dans la plupart des cas la gendarmerie ou la police entre en contact téléphonique avec le médecin qui sera requis. Si ce dernier s'estime incompétent, il peut en faire part, charge alors à la police de réquisitionner un autre médecin. S'il n'y a pas d'autre possibilité, le médecin généraliste réquisitionné ne peut se soustraire à la demande, sauf raisons valables (personne de sa famille par exemple).

Examen médico-légal

L'interrogatoire et l'examen clinique détaillé seront relevés en présence d'un témoin¹ et rapporté sur un certificat.

¹Surtout chez l'enfant qui peut se plaindre de douleurs ; le témoin peut être la mère.

Le certificat

Le médecin doit prêter serment s'il n'est pas expert près des tribunaux. Il prête serment, et déclare accepter la mission qui lui est confiée et d'apporter son concours à la justice en son âme et conscience.

Il précise ses nom, prénom, sa qualification, ainsi que les nom, prénom, date de naissance et adresse de la victime.

Il rappelle les faits dans le détail en précisant leurs date et heure.

Il fait une description précise des lésions corporelles éventuelles en n'oubliant pas les éléments négatifs.

Il décrit les lésions sur les parties génitales. Il précise si l'hymen est intact ou s'il y a une ou des déchirures anciennes ou récentes et leurs sièges.

Énumérer les prescriptions et prélèvements réalisés.

L'idéal est de faire une conclusion en précisant si les constatations sont compatibles ou non avec les faits allégués. Un médecin non rodé avec ce type de procédure peut simplement se contenter d'un descriptif détaillé sans conclusion.

Prélèvements à visée criminologique

Il faut multiplier les prélèvements sur un même site et sur des sites différents à la recherche de l'ADN de l'agresseur :

- écouvillon sec à la recherche de sperme au niveau du vagin, de la bouche, de l'anus ;
- écouvillon humide à la recherche de sperme séché sur la peau ;
- écouvillon humide prélevant les zones de maintien (cou, poignet) ;
- écouvillon humide à la recherche de salive ou de sueur déposée par l'agresseur (cou, seins, etc.) ;
- couper les ongles de la victime ou curage sous-unguéal ;
- vêtements ;
- prélèvements de sang et d'urine à la recherche de toxiques.

L'ensemble de ces prélèvements doit être identifié, daté, et mis sous scellés. Ils peuvent être conservés au réfrigérateur pendant 48 heures puis secondairement congelés en attendant leur exploitation.

Autres prélèvements

- Bactériologie vaginale et endocervicale à la recherche d'une MST.
- Sérologie virale (hépatite B, hépatite C, VIH) à renouveler à un mois, trois mois et six mois.
- Bilan hépatique, l'antigène p24 d'origine virale est présent dans le sang circulant environ une à deux semaines avant la séroconversion. Prélever un tube sec pour examen en virologie.
- Vérifier la vaccination pour l'hépatite B et le tétanos.
- TPHA-VDRL à renouveler trois semaines plus tard.
- β hCG à renouveler trois semaines plus tard.

Les traitements préventifs

- Pilule du lendemain.
- Antibio prophylaxie d'une MST (azithromycine monodose par exemple).
- Traitement antirétroviral : il doit être démarré le plus tôt possible après les faits. Il est prescrit pour 48 heures. Sa poursuite sera discutée dans l'intervalle avec un référent en infectiologie.
- Sérum antitétanique, vaccin antitétanique si besoin.
- Sérovaccination pour l'hépatite B en fonction du statut vaccinal.

Les autres éléments de la prise en charge

- Évaluation du contexte social et mesures de suivi éventuelles.
- Prise en charge psychologique immédiate et à distance en tenant compte de l'avis du patient.

Points importants et situations particulières

Une victime majeure peut souhaiter une prise en charge médicale et ne pas porter plainte. Dans ce cas, il n'y aura pas de prélèvements à visée criminologique.

Si les faits sont anciens, la gestion du problème peut s'organiser sur rendez-vous.

Les professionnels d'un centre d'accueil doivent pouvoir informer une victime sur ses droits, sur les conséquences et les aboutissements possibles de la procédure engagée.

Ne pas oublier le soutien de l'entourage et de la famille surtout en cas de victime mineure.

Au total

Il s'agit d'un travail multidisciplinaire faisant intervenir des compétences multiples. L'ensemble est au mieux assuré dans des centres adaptés avec un personnel formé. Le suivi social et la prise en charge psychologique peuvent être étalés sur le temps. Ils sont en général relayés par le secteur de vie de la victime (réseau de professionnels).

Les centres d'accueil se situent dans la majeure partie des cas au niveau des centres hospitaliers publics. La structure qui accueille, se situe soit dans les services d'urgences ou de gynécologie, ou de pédiatrie en collaboration avec un médecin de l'institut médico-légal ou au sein de celui-ci, si cette structure existe dans l'établissement.

► **Mots clés** : agression ; viol ; certificat ; contraception ; infection.

Référence

Le praticien face aux violences sexuelles, édité par le ministère de la Santé, www.sante.gouv.fr ou Direction générale de la santé, bureau SD6D 6, avenue de Ségur 75007 PARIS.

Question 70

Elle veut être enceinte depuis dix-huit mois. Quel bilan avant de faire appel au spécialiste ?

La demande

« Docteur, ça fait dix-huit mois qu'on essaye de faire un enfant sans résultat. On veut voir un spécialiste. »

Le préliminaire

Il est bien entendu nécessaire de consulter le couple.

Le médecin explique au couple le fonctionnement de la fécondation.

Il s'assure que le couple a des rapports réguliers en période de fécondation.

Il recherche les causes de stérilité les plus fréquentes chez l'homme et la femme.

Après 35 ans, il ne faut pas attendre plus de deux ans de stérilité pour adresser le couple au spécialiste.

La première consultation

Au cours de l'interrogatoire, le médecin explique la physiologie de la fécondation, en s'assurant de la bonne compréhension du couple.

Il fait un examen clinique de la femme (cf. Question 1).

Il fait également un examen clinique de l'homme, y compris de l'appareil urogénital.

Il leur explique l'intérêt de la courbe de température.

Il prescrit une échographie de l'appareil génital de la femme et les examens biologiques suivants : œstradiol, progestérone, FSH, LH et un spermogramme.

Il les revoit avec les résultats.

Même si tous ces examens sont négatifs, le médecin adressera le couple dans un centre spécialisé, après avoir fait faire une hystérosalpingographie.

Le point de vue du gynécologue

Quel bilan faire avant de faire appel aux spécialistes ?

Il ne suffit pas à une femme d'arrêter la contraception pour être enceinte le cycle suivant.

La fécondabilité (ou probabilité pour un couple de concevoir chaque mois) varie de 0 à 65 % selon les couples. L'âge des partenaires en est un facteur important, la

durée de l'infécondité aussi. Au bout de six mois d'attente la fécondabilité totale est de 14 % par mois. Elle n'est plus que de 4 % au bout de deux ans d'attente. Pour 100 couples venant consulter pour infertilité au bout de six mois le seul fait d'attendre permet d'espérer 64 grossesses alors qu'après deux ans 52 % sont inféconds. Il y aura cependant 48 grossesses spontanées quand même ultérieurement.

Actuellement l'âge moyen à la première grossesse est de 30 ans, la contraception ayant souvent été prise plus de dix ans, les couples s'impatientent souvent rapidement si la grossesse ne survient pas. Un couple sur sept consulte pour ce problème, 16 % d'entre eux seulement ont un problème médical.

Étiologies de la stérilité

La stérilité est un problème de couple. Pour chacun des deux partenaires il faut que :

- la gamétogénèse soit correcte ;
- le cheminement dans le tractus génital soit normal ;
- les mécanismes de la fécondation et de la nidation soient normaux.

Les causes de l'infertilité chez la femme sont :

- les troubles de l'ovulation (32 %) ;
- les anomalies tubaires (26 %) ;
- l'endométriose (4 %) ;
- les anomalies de la glaire (4 %).

Les causes de l'infertilité chez l'homme sont :

- l'oligoasthénospermie (21 %) ;
- l'azoospermie sécrétoire (6 %) ;
- l'azoospermie excrétoire (3 %) ;

Les deux membres du couple sont en cause et peu féconds dans 40 % des cas.

Les stérilités inexplicables sont estimées à 7,4 %.

La clinique peut donner des renseignements

La première consultation doit porter sur les deux membres du couple et doit préciser :

- l'âge des deux partenaires : la fécondité baisse avec l'âge et chute après 38 ans ;
- la date d'arrêt de la contraception, qui donne la durée de l'infécondité ;
- le rythme des rapports car pour des raisons professionnelles ou non les couples ne cohabitent pas toujours. Si les rapports sont rares il ne faut pas s'étonner du retard à la conception !

Chez la femme on recherchera :

- des troubles des règles et donc de l'ovulation ;
- des antécédents infectieux : cervicite, salpingite faisant craindre des lésions tubaires ;

- des antécédents chirurgicaux susceptibles d'avoir lésé les trompes (salpingites, péritonite appendiculaire, grossesse extra-utérine [GEU]) ou les ovaires (kyste de l'ovaire, endométriose, etc.) ;
- des antécédents obstétricaux : accouchements ou fausses couches, IVG compliquées d'infection. On déterminera s'il s'agit du même partenaire ou non.

L'examen clinique recherchera une galactorrhée, une pilosité anormale, une glaire pathologique, au toucher des fibromes, des lésions évoquant une endométriose ovarienne ou du Douglas.

Ne pas oublier le bilan masculin systématiquement associé (cf. Question 71).

Quels examens demander avant le recours au spécialiste si l'examen clinique est normal ?

Rien si le couple :

- est jeune (20-25 ans) ;
- a arrêté la contraception il y a six mois ou moins ;
- a un examen normal.

Quelques examens simples si les membres du couple ont autour de 30 ans, essayent depuis plus de six mois et sont demandeurs.

■ **Chez la femme :**

- une courbe thermique faite sur un papier adapté (à demander aux laboratoires qui font des inducteurs de l'ovulation) permettant d'étudier la régularité du cycle, la présence d'une ovulation, la durée du corps jaune ;
- un test de Hunher pratiqué en fin de phase folliculaire, avant la montée de la température après deux ou trois jours d'abstinence, 8 à 12 heures après un rapport sexuel normal. Pratiqué au laboratoire il permet d'apprécier :
 - la qualité de la glaire cervicale au milieu de cycle ; elle doit être abondante et filante,
 - la présence de sperme dans le vagin attestant la réalité des rapports. Il faut voir au moins cinq spermatozoïdes à mobilité progressive par champs au grossissement 40 pour que le test soit positif ;
- une échographie endovaginale permettant d'étudier l'épaisseur de l'endomètre, montrant une bonne imprégnation hormonale, la morphologie de l'utérus (malformation, fibrome) la morphologie des ovaires (ovaires polykystiques, endométriose, kystes dermoïdes) et la réserve ovarienne (compte de follicules primordiaux) ;
- des dosages hormonaux : FSH, LH, E2, FSH, testostérone et Δ_4 androstènedione au troisième jour du cycle, et testostérone en seconde partie de cycle. L'hormone antimüllérienne (AMH), bon reflet de la fonction ovarienne, sera demandée par le spécialiste en raison de son coût et de son non-remboursement ;
- si l'ensemble des examens est négatif, il est utile de prescrire une hystérosalpingographie pour apprécier l'état tubaire.

■ **Chez l'homme** l'examen de première intention est un spermogramme (cf. Question 71).

Si tous ces examens sont normaux et qu'il ne survient pas de grossesse après deux ans de rapports réguliers sans précautions, il faut adresser le couple à un spécialiste.

Si le couple a plus de 35 ans et n'a jamais eu d'enfant il faudra l'adresser au spécialiste avec ces examens sans attendre deux ans.

► **Mots clés** : infertilité ; ovulation ; échographie ; endométriose ; ovaire ; trompe.

Référence

L'examen du couple infécond. In : *La pratique de la PMA* (3^e ed.). P Barrière, ML Couet, S Hamamah, J Lansac, D Lelanou, D Royère. Paris, Masson, 1998.

Question 71

Ils veulent une grossesse. Elle a un bilan normal. Quel bilan à faire pour lui ?

La demande

« Docteur, ça fait dix-huit mois qu'on essaye de faire un enfant sans résultat. On veut voir un spécialiste. »

Le préliminaire

Expliquer au couple le fonctionnement de la fécondation.

S'assurer qu'il y a des rapports réguliers en période de fécondation.

Le médecin doit rechercher les causes de stérilité les plus fréquentes, féminines et masculines (ovulation irrégulière, anovulation, stérilité tubaire, malformation utérine, infections, azoospermie, oligoasthénospermie, exposition aux toxiques chez l'homme).

La première consultation

Au cours de l'interrogatoire, le médecin explique la physiologie de la fécondation, en s'assurant de la bonne compréhension du couple.

Il contrôle qu'un examen gynécologique et général complet a bien été fait : poids, taille, pression artérielle, auscultation cardiaque et pulmonaire, aires ganglionnaires, palpation de la thyroïde, examen des seins, palpation de l'abdomen, inspection de la vulve, examen au spéculum avec inspection du col, frottis cervical (si pas de frottis depuis deux ans) et enfin toucher vaginal à la recherche d'une anomalie du col.

Il fait également un examen clinique de l'homme, y compris de l'appareil urogénital.

Il leur explique l'intérêt de la courbe de température et demande au couple de revenir au bout de trois mois avec cette courbe.

Il prescrit un spermogramme après trois jours d'abstinence.

Si le spermogramme montre des altérations il faudra le refaire à distance et associé une spermoculture ainsi qu'une biologie séminale.

Devant une confirmation, il prescrira alors une échographie testiculaire et des dosages hormonaux FSH, LH, testostérone.

Si les examens de la femme sont négatifs, le médecin fait pratiquer une hystérosalpingographie, si elle n'a pas été faite, avant d'adresser le couple dans un centre spécialisé.

Le point de vue du gynécologue

Que faire pour lui ?

Il est certain que la fertilité est un problème de couple. Si le bilan demandé à la femme est normal il faut s'intéresser au mari ! Il est le seul en cause dans un cas sur cinq.

Les causes de l'infertilité chez l'homme sont :

- l'oligoasthénozoospermie (OAS) (21 %) : les spermatozoïdes sont en nombre insuffisant, ils sont peu mobiles, de qualité médiocre ;
- l'azoospermie sécrétoire (6 %) : il y a une anomalie testiculaire qui perturbe la gamétogénèse ;
- l'azoospermie excrétoire (3 %) : il y a une anomalie de la voie excrétrice.

L'examen clinique oriente les examens complémentaires à prescrire

L'interrogatoire permet de rechercher :

- des problèmes concernant la non-descente des testicules à la puberté (cryptorchidie) : interventions chirurgicales, médicaments ;
- des infections génitales (orchite ourlienne, à germes banals, à gonocoque, etc.) ;
- des interventions chirurgicales ayant pu léser les voies excrétrices : torsion du testicule, herniorraphie, kyste épидидymaire, traumatisme testiculaire, vasectomie ;
- une chimiothérapie ou radiothérapie pour une leucémie, une maladie de Hodgkin entraînant souvent une azoospermie sécrétoire ;
- la prise d'un toxique : tabac, alcool, drogues dures, toxique professionnel (plomb, benzène), médicaments (anticholestéroléminants, antihypertenseurs, etc.).

L'examen clinique recherchera :

- une gynécomastie ;
- une anomalie de la pilosité ;
- une cicatrice des orifices herniaires ou du scrotum ;
- une anomalie du volume des testicules ;
- un varicocèle.

Quels examens demander ?

Si l'examen clinique est normal

Il faut demander un **spermogramme** après trois jours d'abstinence. Le prélèvement sera fait au laboratoire par masturbation. Le spermogramme sera considéré comme normal si :

- le volume est compris entre 1 et 6 cm³ ;
- la numération des spermatozoïdes est supérieure à 20 millions/cm³ ;
- la mobilité en trajet direct supérieure à 20 % à la première heure ;
- les spermatozoïdes de morphologie normale au dessus de 20 %.

Avant de donner des informations aux patients on ne perdra pas de vue que :

- la spermatogénèse dure soixante-quatorze jours et qu'une maladie survenant dans les trois mois qui précèdent l'examen (grippe par exemple) peut en perturber le résultat ;
- qu'il y a des fluctuations physiologiques des différents paramètres du sperme ce qui rend difficile toute interprétation sur un seul examen ;
- des chiffres en dessous des normes citées ne veulent pas dire que le sujet est stérile. Il est le plus souvent simplement hypofécond. Le couple mettra du temps à démarrer une grossesse surtout si la femme a plus de 35 ans.

Si l'examen montre un hypogonadisme

En cas d'hypogonadisme (c'est-à-dire de petits testicules) il faut demander :

- un spermogramme qui peut montrer :
 - une altération d'un ou des trois principaux paramètres : numération, mobilité, formes normales (OAS),
 - une absence de spermatozoïdes ou azoospermie ;
- un dosage de FSH plasmatique qui s'il est élevé indique que l'anomalie du sperme (le plus souvent une azoospermie ou une OAS sévère) est d'origine testiculaire et sans solution thérapeutique.

Si l'examen clinique est normal et que le spermogramme montre une azoospermie

Il faut demander :

- un caryotype et recherche de microdélétion de l'Y ;
- un dosage de la FSH plasmatique :
 - si elle est élevée il s'agit d'une azoospermie sécrétoire,
 - si elle est normale il peut s'agir d'une azoospermie excrétoire et il faut demander :
 - une biochimie du sperme pour essayer de localiser le lieu de l'obstruction,
 - une échographie des bourses et une échographie endorectale pour étudier la voie excrétrice de l'épididyme à la prostate à la recherche d'agénésie ou de séquelles infectieuses ;
- une biopsie de testicule sera souvent proposée pour faire le bilan de la pathologie et confirmer l'origine sécrétoire ou excrétoire.

Si le spermogramme montre une leucospermie élevée ($> 10^5/\text{ml}$)

Chez un homme qui a des antécédents d'infection génitale il est possible de demander une spermoculture et il faudra traiter l'infection puis renouveler le spermogramme.

- **Mots clés** : spermogramme ; échographie ; hypogonadisme ; infertilité ; obstacle.

Référence

L'examen du couple infécond. In: *La pratique de la PMA* (3^e ed.). P Barrière, ML Couet, S Hamamah, J Lansac, D Lelanou, D Royère. Paris, Masson, 1998.

Question 72

Elle a tout essayé, n'a jamais été enceinte. Quand faut-il arrêter ? Que proposer ? Adoption ?

La demande

« Docteur, ma quatrième FIV est un échec. Ils ne veulent pas m'en faire une cinquième. Qu'est-ce qu'on peut faire ? »

Le préliminaire

Dans les centres agréés pour la procréation médicalement assistée (PMA), après le quatrième échec, il n'y a plus d'autres tentatives.

Pour que le couple soit certain que tout a été tenté et pour minimiser les séquelles psychologiques, il est admis de l'adresser à un autre centre.

La première consultation

Le rôle d'écoute du médecin est ici très important.

Avec empathie et neutralité, il doit aider le couple à accepter l'absence de maternité biologique.

Il évoque avec eux la possibilité d'adopter ou non.

Il laisse le temps au couple de mûrir sa décision.

Le médecin les accompagnera en fonction de celle-ci.

Le point de vue du gynécologue

Malgré les énormes progrès des techniques d'assistance médicale à la procréation (PMA), 30 % environ des couples restent sans enfants après plusieurs cycles d'inséminations avec sperme du conjoint (IAC) ou quatre tentatives de fécondation *in vitro* (FIV) plus ou moins injection intracytoplasmique de spermatozoïdes (ICSI). Il en est de même après insémination ou FIV avec du sperme de donneur (IAD ou FIVD).

Plusieurs questions se posent à ces couples :

- quand arrêter ?
- que proposer comme alternative ?

Quand arrêter ?

En insémination avec sperme du mari le taux de succès par cycle est de 6 à 10 % par cycles. La majorité des grossesses surviennent dans les trois premiers cycles de traitement. En présence d'échec à six cycles il faut changer de technique et passer en FIV.

En FIV classique le taux de grossesse par ponction était en moyenne de 25 %, et de 28 % en ICSI, ils atteignent souvent maintenant 30 % par cycle avec un

taux d'enfants vivants d'environ 20 % par ponction (FIVNAT 2006). Ce sont les premiers cycles de traitement qui permettent d'espérer les meilleurs résultats. Après quatre tentatives les taux de succès par ponction tombent en dessous de 15 %.

Avec le sperme de donneur le résultat moyen en insémination est de 10 % par cycle et en FIV de 28 %. Après six cycles d'IAD sans succès il faut envisager une FIV.

Pour une cohorte de couples pris en charge en PMA, 70 % d'entre eux auront au moins un enfant.

L'arrêt des traitements est une épreuve difficile pour les couples qui espèrent toujours. Il faut savoir prendre la décision en fonction de :

- l'âge de la femme : les résultats baissent beaucoup après 38 ans et ne sont en FIV que de 5 % d'accouchements par ponction après 41 ans ;
- la réponse lors des stimulations : l'augmentation du nombre d'ampoules de gonadotrophines avec peu d'ovocytes recueillis à la ponction est de mauvais pronostic ;
- le taux de fécondation bas (taux de clivage inférieur à 20 %) surtout s'il est obtenu après ICSI ;
- le désir du couple souvent découragé par ses échecs.

Que proposer ?

Trois alternatives sont possibles :

- changer de centre et aller demander un avis à une autre équipe. C'est souvent souhaitable car le couple n'a plus confiance dans l'équipe qui l'a pris en charge qu'elle propose de poursuivre ou d'abandonner ;
- abandonner tout projet d'enfant. On peut vivre sans enfants et orienter sa vie différemment en investissant dans son travail, des associations... ;
- adopter un enfant. Le médecin doit alors adresser le couple à la Ddass de leur département où il sera accueilli par un inspecteur ou une assistante sociale spécialisée. Une liste des formalités à remplir leur sera fournie pour un agrément comme parents adoptants (enquête sociale, entretien psychologique). Ils seront ensuite inscrits sur la liste d'attente départementale en vue de l'adoption d'un enfant français ; ou sur la liste d'un œuvre privée pour l'adoption d'un enfant étranger. Sur le site du ministère des affaires étrangères on trouvera les adresses utiles pour l'adoption en France ou à l'étranger.

Dans tous ces cas si le couple n'a pas de cause de stérilité définitive (absence de trompes, absence totale de spermatozoïdes) il faut les prévenir que dans la majorité des cas les couples sont peu féconds mais qu'une grossesse « surprise » peut toujours survenir après la fermeture du dossier, après l'adoption, ou entre deux tentatives.

En France les mères porteuses ne sont pas autorisées par la loi mais sont possibles à l'étranger.

L'accueil d'embryon en provenance d'un autre couple est autorisé par la loi de 1994. Un décret est paru en 1999, les centres ont été agréés en l'an 2000 mais les décrets concernant les tests de sélection, les tests de sécurité génétiques

ou des maladies infectieuses, la cotation des actes ne sont toujours pas parus si bien que l'accueil n'est toujours pas possible.

► **Mots clés** : infertilité ; stérilité ; adoption.

Référence

www.France.diplomatie.fr/MAI/

Question 73

Elle a une malformation utérine, que faire ?

La demande

« Docteur, pourquoi je ne fais que des fausses couches ? »

Le préliminaire

L'incidence des malformations utérines dans la population générale est estimée en France à 1 à 2 %.

Concernant le retentissement sur la fertilité, en fonction des auteurs, une stérilité serait retrouvée chez 6 à 40 % des patientes présentant une malformation utérine.

10 à 15 % des fausses couches à répétition peuvent être expliquées par une malformation utérine.

Il faut encore penser au problème des utérus « DES-like ». Il est important puisqu'on estime en France à 80 000 le nombre de filles nées après avoir été exposées au *Distilbène in utero*.

L'examen de première intention est l'échographie pelvienne. Il faut la prescrire en spécifiant la recherche d'une malformation utérine.

La première consultation

Le médecin peut évoquer une malformation utérine en cas de trouble de la fertilité ou de la fécondité avec fausse couche ou accouchement prématuré.

Un trouble des règles, aménorrhée ou dysménorrhée croissante, à l'adolescence peut faire rechercher une malformation en demandant l'examen indispensable : l'échographie, en spécifiant la recherche de la malformation pour laquelle un examen en trois dimensions est plus performant.

L'examen gynécologique sera complet avec en particulier la recherche d'une cloison vaginale ou d'un utérus bicervical.

Les anomalies cervicales du syndrome DES justifient un frottis.

D'autres investigations seront demandées en milieu gynécologique.

Le point de vue du gynécologue

Les deux canaux de Müller sont à l'origine de la formation des trompes de Fallope, de l'utérus et de la partie haute du vagin. Leur ébauche et leur migration s'opèrent entre la sixième et la neuvième semaine de gestation. Les deux canaux se fusionnent, puis la cloison intermüllérienne ainsi créée se résorbe pour former à la seizième semaine un utérus à cavité unique. La formation du vagin se produit entre la quatorzième et la vingtième semaine. Ainsi, selon la période d'embryogénèse, différents types de malformations utérines seront constitués. Des anomalies vaginales et urinaires peuvent lui être associées.

Le diagnostic

Les aplasies müllériennes

- Bilatérales et incomplètes, c'est le syndrome de Rokitansky-Küster-Hauser associant agénésie utérine partielle avec cornes utérines résiduelles et agénésie vaginale.
- Unilatérales complètes, elles constituent le rare utérus unicorne vrai.
- Unilatérales incomplètes, elles forment le groupe des utérus pseudo-unicornes caractérisés par la persistance d'une corne utérine rudimentaire.

Les troubles de la fusion des canaux de Müller, utérus bicornes

- Utérus bicorne unicervical total, corporéal ou fundique, selon le niveau de la division.
- Utérus bicorne bicervical avec rétention menstruelle unilatérale. Cette rétention est due soit à la présence d'un hémivagin borgne soit à l'atrésie d'un hémicol.
- Utérus bicorne bicervical avec vagin et col perméables s'associant soit à un vagin unique (utérus pseudo-didelphe) soit à une cloison vaginale sagittale (utérus didelphe vrai).

Les troubles de la résorption de la cloison intermüllérienne

Principalement représentés par les utérus cloisonnés dont on décrit plusieurs types :

- utérus cloisonné total, souvent associé à une cloison vaginale plus ou moins complète ;
- subtotal ; corporéal épargnant l'isthme ;
- utérus à fond arqué ou arcuat.

Les hypoplasies utérines

Elles sont dues à une insuffisance globale de développement des canaux de Müller se caractérisant par une longueur utérine inférieure à 70 mm, une distance intercornuale mesurant moins de 40 mm, un volume de la cavité inférieur à 3 cm³. Elles sont harmonieuses ou disharmonieuses (utérus en Y ou en T), comme le DES syndrome ou imprégnation *in utero* par le diéthylstilbestrol (*Distilbène*).

Dans 10 à 20 % des cas une malformation rénale, ectopie ou agénésie est associée pour les aplasies, et utérus bicornes.

Cliniquement une malformation utérine peut être évoquée devant deux types de signes :

- un trouble des règles : aménorrhée ou dysménorrhée croissante, la découverte est en général précoce à l'adolescence. Les règles douloureuses ou une aménorrhée accompagnée d'algies pelviennes cycliques sont évocatrices d'un utérus pseudo-unicorne avec ou sans hémivagin. L'aménorrhée signe le syndrome de Rokitansky, où l'examen clinique ne retrouvant qu'une cupule vaginale peu profonde est très évocateur ;
- un trouble de la fertilité ou de la fécondité avec fausse couche ou accouchement prématuré, retard de croissance, présentation du siège est évocateur mais ne différenciera pas la malformation.

Parfois des dyspareunies peuvent orienter, l'examen au spéculum lorsqu'il est possible retrouve parfois une cloison vaginale, et s'obstinera à rechercher l'existence d'un utérus bicervical. Le toucher vaginal est rarement contributif hormis pour la pathologie cervicovaginale.

Le bilan à prescrire

L'examen capital est l'échographie pelvienne. Il faut la prescrire en spécifiant la recherche d'une malformation utérine. Elle sera transpariétale et vessie pleine et endovaginale si possible voire parfois endorectale. Elle sera utilement complétée dans cette indication d'une échographie en trois dimensions avec ou sans hystéroronographie. L'hystérosalpingographie n'a désormais plus beaucoup d'indication hormis la pathologie tubaire associée.

L'IRM pelvienne reste l'examen le plus performant pour effectuer le diagnostic en demandant des coupes coronales.

En présence d'une aménorrhée, un bilan hormonal avec FSH, LH, E2, prolactine peut être prescrit.

En pratique

La patiente sera ensuite adressée au spécialiste avec ces résultats.

Celui-ci complétera le bilan si nécessaire (IRM), et proposera une conduite à tenir : résection hystéroscopique d'une cloison, métroplastie d'agrandissement, coelioscopie avec création d'un néovagin ou ablation de la corne rudimentaire.

Il convient d'être prudent dans les explications données à la patiente et d'assurer une prise en charge complète, y compris psychologique.

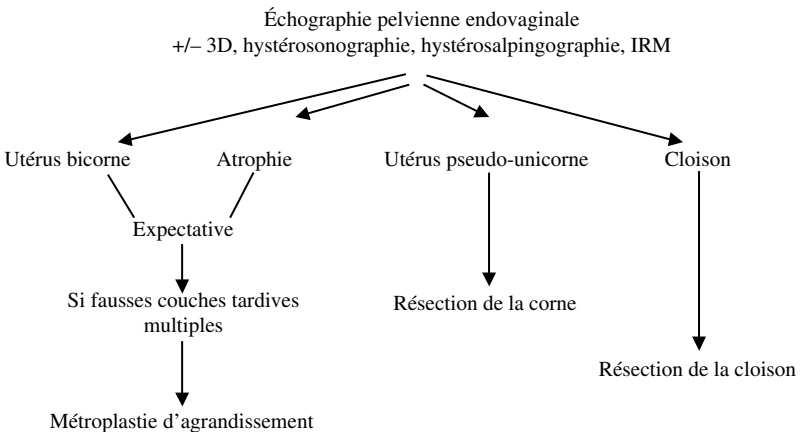


Fig. 73.1
Conduite à tenir en cas de malformation utérine.

► **Mots clés** : malformation ; utérus ; cloison ; bicorne ; hypoplasie ; échographie.

Références

- Verbaere S, Rochet Y. Les malformations utérines. *Encycl Med Chir, Gynécologie* (6 p.). 123 A10-6. Paris, Elsevier, 1985.
- Vaudoyer F, Golfier F, Raudrant D. *L'imagerie dans le diagnostic des malformations utérines. Place de l'échographie tridimensionnelle*. Site internet DIU d'échographie.

Question 74

Elle vient pour l'examen gynécologique annuel. Que faire concernant le frottis de dépistage ?

La demande

« Docteur, j'ai pris la pilule depuis dix-huit mois, je viens pour mon frottis. »

Le préliminaire

Le bilan clinique est annuel.

Le frottis se fait tous les deux ans à trois ans, sauf anomalies.

Tout médecin généraliste doit être formé à faire les frottis cervicovaginaux (FCV) dans de bonnes conditions (matériel, étalement, fixation, envoi).

C'est une consultation de prévention dont il ne faut pas négliger l'importance.

C'est parfois la seule consultation de l'année chez une femme jeune et en bonne santé.

Pour les seins : cf. Question 23.

La première consultation

Le médecin procède à un interrogatoire complet.

Il lui explique l'intérêt de cette consultation et en particulier du FCV.

Il recherche des facteurs de risques (tabac, hygiène de vie et recherche des comportements à risque).

Il fait :

- un examen complet : poids, taille, pression artérielle, auscultation cardiaque et pulmonaire, aires ganglionnaires, palpation de la thyroïde ;
- un examen gynécologique : examen des seins, palpation de l'abdomen, inspection de la vulve, examen au spéculum, FCV et enfin toucher vaginal.

N'ayant constaté aucune anomalie, il va lui renouveler sa contraception.

Il envoi le FCV à un laboratoire spécialisé.

Si le résultat est anormal, la patiente sera adressée à un gynécologue qui lui pratiquera une colposcopie avec des biopsies. Suivant les résultats, il lui proposera une destruction ou une ablation des lésions (conisation). Après le traitement, le médecin reverra la patiente tous les six mois pendant deux ans pour faire un FCV, puis tous les ans en l'absence de récurrence.

Le point de vue du gynécologue

En France, l'incidence du cancer du col est passée de 22/100 000 femmes en 1975 à 10/100 000 en l'an 2000. Pendant le même temps la mortalité est passée de 8,4/100 000 à 4/100 000.

Actuellement encore, 1 000 femmes décèdent tous les ans d'un cancer du col pour 3 200 cancers.

Il est évident que l'on peut mieux faire puisque ce cancer est visible et facilement dépistable. 60 % des femmes sont dépistées en France pour 6 millions de frottis réalisés par an.

Qui fera un cancer du col ?

Ce sont les femmes qui :

- ont des rapports sexuels avant 17 ans (âge moyen du premier rapport) ;
- ont des partenaires sexuels multiples ;
- ont des infections génitales persistantes à papillomavirus (HPV) avec un virus oncogène 16-18,31,33 ;
- fument ;
- sont immunodéprimées (VIH, greffées) ;
- ont plus de cinq enfants et le premier avant 20 ans ;
- sont de bas niveau socio-économique car elles ignorent l'existence du dépistage.

Le cancer du col est une maladie sexuellement transmissible

Le cancer du col est lié à la vie sexuelle. Les femmes qui n'ont jamais eu de rapports n'ont pas de cancer du col.

Les virus HPV oncogène sont transmis par les premiers rapports. L'infection se fait entre 16 et 30 ans avec un pic de prévalence à 24 ans. Le virus disparaît en général en six mois. Il persiste dans 10 % des cas et s'intègre dans les cellules hôtes au contact des gènes c-Myc et N-Myc qui sont alors activés. Ainsi se créent les lésions précancéreuses de bas ou de haut grade qui évolueront en quelques années vers le cancer invasif. Le cancer est de type épidermoïde développé à partir de l'épithélium malpighien mais il peut aussi s'agir d'un adénocarcinome qui se développe aux dépens de l'épithélium endocervical de type glandulaire (10 % des cas).

À qui et à quel rythme faire un frottis de dépistage ?

À toutes les femmes qui ont des rapports sexuels.

Le premier frottis sera fait à 25 ans, le second l'année suivante pour éviter les faux négatifs. Si ces deux frottis sont normaux, le frottis sera refait tous les deux à trois ans jusqu'à 65 ans (Anaes, 2004).

Il est éventuellement possible de commencer le dépistage à 20 ans si les rapports sexuels ont été très précoces. Il n'est pas nécessaire de modifier la fréquence des frottis en fonction des facteurs de risque. En cas de pathologie le rythme des frottis doit bien sur être modifié.

Le frottis doit être différé si la femme a ses règles, ou une infection cervicovaginale (*Chlamydia*, gonocoque, *Trichomonas*, *Candida*, etc.). Le frottis sera réalisé après un traitement approprié.

Lors de la grossesse le frottis peut être fait au premier trimestre ou à la visite de suites de couches. Il reste néanmoins interprétable et réalisable tout au long de la grossesse.

À qui ne pas faire de frottis ?

Il n'y a pas lieu de faire un frottis à une femme qui n'a jamais eu de rapports, qui a eu une hystérectomie totale pour lésion bénigne, qui a plus de 65 ans avec un bon suivi.

Quand faire le frottis ?

En dehors de la période des règles, à distance d'un rapport sexuel, en l'absence d'infection avant de faire un toucher vaginal, éventuellement après un traitement hormonal (quinze à trente jours de traitement œstrogénique) chez une femme ménopausée.

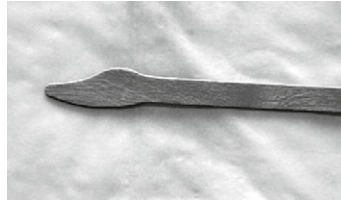
Quel est le matériel nécessaire pour faire un frottis

Il faut avoir (figure 74.1) :

- un spéculum avec une pince longuette et des compresses ;
- une spatule d'Ayre et un coton-tige ou une cytotrosse ;
- une lame ou deux ;
- un fixateur ;
- un porte-lame ;
- pour les frottis en phase liquide : un flacon contenant un milieu de transport adapté et une brosse spécifique sont fournis par le laboratoire qui interprétera le frottis.



(a)



(b)



(c)

Fig. 74.1

Matériel de prélèvement pour faire un frottis cervical de dépistage.

- (a) : spatule d'Ayre extrémité large ; coton-tige ;
- (b) : spatule d'Ayre extrémité pointue
- (c) : cytotrosse

Comment faire le frottis ?

1. Exposer le col avec le spéculum introduit sans lubrifiant.
2. Essuyer la glaire et les sécrétions avec une compresse sèche montée sur la pince longuette de façon à bien dégager la zone de jonction bien visible chez la femme en activité génitale.
3. Faire le prélèvement sur la zone de jonction qui sépare la muqueuse malpighienne de la muqueuse glandulaire.

4. Si la zone de jonction est bien visible, il faut appliquer la spatule d'Ayre par son extrémité la plus large et tourner celle-ci de façon à bien balayer la jonction squamocylindrique.
5. Si la zone de jonction est mal vue ou incomplètement (cas de la femme ménopausée) il faut utiliser le bout pointu de la spatule ou faire deux prélèvements : l'un avec la spatule, l'autre avec un porte-coton ou une cytobrosse.
6. Faire un étalement d'épaisseur décroissante, d'un seul trait sur la lame. Le prélèvement sera fixé avec le produit donné par le laboratoire puis mis dans un porte-lame fermé et identifié.

Pour un frottis en milieu liquide : les temps 1, 2 et 3 sont identiques ; avec la cytobrosse il faut bien balayer la jonction squamocylindrique, puis l'introduire dans le milieu de transport et bien frotter les parois du tube avec la brosse pour que les cellules entrent en suspension dans le liquide, parfois il faut casser l'extrémité de la brosse dans le tube.

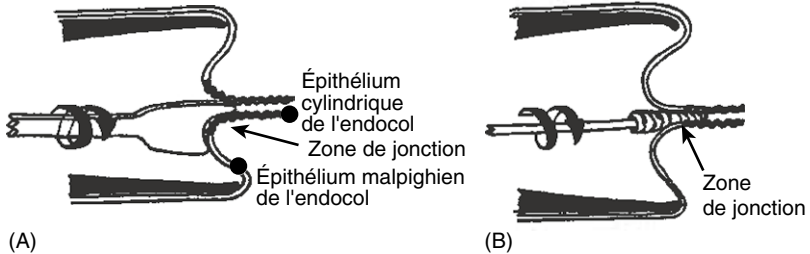


Fig. 74.2

La réalisation du frottis.

- A. Lorsque la zone de jonction est visible
- B. Lorsque la zone de jonction n'est pas visible

Quels renseignements donner au cytologiste ?

Il faut :

- identifier la femme : nom, prénom, âge ;
- donner la date des dernières règles ou indiquer celle de la ménopause ou du début de grossesse ;
- le motif du prélèvement : dépistage, surveillance d'une dysplasie ;
- la prise de traitement : hormonal (OP, THS), chimiothérapie, antibiotiques ;
- les modalités de la contraception : pilule, stérilet ;
- la référence des précédents frottis.

Comment comprendre la réponse du cytologiste ?

Elle comprend deux parties.

La qualité du prélèvement

- Bonne avec des cellules exo- et endocervicales. Le résultat sera fiable.
- Mauvaise : peu de cellules, sang ; infection. Il faut refaire le frottis éventuellement après traitement pour que le cytologiste puisse se prononcer.

La normalité ou non des cellules du col si le prélèvement est de qualité

- Frottis normal : absence d'anomalies des cellules malpighiennes ou glandulaires.
- Lésions cellulaires faisant évoquer une lésion de bas ou de haut grade.
- Atypies cellulaires de nature indéterminée : ASCUS (*atypical squamous cells of undetermined significance*) ou AGUS (*atypical glandular cells of undetermined significance*).

Que dire à la femme ?

- « **Votre frottis est normal.** » Il faut en refaire un l'année prochaine si c'est son premier frottis (risque de faux négatif) ou dans deux à trois ans si elle a déjà eu deux frottis normaux.
- « **Le prélèvement montre trop peu de cellules** pour être interprétable : il faut le refaire. »
- « **Le prélèvement montre une infection** il faudra le refaire après le traitement que je vous prescris. »
- « **Le prélèvement révèle des anomalies** » : il faut voir un gynécologue pour faire une colposcopie et s'il le juge utile une biopsie ou un prélèvement HPV. La biopsie seule permettra un diagnostic correct. Le diagnostic pourra être une lésion virale à HPV (condylome) une lésion précancéreuse (lésion de bas ou de haut grade).
- Selon les résultats on sera peut-être amené à détruire les lésions avec le laser ou à enlever sous anesthésie locale ou générale une partie du col (conisation). La récurrence est rare (3 % si *in sano*). C'est l'avantage du dépistage.
- Après traitement il est recommandé de faire un frottis avec colposcopie trois à quatre mois après puis tous les six mois pendant deux ans et enfin tous les ans jusqu'à 65 ans.

► **Mots clés** : frottis ; cancer du col ; dépistage.

Références

Andem. *Pratique des frottis cervicaux pour le dépistage du cancer du col*, tome 2, pp. 9-24. Paris, Andem, 1995.

Anaes. *Conduite à tenir devant un frottis anormal du col de l'utérus*. Paris, Anaes, 1998.

Question 75

Elle a un frottis cervico-utérin pathologique

La demande

« Docteur, je viens vous voir pour les résultats de mon frottis, il est marqué qu'il y a des lésions, qu'est ce que cela veut dire ? »

Le préliminaire

Un frottis doit être pratiqué chez toute femme en activité génitale à partir de l'âge de 20 ans, à une an d'intervalle pour les deux premiers puis tous les trois ans et ce, jusqu'à 65 ans si les frottis antérieurs sont normaux. Toutes les études épidémiologiques ont démontré une diminution importante de l'incidence et de la mortalité du cancer du col dans les pays où le dépistage est organisé. Les dysplasies ne semblent pas toujours avoir une évolution progressive et certaines lésions seraient sévères d'emblée, constituant les cancers d'évolution rapide.

La première consultation

Il faudra expliquer à la patiente la nécessité d'un avis spécialisé pour apprécier la gravité de la lésion, la zone de jonction et les zones de transformations atypiques et enfin, diriger les biopsies. On pourra rappeler à cette occasion la nécessité d'une prévention des IST.

Le point de vue du gynécologue

Différents outils diagnostiques

- **La colposcopie** pour repérer l'anomalie du col utérin. Elle est indispensable pour diriger des biopsies et avoir ainsi un diagnostic histologique. Le compte rendu doit comporter un schéma avec l'emplacement de la zone de jonction pavimontocylindrique, les zones de transformation et la topographie des lésions.
- **La biopsie cervicale** dirigée sous contrôle colposcopique. Elle est réalisée sur la partie la plus suspecte de la lésion. Elle doit ramener de l'épithélium de surface et du stroma sous-jacent.
- **Le curetage endocervical** pour rechercher une lésion de l'endocol inaccessible à la biopsie. Il ne permet pas d'éliminer une lésion invasive car le prélèvement est superficiel.
- **La détection des papillomavirus humains (HPV)** car les lésions précancéreuses et cancéreuses du col utérin sont liées, dans la majorité des cas, à la persistance d'une infection par un HPV potentiellement oncogène.

Conduite diagnostique

Pour un frottis cervico-utérin avec des atypies des cellules malpighiennes (ASC) (fig. 75.1) :

- ASC-US : de signification indéterminée ; un frottis ASC-US correspond seulement dans 5 à 10 % des cas à une lésion histologique de type CIN 2, CIN 3, exceptionnellement à un cancer invasif ;
- ASC-H : ne permettent pas d'exclure une lésion malpighienne intra-épithéliale de haut grade. Un frottis ASC-H correspond dans 40 % des cas à une lésion histologique de type CIN 2 ou 3, exceptionnellement à un cancer invasif.

Les ASC sont la seule indication actuelle remboursée de typage HPV.

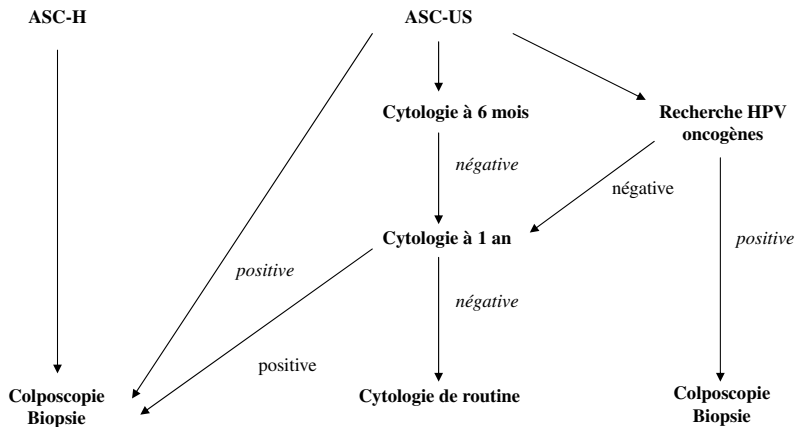


Fig. 75.1
Prise en charge des atypies des cellules malpighiennes (ASC).

Pour un frottis cervico-utérin avec des lésions malpighiennes intra-épithéliales de bas grade (LSIL) (fig. 75.2) :

- les LSIL regroupent les modifications cellulaires correspondant à l'effet cytopathogène induit par les HPV (koilocytes) et les dysplasies légères du col (CIN 1) ;
- environ 2 % des frottis aboutissent à un diagnostic de LSIL et plus de la moitié de ces lésions régressent spontanément ; les autres persistent ou évoluent vers des lésions malpighiennes intra-épithéliales de haut grade (HSIL) et des cancers invasifs ;
- la recherche des HPV potentiellement oncogènes n'est pas recommandée en première intention dans la prise en charge des LSIL car cette recherche est positive dans 80 % de ces lésions.

Pour un frottis cervico-utérin avec des lésions malpighiennes intra-épithéliales de haut grade (HSIL) :

- une colposcopie est à réaliser d'emblée pour repérer les lésions et orienter les biopsies ; il est inutile et dangereux de refaire un frottis à cause du risque de méconnaître une lésion plus grave et de la laisser évoluer vers l'invasion ;

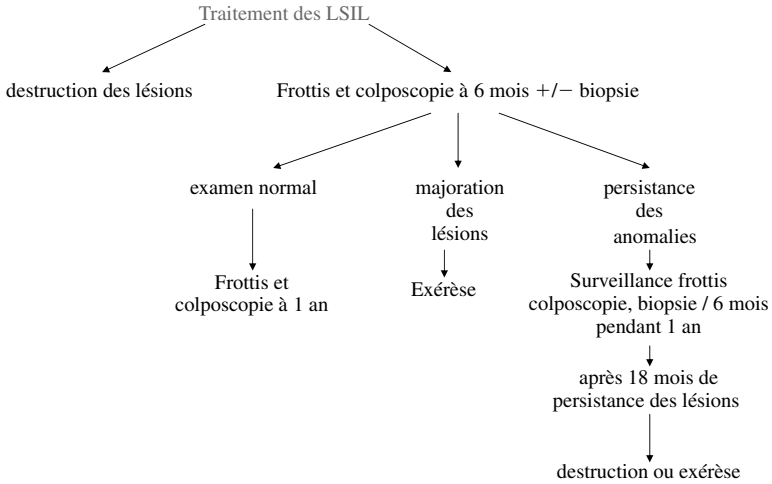


Fig. 75.2
Prise en charge des LSIL.

■ si la colposcopie ne permet pas d'observer l'intégralité des lésions cervicales, notamment vers le canal endocervical, elle est considérée comme non satisfaisante ; une conisation à visée diagnostique est alors indiquée.

Pour un frottis cervico-utérin avec des anomalies des cellules glandulaires : quelles que soient les anomalies des cellules glandulaires, une colposcopie avec biopsie dirigée et/ou curetage de l'endocol est recommandé. Si les anomalies des cellules glandulaires sont de type endométrial, un contrôle histologique de l'endomètre est nécessaire. Si ces examens sont normaux :

- en cas d'atypies des cellules glandulaires, il est recommandé de refaire un frottis à six mois ;
- en cas d'anomalie cytologique suggérant une néoplasie, une conisation diagnostique associée à un curetage de l'endomètre est recommandée.

Conduite thérapeutique devant une lésion histologique du col utérin

Pour les lésions histologiques malpighiennes intra-épithéliales de bas grade (CIN 1) :

- en cas de discordance entre les éléments diagnostiques (frottis, colposcopie et biopsie) ou si la zone de jonction pavimonto-cylindrique est non ou seulement partiellement visible, une conisation est nécessaire afin d'avoir une certitude du diagnostic histologique ;
- sinon la décision thérapeutique est à prendre avec la patiente. Une destruction par vaporisation lazer sera proposée **après 18 mois**.

Pour les lésions malpighiennes intra-épithéliales de haut grade (CIN 2 et 3) : ces lésions doivent toujours être traitées, le plus souvent par électroconisation.

Les modalités de surveillance post-thérapeutique des CIN

Un premier contrôle entre trois et six mois doit comporter un frottis ainsi qu'une colposcopie.

Si ces examens sont normaux, ils devront être répétés dans un délai de six à douze mois avant d'envisager une surveillance cytologique annuelle.

À l'inverse, en cas d'anomalies, l'expectative ou un traitement destructeur est envisageable pour les lésions de bas grade et une nouvelle exérèse est nécessaire pour les lésions de haut grade ou non complètement visibles à la colposcopie.

► **Mots clés** : frottis cervico-utérin ; lésion intra-épithéliale ; ASCUS ; surveillance.

Références

Recommandations pour la pratique clinique: conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-utérin anormal. Actualisation 2002 : www.anaes.fr

Rouzier R. Prise en charge des CIN 1. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la reproduction*, 2008, 37S : S114-S120.

Dvorak KA, Finnemore M, Maksem JA. Histology correlation with atypical squamous cells of undetermined significance (ASCUS) and low-grade squamous intraepithelial lesion (LSIL) cytology diagnoses: an argument to ensure ASCUS follow-up that is as aggressive as that for LSIL. *Diagn Cytopathol*, 1999, 21: 292-5.

Question 76

Elle a des règles douloureuses et/ou irrégulières (entre 18 et 40 ans) sans contraception, que faire ?

La demande

« Docteur mes règles sont de plus en plus douloureuses et irrégulières. »

Le préliminaire

Cette plainte très fréquente doit être prise en compte sérieusement car les femmes sont parfois très gênées. Il s'agit souvent plus d'un syndrome prémenstruel.

Il faut évoquer une endométriose ou un syndrome des ovaires polykystiques (SOPK).

En fait, il s'agit le plus souvent d'un trouble bénin mais pas mineur.

La première consultation

Il faut écouter la femme et par un interrogatoire attentif, comprendre l'importance des troubles. Il faut en rechercher l'évolution :

- depuis quand les règles sont-elles douloureuses ?
- la douleur commence-t-elle avant les règles ?
- les règles sont-elles douloureuses à chaque cycle ?
- la femme est-elle obligée d'arrêter toutes activités ?
- la douleur est-elle uniquement abdomino-pelvienne ou s'accompagne-t-elle de céphalée (migraine) ?

Il faut noter la durée des cycles, leur espacement, leur abondance.

L'examen est adapté à l'âge de la patiente : poids, taille, pression artérielle, auscultation cardiaque et pulmonaire, aires ganglionnaires, palpation de la thyroïde, inspection de la pilosité générale, pubienne et axillaire, examen des seins et palpation de l'abdomen.

En l'absence de signes d'endométriose ou de SOPK, des examens complémentaires ne sont pas nécessaires à ce moment.

Le médecin propose des traitements antispasmodiques associés à du paracétamol ; si ce traitement n'est pas efficace on peut associer un AINS ou devant des dysménorrhées des antiprostaglandines.

Si tous ces traitements ne sont pas efficaces et si la gêne est importante il est licite de proposer, en l'absence de contre-indication, un traitement par œstroprogestatif, type pilule ou par progestatif simple pour régulariser les cycles et en diminuer l'abondance.

Il faudra réévaluer les douleurs trois mois plus tard et en cas de persistance des symptômes, demander un avis spécialisé après avoir fait réaliser une échographie pelvienne si possible endovaginale.

Le point de vue du gynécologue

La dysménorrhée (ou algoménorrhée) est un symptôme extrêmement fréquent concernant environ une femme sur deux. Dans 10 % des cas elle peut prendre la forme de douleurs intenses voire syncopales entravant l'activité quotidienne et professionnelle. L'objectif pour le praticien sera de faire la distinction entre une dysménorrhée organique et une dysménorrhée fonctionnelle afin de traiter voire d'orienter la patiente vers une consultation spécialisée.

L'irrégularité menstruelle (ou anisoménorrhée) est un trouble également fréquent. Il s'agit d'un symptôme le plus souvent distinct du précédent. Il faudra là aussi savoir dépister une anomalie sous-jacente.

Conduite à tenir devant une dysménorrhée

Rechercher une cause organique

L'endométriose pelvienne

- Cause la plus souvent retrouvée.
- Patiente de plus de 25 ans.
- Association évocatrice de dysménorrhées et de dyspareunies profondes.
- On recherchera : une rétroversion fixée, un nodule du ligament utéro-sacré ou de la cloison rectovaginale, un kyste ovarien fixé (endométriome).
- On demandera : une échographie endovaginale (endométriome), une IRM (endométriome péritonéale ou de la cloison rectovaginale), dans certains cas une coéloscopie (dysménorrhées intenses, infertilité, macronodules ou kystes endométriosiques).

L'adénomyose utérine

- Extrêmement fréquente après 35 ans.
- Parfois cause de dysménorrhée.
- Le diagnostic est échographique.

Les sténoses cervicales

- Congénitale : hypoplasies ou agénésie cervicales, malformations utérines complexes.
- Acquisées : chirurgie cervicale, curetage, polypes ou fibromes.

L'infection génitale chronique et les rétrodéviations utérines isolées sont rarement à l'origine de dysménorrhées.

Traiter une dysménorrhée fonctionnelle

Traitements à visée physiopathologique

Les antiprostaglandines sont efficaces dans 90 à 100 % des cas :

- naproxène (*Naprosyne*) : 2 cp/jour ;
- acide flufénamique (*Arlef*) : 2 à 4 cp/jour ;
- acide méfénamique :
 - *Ponstyl* : 3 à 6 gél/jour ;
 - *Antadys* : 2 cp/jour.

Les œstroprogestatifs (cf. tableau 52.1) et les progestatifs macrodosés (*Lutéran* 10 mg/j, *Colprone* 10 mg/j, *Lutényl* 1 cp/j, *Surgestone* 500 mg/j).

Ils ont un effet inhibiteur de l'ovulation s'ils sont prescrits vingt jours par cycle (du cinquième au vingt-cinquième jour). Ils diminuent le volume et la durée des règles. Ils ont un effet antidysménorrhéique à partir de dix jours de prise par cycle. En pratique si l'effet contraceptif n'est pas recherché, on prescrira un progestatif du quinzième au vingt-cinquième jour du cycle. Si la patiente est demande l'effet contraceptif la prescription (hors AMM) sera alors de vingt jours par cycle¹.

Traitements à visée symptomatique

Ils peuvent suffire dans les formes mineures.

- Antalgiques :
 - paracétamol : 1 à 3 g/j,
 - paracétamol + dextropropoxyphène (*Di-Antalvic*) : 1 à 3 g/j ;
- Antispasmodiques : phloroglucinol (*Spasfon*) : 2 à 6 cp/j.

Conduite à tenir devant une anisoméorrhée (irrégularité menstruelle)

Rechercher une cause associée

Le syndrome des ovaires multipolykystiques (SOPK)

SOPK de type I (syndrome de Stein-Leventhal) : anisoméorrhée, hyperandrogénie biologique et clinique (acné, séborrhée, hirsutisme), obésité, insulino-résistance, dysovulation, gros ovaires micropolykystiques, rapport FSH/LH < 1.

SOPK de type II : symptomatologie fruste voire réduite à l'anisoméorrhée et la dysovulation.

Autres endocrinopathies

Dysthyroïdies, syndrome de Cushing, hyperprolactinémies et autres tumeurs hypophysaires, hyperplasie congénitale des surrénales, etc.

Prises médicamenteuses

Corticoïdes, médicaments hyperprolactinémisants, etc.

Trouble du cycle des sportives de haut niveau

Les irrégularités menstruelles ne sont pas rares et conduisent à une aménorrhée d'origine suprahypothalamique.

Traiter l'anisoméorrhée

L'abstention thérapeutique

S'il existe une cause curable ou si la patiente accepte ses irrégularités menstruelles.

La stimulation de l'ovulation

N'est adaptée que dans les situations d'infertilité associée et sur un nombre réduit de cycles (citrate de clomifène).

¹Seuls les norstéroïdes (*Orgamétriol*, *Primolut-Nor*) ont l'AMM en contraception orale mais leurs effets indésirables pondéraux et métaboliques limitent leur utilisation.

Le traitement substitutif

Permet de créer un cycle endométrial artificiel mais nécessite une imprégnation œstrogénique de l'endomètre (endogène ou exogène).

En pratique :

- s'assurer de l'imprégnation œstrogénique endogène :
 - dydrogesterone (*Duphaston*) 10 mg : 1 comprimé matin et soir pendant dix jours puis arrêt,
 - l'apparition de « règles » (hémorragie de privation) signe l'imprégnation œstrogénique ;
- il y a imprégnation œstrogénique :
 - la patiente ne désire pas de contraception orale. Poursuivre la prescription : *Duphaston* 10 mg : 1 comprimé matin et soir du seizième au vingt-cinquième jour du cycle.
 - la patiente désire une contraception orale. Prescrire suivant le contexte (cf. Question 52) :
 - soit une pilule œstroprogestative minidosée,
 - soit une pilule macroprogestative sur une phase longue (signe d'insuffisance lutéale : ménorragies fonctionnelles, mastodynies) (voir ci-dessus).
- Il n'y a pas d'imprégnation œstrogénique suffisante : prescrire une pilule œstroprogestative minidosée.

► **Mots clés** : dysménorrhée ; anisoménorrhée ; troubles du cycle menstruel.

Références

Lansac J, Lecomte P, Marret H. *Gynécologie pour le Praticien* (6^e ed.). Paris, Masson, 2002.

JL Leroy. Traitement des dysménorrhées 12^e journée d'Aquitaine Bordeaux, 1993 : gyneweb.fr

Question 77

Elle a des douleurs pelviennes rythmées par les règles, que faire ?

La demande

« Docteur, j'ai mal au ventre tous les mois. »

Le préliminaire

Il s'agit le plus souvent de douleurs bénignes en milieu de cycle ou de douleur pendant les règles ou dysménorrhées.

Si une échographie est pratiquée, elle met le plus souvent en évidence des kystes fonctionnels qu'il ne faut pas opérer. Le traitement est le plus souvent le blocage de l'ovulation.

Ne pas oublier de chercher une endométriose dont les localisations sont multiples et la symptomatologie polymorphe en fin de cycle. C'est l'aménorrhée qui alors résoudra souvent le problème.

La première consultation

À l'interrogatoire, le médecin fait préciser la périodicité des douleurs en fonction des règles.

Le médecin devant la plainte de cette femme de 30 ans, va pratiquer un examen complet : poids, taille, pression artérielle, auscultation cardiaque et pulmonaire, aires ganglionnaires, palpation de la thyroïde, avec examen gynécologique : palpation des seins, de l'abdomen, inspection de la vulve, examen au spéculum avec inspection du col et des culs-de-sac vaginaux, frottis cervical (si pas de frottis depuis deux ans) et enfin toucher vaginal, à la recherche d'une douleur ovarienne provoquée ou de nodules d'endométriose. L'examen peut être réalisé pendant les règles lors de la période douloureuse.

Si l'examen est normal, le médecin prescrira un antalgique souvent à base d'AINS, acide méfénamique (*Ponstyl*) ou flurbiprofène (*Antadys*) et éventuellement, en l'absence de contre-indication, proposera le blocage de l'ovulation par un œstrogénostatif ou par un macroprogestatif pendant six mois.

Devant une anomalie de l'examen clinique, il prescrira une échographie pelvienne endovaginale.

Le point de vue du gynécologue

Les douleurs pelviennes rythmées par les règles peuvent faire évoquer une anomalie du déroulement du cycle menstruel. Elles peuvent aussi orienter vers une pathologie organique.

C'est un symptôme subjectif, fréquent, très difficile à quantifier. L'interrogatoire est le temps essentiel de la consultation en médecine générale, car il permet de caractériser le plus précisément possible le syndrome douloureux. Les explorations

complémentaires peuvent être nécessaires pour faire la part de l'organique et du fonctionnel. L'échographie, dont la demande doit être étayée par les données de l'examen clinique, représente l'exploration de première intention. Enfin, le traitement vise à soulager le plus simplement possible. Il ne faut pas méconnaître une endométriose, en sachant y penser devant la persistance de symptômes cycliques.

Le diagnostic

L'interrogatoire

Il définit les circonstances d'apparition des douleurs et leur survenue par rapport à la date du cycle, le siège, l'irradiation, l'intensité et le caractère de la douleur, évalue la régularité des cycles menstruels, l'importance des règles et le retentissement du syndrome douloureux, recherche d'éventuels symptômes associés (troubles de la fertilité) et précise les antécédents gynécologiques et obstétricaux, le mode de contraception.

Lorsque les douleurs apparaissent au moment des règles, on oppose classiquement la dysménorrhée primaire, souvent fonctionnelle, de la dysménorrhée secondaire, souvent organique, survenant plus tardivement dans la vie génitale. La première est souvent un facteur de risque de la seconde.

L'examen clinique

L'examen clinique abdomino-pelvien et mammaire est réalisé préférentiellement durant la période douloureuse et peut être effectué par le médecin généraliste. Au spéculum, on recherche des nodules d'endométriose, un stérilet déplacé, un polype accouché par le col, une sténose cervicale et la glaire peut être examinée en milieu de cycle. Le toucher vaginal peut objectiver une douleur à la mobilisation utérine, une masse annexielle, une induration du cul-de-sac postérieur ou des ligaments utéro-sacrés.

Explorations complémentaires

Parmi les explorations complémentaires, l'échographie pelvienne endovaginale est un examen de première intention, elle peut être prescrite par le médecin généraliste qui justifiera sa demande en mentionnant les données de l'interrogatoire et de l'examen clinique pour orienter le radiologue. **L'échographie** précise les caractères d'une masse pelvienne découverte à l'examen clinique ou découvre une anomalie cliniquement indécélable (NP2), un nodule d'endométriose. **L'hystérogographie**, pratiquée autrefois après avoir écarté une infection pelvienne, pouvait objectiver des lésions intracavitaires ou des images d'adénomyose (NP3) ; néanmoins **l'IRM** est désormais le second examen à demander devant une suspicion d'endométriose profonde. Les autres examens (bilan hormonal, explorations endoscopiques) sont souvent demandés par le spécialiste. **La coélicopie** permet de découvrir des séquelles inflammatoires des adhérences, ou des lésions d'endométriose péritonéale (NP2) superficielle ou profonde. Néanmoins, parfois rien n'est objectivé et il s'agit de dysménorrhées fonctionnelles.

Le traitement

Il comportera deux objectifs, soulager la douleur et traiter la cause.

La douleur sera traitée en prescrivant un antalgique qui devra être prescrit pour être pris dès les prémices de la douleur, cela concerne le paracétamol,

les antispasmodiques mais surtout les antiprostaglandines de type *Ponstyl* (6 cp/24 h) ou *Antadys* (3 cp/24 h) ou anti-inflammatoire.

Un œstroprogestatif pourra également être prescrit pour traiter un syndrome prémenstruel.

Le traitement de la cause doit également être entrepris. Parfois seule la disparition des règles est efficace comme dans l'endométriose, un traitement en continu par progestatifs ou par œstroprogestatif est possible, en limitant les règles à deux ou trois épisodes par an. Les analogues de la LH-RH n'ont d'intérêt que pour l'endométriose confirmée ou en test thérapeutique après échec des précédents et après IRM.

Tableau 77.1

Conduite à tenir en fonction de l'orientation diagnostique définie par les signes d'appel cliniques et paracliniques.

Cause	Étiologie	Profil clinique	Bilan paraclinique	Traitement
Fonctionnel	Dysménorrhée fonctionnelle	Adolescente Douleur avant et pendant les règles Examen normal	Échographie (NP2)	Antalgique-antispasmodique (antiprostaglandines) Progestérone naturelle : 7 jours avant les règles
	Syndrome prémenstruel	Signes associés : mammaire, œdèmes, signes abdomino-pelviens, neuropsychiques Contexte psychologique	Biologie : Insuffisance lutéale Hyperandrogénie Normal	Symptomatique Veinotropes (NP4) Psychothérapie (NP5)
	Kyste fonctionnel	Tension douloureuse unilatérale Masse annexielle	Échographie (NP2)	Abstention (NP1) Œstroprogestatif (NP4) Ponction échoguidée (NP4)
Organique	Endométriose	Dysménorrhée secondaire (J2) périodique, progressive, provoquée Dysovulation (douleur intermenstruelle)	Échographie (NP2) : Hystérocopie (NP4) adénomyose, sténoses tubaires	Antalgique-Antispasmodique si dysménorrhée Progestatif de type 19-norstéroïde pour 3 à 6 mois, ou norpregnane (J5-J25) pour une durée > 6 mois si troubles associés modérés (NP5)

Tableau 77.1 (Suite)

Cause	Étiologie	Profil clinique	Bilan paraclinique	Traitement
		Dyspareunie profonde Douleur pelvienne chronique Ménorragies Défécation douloureuse et autres troubles digestifs Dysurie, mictions impérieuses, hématurie	IRM (NP3) : adénomyose, lésion péritonéale Coelioscopie (NP1)	Danatrol (400 à 800 mg/j) inhibe les gonadotrophines hypophysaires (NP3) Agonistes de la LH-RH (6 mois) traitement de référence des formes invalidantes qui crée une ménopause artificielle (NP1) Chirurgie en cas d'échec du traitement médical ou d'emblée si endométriose (NP2)
	Dystrophie ovarienne	Douleur ovulatoire latéralisée Hypofertilité Hirsutisme Obésité	Échographie Bilan hormonal	Gestrogéstatif normodosé (NP3)
	Séquelles inflammatoires	Douleur prémenstruelle chronique Antécédent d'infection pelvienne ou de chirurgie pelvienne	Coelioscopie (NP2)	AINS (NP5) Repos (NP5) Chirurgie (NP5)

► **Mots clés** : dysménorrhée ; endométriose ; dystrophie ovarienne ; échographie ; coelioscopie.

Références

Hédon B, Madelenat P, Dargent D, Frydman S. Université francophones. *Gynécologie*. Paris, Ellipses, 1998.

Endométriose: www.esculape.com/fmc/endometriose.html

Emperaire JC. *Gynécologie endocrinienne du praticien*. Version on-line de la 5^e édition (Frisson-Roche). <http://www.gyneweb.fr/source/gyngene/gynendoc/sommaire.html>

Question 78

Elle a des sensations de pesanteur pelvienne et on découvre une tuméfaction pelvienne, que faire ?

La demande

« Docteur, j'ai 30 ans et le ventre lourd depuis quinze jours. »

Le préliminaire

Il faut éliminer en premier une grossesse.

La masse peut être d'origine utérine (cf. Question 1) ou ovarienne.

Une échographie abdomino-pelvienne est indispensable.

Le traitement est le plus souvent chirurgical.

Le traitement doit être rapide devant une masse annexielle afin d'éviter la torsion d'annexe.

La première consultation

À l'interrogatoire, le médecin recherche la date des dernières règles, l'utilisation régulière d'une contraception, l'ancienneté de la pesanteur et les signes associés (douleur, fièvre, constipation, troubles urinaires).

Le médecin devant la plainte de cette jeune femme, va pratiquer un examen complet : poids, taille, pression artérielle, auscultation cardiaque et pulmonaire, aires ganglionnaires, palpation de la thyroïde, avec examen gynécologique : palpation des seins, de l'abdomen, inspection de la vulve, examen au spéculum avec inspection du col, frottis cervical (si pas de frottis depuis deux ans) et enfin toucher vaginal.

Dès la palpation une masse peut être découverte dont la localisation sera précisée par le toucher vaginal.

Il prescrit une échographie pelvienne à la recherche d'une pathologie ovarienne qui nécessitera une consultation spécialisée.

Le point de vue du gynécologue

La découverte d'une tuméfaction pelvienne au décours d'une consultation pour pesanteurs doit faire évoquer avant tout une pathologie ovarienne, tubaire ou utérine. Il ne s'agit classiquement pas d'une urgence médico-chirurgicale. Cependant, les signes de gravité doivent être connus pour adapter au mieux le traitement.

Le diagnostic

L'interrogatoire

Il doit faire préciser les circonstances déclenchantes de ces pesanteurs, l'ancienneté, l'allure évolutive et le rythme selon le cycle menstruel, les signes d'accompagnement (douleurs, saignements, fièvre, altération de l'état général) et les antécédents médico-chirurgicaux (digestifs et urinaires), gynécologiques (prise de contraceptifs) et obstétricaux.

L'examen clinique

Il peut être réalisé par le médecin généraliste s'il est entraîné à la pratique gynécologique. Il débute par une inspection abdominale (cicatrices) et périnéale. La pose du spéculum permet d'évaluer l'état du col utérin. Le toucher vaginal combiné au palper abdominal confirme l'existence de la tuméfaction pelvienne et définit son siège, sa mobilité, sa consistance, ses limites, ses rapports avec l'utérus ou les annexes et sa relation avec la symptomatologie décrite. Le toucher rectal permet l'exploration de la cloison rectovaginale et du cul-de-sac de Douglas (NP4).

Les tuméfactions pelviennes d'origine anxielle concernent les kystes ovariens fonctionnels et organiques, les tumeurs malignes de l'ovaire, les dystrophies ovariennes, les hydrosalpinx et pyosalpinx. Les tuméfactions pelviennes d'origine utérine concernent le fibrome utérin, l'adénomyose et les cancers utérins. Les tuméfactions pelviennes non gynécologiques concernent les tumeurs digestives, les tumeurs des parties molles, rétropéritonéales et les rétentions urinaires.

Les examens complémentaires

Devant une tuméfaction pelvienne, le premier examen complémentaire à demander est une échographie-Doppler du pelvis (NP2).

Échographie pelvienne

L'échographie pelvienne endovaginale permet de visualiser l'utérus et les ovaires et d'apprécier la localisation, la taille, l'aspect et la vascularisation de la tuméfaction. Il est important de bien préciser à l'échographiste sur l'ordonnance ce qu'il doit rechercher. En effet, la taille d'un kyste ovarien, son homogénéité, l'épaisseur de sa paroi, l'existence de cloisons, voire de végétations, sa vascularisation sont des éléments prédictifs de sa nature fonctionnelle ou organique, bénigne ou maligne. Une image solide latéro-utérine peut aussi correspondre à un kyste ovarien (hémorragie intrakystique, endométriome), à un fibrome sous-séreux pédiculé ou à une tumeur ovarienne. Les images mixtes sont observées dans les dystrophies ovariennes, les kystes dermoïdes, et les cancers de l'ovaire. L'utérus polymyomateux est déformé par de nombreux nodules hypoéchogènes intramuraux. L'adénomyose est suspectée devant un gros utérus fibreux à la paroi hétérogène. Dans le cancer de l'endomètre, la lumière de l'utérus augmenté de taille est épaissie et hétérogène (NP3). Le médecin généraliste peut revoir la patiente avec les résultats échographiques et l'adressera en fonction pour un avis spécialisé.

Scanner abdomino-pelvien ou IRM

Si l'échographie n'est pas suffisamment contributive, le scanner abdomino-pelvien ou l'IRM permettent de préciser la nature et le siège de la tuméfaction, ainsi que ses rapports avec les organes de voisinage (NP5). Ils sont demandés par les médecins spécialistes. Les explorations endoscopiques, à visée diagnostique ou thérapeutique, sont réalisées si un cancer de l'endomètre ou du rectum est suspecté. La coelioscopie est l'indication de choix pour le diagnostic, le traitement et le pronostic des tuméfactions annexielles (NP1).

Il n'y a pas d'indication à la prescription de CA 125 autrement que devant une suspicion de tumeur maligne du pelvis.

Traitement

Le traitement des kystes ovariens sera la kystectomie chez la femme jeune et en âge de procréer ou l'annexectomie chez une femme plus âgée ou en devant un doute diagnostique.

Tableau 78.1

Conduite à tenir devant une tuméfaction pelvienne en fonction de l'orientation diagnostique définie par les signes d'appel cliniques et paracliniques.

Orientation	Pathologie	Profil clinique	Bilan paraclinique	Traitement
Orientation vers un processus tumoral bénin	Fibrome utérin Adénomyose Kystes ovariens fonctionnels Kystes ovariens organiques Dystrophies ovariennes « intrinsèques »	40-50 ans Hyperœstrogénie Ménométrorragie Douleurs Non ménopausée Antécédents Tout âge Symptômes variables Hyperandrogénie Dysovulation Spanioménorrhée	Échographie Hystérogographie ou IRM si adénomyose ou polymyomateux Échographie CA 125 Échographie Bilan hormonal	Traitement chirurgical Embolisation si fibrome à discuter (NP5) Abstention (NP1) Coelioscopie Chirurgie (NP1-4) Contraception (NP4)
Orientation vers une pathologie post-infectieuse	Pyosalpinx Hydrosalpinx Dystrophies ovariennes « extrinsèques »	Contexte de salpingite Leucorrhées Douleurs Antécédents de salpingite Infertilité Dysovulation Douleurs Colopathie (adhérences)	Échographie NFS, VS, CRP Sérol. Chlamydia Bactério. vaginale Échographie Sérol. Chlamydia Échographie Bilan hormonal	Coelioscopie : Salpingotomie ou salpingectomie Antibiothérapie (NP4) Coelioscopie : néosalpingostomie ou salpingectomie Antibiothérapie (NP4) Coelioscopie Adhésiolyse ? (NP5)

Suite

Tableau 78.1 (Suite)

Orientation	Pathologie	Profil clinique	Bilan paraclinique	Traitement
Orientation vers une pathologie maligne	Cancer de l'ovaire	50-70 ans Ascite	Échographie Scanner	Chirurgie Chimiothérapie
	Cancer de l'endomètre	Distension abdominale	CA 125 Hystéroscopie	Radiothérapie (NP4) Chirurgie
	Sarcome utérin	50-70 ans	IRM	Radiothérapie (NP4) Chirurgie
	Cancer du rectum	Métrorragie Diagnostic tardif	Échographie IRM	Radiothérapie (NP4) Chirurgie (NP4)
	Tumeurs rétropéritonéales	Métastases inaugurales	Rectosigmoïdoscopie	Radiochimiothérapie Chirurgie (NP4)
		50-70 ans	Scanner	Radiochimiothérapie
		Rectorragies	Scanner	
		Diagnostic tardif	IRM	
		Signes de compression		

► **Mots clés** : échographie ; kystes ovariens ; dystrophie ovarienne ; pathologie tubaire ; fibrome.

Références

Hédon B, Madelenat P, Dargent D, Frydman S. Université francophones. *Gynécologie*. Paris, Ellipses, 1998.

www.cngof.assoc.fr : Recommandation pour la prise en charge des kystes de l'ovaire 2001.

Question 79

Elle a des ménorragies, que faire ?

La demande

« Docteur, je n'arrête pas de me garnir. Que faire ? »

Le préliminaire

La ménorragie est définie comme un flux menstruel trop abondant (> 80 ml) et trop long (> 7 jours) ou simplement comme un flux menstruel trop abondant (> 80 ml).

La ménorragie fonctionnelle est la cause la plus fréquente.

Mais, il faut penser d'abord à :

- un saignement gravidique ;
- des pathologies utérines (cancer du col de l'utérus, hyperplasie ou cancer de l'endomètre, polypes utérins, léiomyomes, adénomyose, endométrite) ;
- des maladies générales (coagulopathies) ;
- des causes iatrogènes (dispositif intra-utérin, anticoagulants).

La première consultation

À l'interrogatoire, le médecin évalue l'abondance du saignement et son retentissement.

Il fait un examen clinique (cf. Question 1) à la recherche d'une pathologie organique.

Il prescrit des examens complémentaires : une numération globulaire avec plaquette, une échographie pelvienne endovaginale.

En l'absence d'anomalies, il prescrit soit :

- de l'acide tranexamique 500 mg (*Exacy*), à la dose de 6 cp/j ;
- du fer s'il y a une anémie ;
- des œstrogéstatifs oraux combinés avec un climat progestatif prédominant diminuent le flux menstruel en induisant une hypoplasie endométriale ;
- des progestatifs sont administrés soit par voie orale durant la phase lutéale ou sur une plus longue période, soit sous la forme d'un dispositif intra-utérin au lévonorgestrel.

En cas d'anomalies, il adresse la patiente au gynécologue.

Le point de vue du gynécologue

Les ménorragies correspondent à des pertes de sang génitales en dehors de la grossesse et au moment des règles. Ce sont des règles abondantes et de durée normale.

L'interrogatoire

Il précise les caractéristiques du cycle depuis la puberté, le caractère récent éventuellement de ce symptôme. Tout traitement hormonal ou contraception est noté.

L'examen clinique

Il fait appel à un examen au spéculum et au toucher vaginal. Il peut mettre en évidence un utérus augmenté de volume et déformé par des fibromes, un polype visible au spéculum et partiellement accouché par le col. Il recherche une prise d'anticoagulant ou un trouble de coagulation.

Les examens complémentaires

- Exclure une hémorragie gravidique en ayant recours au moindre doute au dosage de l'hCG plasmatique.
- Vérifier ou effectuer le frottis cervical.
- L'examen clé est l'échographie pelvienne endovaginale avec éventuellement hystérosonographie (injection d'un liquide dans la cavité utérine permettant de réaliser un contraste des lésions endocavitaires). Examen à faire en début de cycle.
- L'hystérosalpingographie n'est presque plus employée dans cette indication.
- NFS plaquette ferritine si suspicion d'anémie et recherche d'une pathologie de la coagulation.
- L'hystéroscopie diagnostique de consultation est possible dans les centres la réalisant.
- Une pipelle de Cornier avec biopsie est souhaitable en cas de normalité de tous les examens ou devant une suspicion de cancer de l'endomètre.

Diagnostics et traitements

Les ménorragies fonctionnelles

Ce sont les plus fréquentes. Elles sont souvent associées à une irrégularité des cycles, elles correspondent à un déséquilibre hormonal représenté par une insuffisance progestative. Le mécanisme physiopathologique n'est pas encore totalement élucidé. Ainsi les dosages hormonaux ne sont d'aucune utilité sauf en période péripubertaire.

Cliniquement l'utérus est de taille normale et à l'échographie il existe fréquemment un épaississement de la muqueuse utérine (> 6 mm en début de cycle) sans autre anomalie. Le traitement peut s'orienter :

- soit vers une contraception orale le temps de régulariser le cycle ;
- soit vers l'utilisation d'un progestatif de type norpregnane du cinquième au vingt-cinquième jour du cycle de façon à générer une atrophie de l'endomètre ;
- l'association à un traitement par fer ou à un traitement symptomatique, *Exacyl* (3-6 cp/24 h) ou *Dicynone*, est parfois nécessaire.

Il n'y a pas d'indication aux analogues de la LH-RH.

Actuellement le dispositif intra-utérin (DIU) à la progestérone *Mirena* est l'un des traitements les plus efficaces assurant contraception et traitement, avec près de 50 % d'aménorrhée.

Devant la persistance des saignements malgré le traitement médical, un traitement chirurgical peut être utilisé :

- hystérocopie avec biopsie d'endomètre et résection ou destruction de la muqueuse endocavitaire à condition que tout désir de grossesse ultérieur ait été écarté. La voie hystérocopique est validée pour ce traitement techniquement simple qui donne des résultats satisfaisants dans environ 80 % des cas à cinq ans (NP2) et parfois plus pour les techniques de seconde génération de destruction de l'endomètre ;
- l'hystérectomie ne sera utilisée qu'en dernier recours.

Les ménorragies organiques

Elles sont le plus souvent générées par des fibromes ou un polype endocavitaire. Le diagnostic est alors fait par l'échographie qui doit préciser la taille et la localisation de la lésion, le nombre éventuel des fibromes et leur situation anatomique respective. L'adénomyose ou l'hyperplasie atypique doivent être éliminées par hystérocopie.

Devant un fibrome sous-muqueux ou un polype endométrial, le traitement est hystérocopique, il convient alors de réséquer le polype ou le fibrome sous-muqueux intracavitaire. Les résultats sont alors excellents. Si le fibrome est interstitiel à bombement sous-muqueux, les résultats sont moins bons. Rarement un analogue de la LH-RH peut être utilisé en préopératoire. L'hystérectomie ou la myomectomie peuvent être proposées en cas de fibromes volumineux ou multiples selon le désir de grossesse. L'embolisation des artères utérines permet également un traitement conservateur.

Les progestatifs n'ont dans cette indication qu'une utilité symptomatique puisque le fibrome ne diminue pas de taille sous progestatifs, ils ont pour effet d'entraîner une atrophie de l'endomètre limitant parfois le saignement.

Notons que les **patientes sous stérilet** au cuivre, peuvent présenter des règles très abondantes.

Il est alors nécessaire de retirer le stérilet.

Devant des ménorragies sous stérilet, aucune autre thérapeutique ne sera utilisée avant l'ablation du DIU et vérification de l'absence de grossesse.

Pour ces patientes, ainsi que celles qui présentent des ménorragies fonctionnelles, le DIU au lévonorgestrel (*Mirena*) est intéressant. Il entraîne une atrophie importante associée à une aménorrhée dans 30 à 50 %. La contraception et les ménorragies trouvent alors une solution élégante.

Pour mémoire certaines ménorragies rebelles peuvent être associées à des troubles de la coagulation qu'il faut toujours rechercher.

► **Mots clés** : ménorragie ; échographie ; hystérocopie ; fibrome ; polype.

Références

Lansac J, Lecomte P, Marret H. *Gynécologie pour le Praticien* (6^e ed.). Paris, Masson, 2002.
www.cngof.assoc.fr Recommandation pour la prise en charge des fibromes 1999.

Question 80

Elle a des métrorragies, que faire ?

La demande

« Docteur, je saigne n'importe quand. Ça me fatigue. »

Le préliminaire

Devant toute métrorragie, en période de fécondité, il faut pratiquer un examen clinique et une échographie à la recherche :

- d'un saignement gravidique ;
- d'un cancer du col ;
- d'une anomalie de la cavité utérine :
 - un fibrome utérin,
 - une adénomyose,
 - un polype sous-muqueux,
 - un cancer de l'endomètre.

En l'absence de ces anomalies, il s'agit de métrorragies fonctionnelles.

La première consultation

À l'interrogatoire, le médecin se fait préciser l'importance des métrorragies et leur retentissement sur la vie quotidienne de la patiente.

- Il fait l'examen clinique (cf. Question 1).
- Il réalise un frottis si nécessaire.
- Il prescrit une numération globulaire plaquette.
- Il fait pratiquer un dosage des β hCG et une échographie pelvienne endovaginale.

Ces investigations complémentaires, en précisant le caractère fonctionnel ou organique des ménométrorragies, permettent au médecin de traiter la patiente ou de l'adresser au spécialiste.

Il peut prescrire un traitement symptomatique, à base de fer s'il existe une anémie et de l'acide tranexamique 500 mg (*Exacyl*), à la dose de 6 cp/j.

Le point de vue du gynécologue

Il s'agit de métrorragies qui par définition correspondent à des saignements distincts des règles. Les ménométrorragies sont des saignements où la distinction entre les métrorragies et les règles n'est plus possible. Il faut différencier les métrorragies en période d'activité génitale et les saignements post-ménopausiques.

L'interrogatoire

Il précise l'abondance des métrorragies, le retentissement sur l'état général et la gêne occasionnée à la patiente. La prise d'un traitement hormonal (contraception,

THS, progestatifs, etc.) ou anticoagulant est recherchée. Un oubli de prise ou une observance irrégulière explique la présence de *spotting*s (saignements faiblement abondants).

On pratiquera un examen gynécologique qui permettra grâce à l'examen au spéculum de confirmer l'origine utérine du saignement et d'exclure des lésions cervicales (cancer, ectropion, cervicite, polype accouché par le col, etc.).

Le toucher vaginal évalue la taille de l'utérus, et la présence éventuelle d'une masse annexielle.

Les examens complémentaires

L'**hCG plasmatique** permet d'exclure des saignements gravidiques.

Une **numération sanguine** sera utile pour quantifier l'anémie, et un **dosage des plaquettes** pour éliminer une thrombopénie.

Le **frottis vaginal** sera effectué \pm **biopsies** si besoin.

Après élimination des hémorragies iatrogènes une **échographie pelvienne par voie abdominale et endovaginale** est indiquée. On visualise la cavité endométriale, l'endomètre doit être mesuré, l'orientation, la taille et les caractéristiques de l'utérus doivent être précisées, celles du myomètre décrites précisément ; enfin les annexes seront visualisées. L'examen peut être fait en période hémorragique. Il doit être précis et répondre aux questions posées, donnant le diagnostic et permettant de proposer une thérapeutique. C'est l'examen essentiel mais il doit être de qualité. Un Doppler, une hystérosonographie pourront utilement aider le gynécologue.

L'hystérocopie peut préciser le diagnostic et constituer le premier temps thérapeutique.

Rarement une IRM pelvienne pourra être prescrite par le spécialiste, si l'échographie est insuffisante pour orienter le diagnostic.

Une biopsie de l'endomètre (pipelle de Cornier) est justifiée sur une hypertrophie de l'endomètre à l'échographie.

Diagnostics et traitements

Avant la ménopause

Le fibrome utérin est très fréquent. Il convient d'en préciser le nombre, la taille, la situation anatomique. Le traitement est médical, chirurgical ou par radiologie interventionnelle.

En effet les progestatifs, s'ils permettent parfois de réduire les saignements par leur effet atrophiant sur l'endomètre, ne sont pas efficaces sur l'évolution du fibrome.

Les myomes sous-muqueux sont au mieux traités par résection sous hystérocopie.

Devant des fibromes multiples et volumineux il sera fait appel à une chirurgie d'exérèse, myomectomie ou hystérectomie par voie coelioscopique, vaginale ou par laparotomie.

Les fibromes uniques ou de moins de 10 cm peuvent être traités par embolisation des artères utérines ou par myolyse (chaud, froid ou ultrasons).

L'adénomyose est de diagnostic difficile. Les saignements sont volontiers associés à des douleurs. Le diagnostic positif peut être fait par échographie,

hystérogaphie IRM ou par biopsie de la jonction endomètre myomètre sous hystérocopie. Le traitement est médical (progestatif) en première intention ou chirurgical radical, rarement par radiologie interventionnelle.

Les polypes, facilement mis en évidence par échographie nécessitent une exérèse hystérocopique.

En dehors d'une pathologie focalisée, il peut s'agir d'une **hypertrophie de l'endomètre** (supérieure à 6 mm en début de cycle mais sans lésion focalisée de type polype).

La prise en charge de ces lésions est évoquée dans la question 79.

Le cancer de l'endomètre est beaucoup plus fréquent après la ménopause. Il faut néanmoins effectuer une biopsie d'endomètre devant toutes métrorragies inexplicables ou récidivantes.

Quant aux pathologies annexielles (endométriase, salpingites, kystes et tumeurs de l'ovaire) elles ne sont que rarement responsables de métrorragies.

Après la ménopause

Après la ménopause, il faut se méfier d'une lésion maligne.

Le cancer de l'endomètre touche plus volontiers les patientes obèses, hypertendues, diabétiques. L'échographie doit insister sur la visualisation de la ligne de vacuité qui doit être bien vue sur toute sa longueur et sur l'épaisseur de l'endomètre qui doit mesurer moins de 4 mm d'épaisseur en dehors d'un traitement hormonal substitutif (THS). Dans tous les autres cas une hystérocopie diagnostique avec biopsie d'endomètre dirigée sous contrôle de la vue doit être proposée.

Un polype bénin ou un fibrome sous-muqueux restimulé par un THS sont traités par hystérocopie opératoire.

Bien sûr, en cas de prise d'un THS il peut s'agir de métrorragies fonctionnelles. Il convient alors de rééquilibrer le traitement hormonal.

À noter qu'un traitement anticoagulant ou un trouble de la coagulation peut favoriser les métrorragies mais il est souvent le révélateur d'une pathologie utérine associée.

La seule présence d'anticoagulant ne peut donc exonérer d'une recherche clinique et paraclinique complète. Il faut penser à rechercher un trouble de la coagulation devant des ménométrorragies inexplicables.

► **Mots clés** : cancer endomètre ; métrorragies ; fibrome ; polype ; échographie.

Références

Lansac J, Lecomte P, Marret H. *Gynécologie pour le Praticien* (6^e ed.). Paris, Masson, 2002.

www.cngof.assoc.fr : Recommandation pour la prise en charge des fibromes 1999.

www.fnclcc.fr/sor.htm : Standard Option et recommandations cancer de l'endomètre 2001.

www.sogc.medical.org : Lignes directrices sur la prise en charge du saignement utérin et sur le diagnostic des cancers de l'endomètre, 2001.

Question 81

Elle a un gros utérus avant la ménopause, que faire ?

La demande

« Docteur, vous me dites que j'ai un gros utérus. Je ne suis pas enceinte ? »

Le préliminaire

Il faut penser en premier lieu à une grossesse chez une femme en âge de procréer, en cas de découverte d'un gros utérus à la palpation.

Les autres causes sont le plus souvent, le fibrome ou l'adénomyose (endométriose intra-utérine). Il convient d'éliminer un problème vésical ou ovarien.

La première consultation

À l'interrogatoire, le médecin s'assure que la contraception est régulièrement et correctement effectuée ou qu'il n'y a pas de contexte d'infertilité.

Il recherche des signes de complications (fièvre, douleurs, pesanteur, dysurie ou incontinence urinaire, ménométrorragies, anémie.)

Il fait l'examen clinique (cf. Question 1).

Il prescrit une échographie pelvienne.

Si elle met en évidence un petit fibrome asymptomatique, le médecin rassure la patiente et ne prescrit aucun traitement.

Dans le cas contraire, il l'adresse au spécialiste pour bilan et traitement.

Le point de vue du gynécologue

L'examen clinique révèle un utérus augmenté de volume en l'absence de saignements.

Malgré la présence d'une contraception, il est important d'éliminer une grossesse éventuelle.

On s'attache à vérifier l'utilisation correcte du contraceptif : la recherche de β hCG plasmatique est prescrite au moindre doute pour écarter le diagnostic de grossesse.

Le diagnostic

Clinique : au spéculum, le col peut être déplacé et parfois très difficile à mettre en évidence s'il est dévié par la tumeur elle-même.

Les touchers pelviens sont essentiels : si la tumeur est solidaire avec le col, il s'agira d'une lésion utérine, si elle est indépendante, on évoquera plus probablement une lésion annexielle.

Signes d'accompagnement :

- gynécologiques (métrorragies, douleurs) ;
- signes de compression des organes de voisinage : pollakiurie, troubles du transit, douleurs lombaires.

Les examens complémentaires

L'échographie pelvienne par voie abdominale et endovaginale est l'examen capital, elle permet d'écarter le kyste de l'ovaire facilement. Elle confirme le diagnostic de fibrome, précise le nombre de myomes, leur taille et leur topographie. Elle doit permettre une véritable cartographie de l'utérus, précisant à l'aide du Doppler et d'une éventuelle hystérosonographie la relation des myomes avec la cavité.

L'hystérogographie est peu utilisée dans cette indication remplacée par l'hystérosonographie en présence de fibrome sous-muqueux.

Parfois l'IRM peut être utile pour l'exploration du pelvis (obèse et fibrome dépassant l'ombilic). Elle ne se conçoit qu'en cas de doute diagnostique ou pour le bilan préthérapeutique en cas de lésion de grande taille, d'utérus polyfibromateux ou de suspicion de pathologie maligne. Le scanner est peu performant pour les lésions pelviennes.

Les causes les plus fréquentes de tumeur pelvienne à cette période sont le fibrome et l'adénomyose.

Traitement des fibromes (fig. 81.1)

Abstention

S'il s'agit d'un fibrome asymptomatique découvert à l'occasion d'un examen pour contraception par exemple, sans saignement, sans douleur ni complication de compression et de taille inférieure à 10 cm, il convient d'instituer une simple surveillance. La patiente doit alors être rassurée, il faut insister sur la bénignité de ces lésions et sur leur grande fréquence.

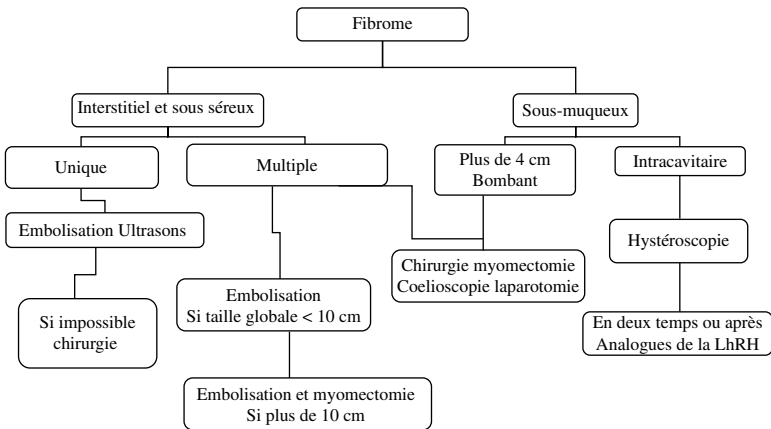


Fig. 81.1
Traitement du fibrome.

Traitement médical

Les progestatifs n'ont pas d'efficacité sur la taille des myomes. Ils peuvent être utiles en cas de besoin d'une contraception orale.

Les analogues de la LH-RH réduisent d'environ 50 % le volume des myomes après trois ou quatre mois de traitement. Cependant leur utilisation est limitée à six mois et la reprise évolutive des lésions est systématique à l'arrêt du traitement. Ils ne s'utilisent que ponctuellement en préopératoire d'une chirurgie conservatrice ou d'une autre thérapeutique conservatrice.

Le RU 486 ou *Mifégyne* à des doses très faible et sur un an semble donner des résultats, mais il demeure encore du domaine de la recherche.

Traitement chirurgical

Pour une patiente jeune désireuse de grossesse, il faut préférer un traitement conservateur :

- myomectomie hystéroscopique en cas de myome sous-muqueux mais les résultats sont médiocres en cas d'utérus augmenté de volume, le traitement demeure en revanche souvent actif sur le saignement ;
- myomectomie par cœlioscopie ou par laparotomie en cas de fibrome intersti-tiel ou sous-séreux. La cœliochirurgie sera choisie en cas de fibromes peu nom-breux (inférieurs à deux ou trois) et si la taille est raisonnable (inférieure à 7/8 cm).

Après toute myomectomie endoscopique ou par laparotomie, il conviendra de prendre en compte l'importance de la cicatrice utérine dans la prescription d'un délai éventuel avant une nouvelle grossesse et dans les modalités d'accouchement.

En effet, en cas de cicatrice utérine corporéale et spécialement si celle-ci est transfixiante à la totalité de la paroi utérine (ouverture de la cavité) il conviendra de proposer une césarienne avant tout début de travail.

Les techniques de radiologie interventionnelle sont nombreuses. L'embolisation des artères utérines est une alternative pour des myomes de moins de 10 cm et non sous-muqueux, les conséquences sur une éventuelle grossesse sont encore mal connues. Les traitements par ultrasons ou par myolyse permettent de détruire les myomes et de réduire leurs symptomatologies. Ils sont limités à des fibromes uniques et de moins de 10 cm accessibles au traitement.

Pour une patiente plus âgée et ayant abandonné tous projets de grossesse, l'hystérectomie conservatrice est un traitement efficace qui peut se faire par voie vaginale ou laparoscopique assistée si l'utérus n'est pas trop augmenté de volume et si la parité de la patiente permet un abord chirurgical suffisant. Dans les autres cas, une laparotomie sera indiquée.

L'adénomyose ou l'endométriase interne de l'utérus peut également être res-ponsable d'une augmentation de taille de l'utérus, celle-ci est le plus souvent modérée et associée à des ménométrorragies ainsi qu'à des dysménorrhées.

Le traitement médical (progestatif) est peu efficace et les analogues de la LH-RH ne sont valables que sur une courte durée ou associée à une petite dose d'oestrogène. La destruction endométriale et l'embolisation sont en cours d'éva-luation. L'hystérectomie, lorsque celle-ci est possible, permet de résoudre le problème.

Les polypes ne constituent pas une cause d'augmentation de volume de l'utérus.

Les pathologies annexielles seront traitées séparément de cette question.

► **Mots clés** : fibrome ; échographie ; contraception.

Références

Blanc B, Boubli L. *Gynécologie*. Paris, Pradel Edisem, 1993.

Alonso AM, Marret H, Herbreteau D, Perrotin F, Bouquin R, Body G. Évaluation prospective clinique et échographique de l'embolisation des artères utérines comme traitements des fibromes utérins symptomatiques. *Gynecol Obstet Fertil*, 2003, 31:117-22.

www.cngof.assoc.fr : Recommandation pour la prise en charge des fibromes 1999.

Question 82

Elle a un gros utérus après la ménopause, que faire ?

La demande

« Docteur, vous me dites que j'ai un gros utérus. Ce n'est pas un cancer, au moins ? »

Le préliminaire

La découverte d'un gros utérus à la palpation et/ou la présence de métrorragies post-ménopausiques, doivent faire penser en premier lieu au cancer de l'endomètre, imposant l'obtention d'une histologie, après échographie pelvienne endovaginale.

Ce cancer survient chez la femme ménopausée dans 75 % des cas.

Le dépistage systématique du cancer de l'endomètre n'est pas recommandé.

La première consultation

Le médecin recherche à l'interrogatoire la présence de métrorragies en général spontanées, indolores et peu abondantes. Elles peuvent être atypiques (pertes brunâtres ou noirâtres ou suintements minimes).

Il s'informe des antécédents ou des facteurs de risque, en particulier la prise de THS ou de tamoxifène (doses, durée).

Le médecin pratique un examen clinique (cf. Question 1).

Il fait le frottis.

L'examen gynécologique peut être faussement rassurant.

Il prescrit une échographie pelvienne endovaginale à la recherche de l'épaisseur de l'endomètre.

Si celle-ci est anormale, il adresse la patiente à un service spécialisé qui effectue une biopsie permettant seule d'affirmer le diagnostic de cancer.

Le point de vue du gynécologue

Après la ménopause il est plus rare d'observer un gros utérus. En effet compte tenu de la carence hormonale l'utérus diminue habituellement de volume. La substitution hormonale peut modifier cette notion. Après la ménopause, le cancer de l'endomètre est la principale préoccupation.

Le diagnostic

L'interrogatoire recherche les signes associés : métrorragies, douleurs, leucorrhées ainsi que la prise d'hormones (THS, tamoxifène, etc.).

L'examen clinique

L'examen au **spéculum**, parfois difficile compte tenu de l'atrophie vaginale, permet de vérifier le col et de contrôler le frottis si besoin. Il peut parfois mettre en évidence un polype accouché par le col.

La taille de l'utérus est précisée au **toucher vaginal**. On vérifie la mobilité utérine qui doit entraîner le mouvement de la masse palpable, éliminant ainsi une tumeur annexielle. Le cancer de l'endomètre retrouve souvent un gros utérus mou différent du myome qui est dur.

L'**état général** est évalué. On recherche également d'éventuels facteurs de risque de cancer endométrial (hypertension artérielle [HTA], diabète, obésité essentiellement).

La **biopsie d'endomètre** (BE) à la curette de Novak ou à la pipelle est de moins en moins utilisée. Elle est possible au cabinet mais le taux de faux négatifs beaucoup trop élevé ne permet pas d'intégrer la biopsie d'endomètre dans une stratégie rigoureuse.

Les examens complémentaires

L'**échographie pelvienne** transpariétale et par voie endovaginale explore :

- le myomètre (fibrome) ;
- l'endomètre (polype cancer). La ligne endométriale doit être suivie sur toute sa longueur, son épaisseur en l'absence de THS est inférieure à 4 mm ;
- les annexes (kyste ou tumeur de l'ovaire).

Bien sûr, dans le même temps une hystérosonographie peut être très utile pour préciser une image endocavitaire.

Il s'agit d'un excellent examen pour éliminer le diagnostic du cancer de l'endomètre.

Au cas où l'endomètre est épaissi ou si la ligne ne peut être suivie sur toute sa longueur, avec une zone hétérogène, une hystérocopie sera alors impérative pour préciser le diagnostic et associer une histologie indispensable.

À noter l'aspect échographique hétérogène et épaissi de l'endomètre des femmes sous tamoxifène. Ceci correspond à un œdème du chorion pouvant inquiéter un échographiste inexpérimenté. En l'absence de saignements il n'y a pas lieu de pousser plus loin les explorations. Il faut néanmoins savoir que le tamoxifène multiplie par deux le risque de voir apparaître un polype ou un cancer de l'endomètre.

L'**IRM** n'est pas utilisée en première intention. Après le diagnostic d'un cancer de l'endomètre elle permet d'évaluer l'extension de la tumeur avec une bonne fiabilité et oriente alors la stratégie thérapeutique. Elle précise l'envahissement du myomètre et la vascularisation de la tumeur.

L'**hystérocopie** permet de confirmer la présence d'une lésion endocavitaire. Elle permet de biopsier une lésion suspecte. Une hystérocopie normale élimine le diagnostic de cancer.

Rôle du THS

Fibrome

Le THS peut entretenir la présence d'un fibrome empêchant ainsi son involution habituellement constatée en post-ménopause. Les indications thérapeutiques

sont les mêmes que pendant la période d'activité génitale : abstention et surveillance en l'absence de signes cliniques (métrorragies essentiellement ou de complication). Il faut parfois mettre en balance le traitement hormonal *versus* une intervention sur le ou les fibromes.

Polypes

Un polype banal de l'endomètre peut s'observer sous THS. Il est souvent responsable de métrorragies.

Cancer de l'endomètre

Il est favorisé par l'utilisation d'un THS par œstrogènes exclusifs. L'utilisation de progestatifs en association avec les œstrogènes évite cet inconvénient.

Échographie

Le THS entretient une certaine trophicité endométriale qui modifie son aspect échographique. Ainsi l'épaisseur normale de l'endomètre après la ménopause est de 4 mm maximum, elle peut atteindre 6 mm sous THS sans avoir de signification inquiétante.

Traitement

La résection hystéroscopique permet de traiter les polypes et les fibromes sous-muqueux.

Devant un cancer de l'endomètre, un traitement associant chirurgie et radiothérapie est indiqué après avoir effectué une hystérocopie diagnostique, pour le localiser et obtenir un prélèvement histologique. Habituellement (stade I et II), l'hystérectomie est le premier temps du traitement lorsqu'elle est possible. Selon l'âge et les conditions de la patiente, elle sera faite par voie vaginale ou par laparotomie. Elle sera totale, élargie ou non, non conservatrice et souvent associé à un prélèvement ganglionnaire ilio-obturateur bilatéral. Une curiethérapie intravaginale et parfois une radiothérapie externe seront proposées selon les résultats histologiques.

Une hyperplasie de l'endomètre simple ou complexe peut être retrouvée sur la biopsie avec curetage, elle justifie une adaptation du THS, un arrêt du tamoxifène ou une simple résection hystéroscopique avec histologie complète.

Remarquons que l'hyperplasie atypique constitue une indication d'hystérectomie puisqu'il s'agit d'un véritable état précancéreux de l'endomètre.

► **Mots-clés** : utérus ; cancer de l'endomètre ; échographie ; hystérocopie.

Références

- Blanc B, Boublil L. *Gynécologie*. Paris, Pradel Edisem, 1993.
 Lansac J, Lecomte P, Marret H. *Gynécologie pour le Praticien* (6^e ed.). Paris, Masson, 2002.
www.fnclcc.fr/sor.htm : Standard Option et Recommandations, cancer de l'endomètre.
www.sogc.medical.org : Lignes directrices sur la prise en charge du saignement utérin et sur le diagnostic des cancers de l'endomètre.

Question 83

Elle a eu un cancer de l'endomètre ou un cancer du col : quelle surveillance ?

La demande

« Docteur, j'ai fini la chimio et la radiothérapie pour mon cancer de l'utérus. Mon spécialiste m'a dit que c'était le dernier contrôle et qu'il me réadresse à vous. »

Le préliminaire

Le suivi clinique doit être fait :

- tous les trois à quatre mois pendant deux ans ;
- tous les six mois pendant trois ans ;
- tous les ans après cinq ans (recommandations des SOR).

Actuellement, les examens complémentaires systématiques en dehors de signes d'appel ne sont pas recommandés.

Au-delà des cinq ans, le risque de récives reste présent.

L'hystérectomie totale élargie nécessite un travail de deuil.

L'arrêt des traitements spécifiques déclenche un sentiment d'abandon.

La première consultation

Le médecin informe sa patiente de la périodicité du bilan.

Il lui explique que ce bilan comprend essentiellement un examen clinique à la recherche d'une récive ou d'une complication.

S'il y a des anomalies, il prescrira un bilan biologique avec marqueur spécifique et peut-être une imagerie souvent par TDM ou IRM selon la clinique car il n'y a pas à faire d'examen complémentaires systématiques.

Le médecin doit prendre en compte que l'interruption du suivi intense en milieu spécialisé pérennise l'angoisse de la patiente.

Il doit avoir une écoute constante et bienveillante.

Il doit l'aider à accepter la perte de ce qui est pour elle le symbole de la maternité et à affirmer sa féminité.

Il peut faire un frottis du fond vaginal tous les ans si celui-ci est possible.

En cas d'anomalies, il la réadresse au gynécologue.

Le point de vue du gynécologue : cancer du col de l'utérus

Les objectifs de la surveillance après cancer du col sont les suivant :

- détection précoce des complications du traitement ;
- détection précoce des rechutes de la maladie ;
- veiller à la réinsertion fonctionnelle et socioprofessionnelle de la patiente ;
- rassurer les patientes dont l'examen est normal.

Néanmoins, quatre-vingt-dix pour cent des rechutes surviendraient dans les deux premières années avec 25 à 35 % de patientes asymptomatiques ; 59 % des récurrences sont pelviennes. La clinique demeure prépondérante. Associés, interrogatoire et examen clinique ont une sensibilité de 89 %, une VPP de 96 % et une VPN de 98 %.

Les complications classiques dans le cancer du col et leur prise en charge

Elles sont potentiellement nombreuses, inhérentes à la maladie et/ou aux traitements qui sont souvent de natures différentes, chirurgie, radiothérapie, curiethérapie et chimiothérapie. Elles surviennent dans des délais extrêmement variables allant de quelques jours jusqu'à plusieurs années.

Les hémorragies

Généralement précoces en postopératoire, elles seront gérées par le service de chirurgie. Par la suite les hémorragies peuvent traduire soit une récurrence tumorale, soit une atrophie cervicovaginale induite par la ménopause ou par les séquelles radiques.

Une biopsie pourra aider au diagnostic.

Devant une atrophie, un traitement hormonal local \pm général peut être instauré (*Colpotrophine, Replens, Colposeptine*, etc.).

Les complications urinaires

- Troubles fonctionnels vésicaux (6 à 30 % des cas) :
 - dysurie, sensation de miction incomplète, cystite à répétition, etc. ;
 - bilan urodynamique \pm cystoscopie si persistent ;
 - traitement par sondage vésical (auto-sondage) d'évolution souvent longue.
- Incontinence urinaire (10 à 70 % des cas) :
 - due à la dénervation vésicale ;
 - rééducation \pm chirurgie après vérification de l'ECBU.
- Fistules vésicovaginales ou urétérales (1,5 % des cas) : elles surviennent généralement une dizaine de jours après l'intervention, elles nécessitent l'avis chirurgical.
- Sténoses urétérales :
 - précoces, par atonie postopératoire, le diagnostic est fait par UIV et échographie (diagnostic différentiel avec le lymphocèle). Traitement par AINS et parfois par la pose d'une sonde double J ;
 - tardives (> 2 mois) elles évoquent une fibrose post-thérapeutique ou une récurrence tumorale latéropelvienne, elles seront habituellement traitées par drainage (sonde double J).

Ces complications nécessitent que la patiente soit réadressée au chirurgien.

Les complications digestives

Fistules rectovaginales et occlusions : 5 à 20 % de cas.

Précoces, par retard à la cicatrisation du fond vaginal avec pertes constantes mais modérées, ou tardives, elles traduisent une récurrence tumorale ou plus rarement une séquelle radique.

Elles nécessitent une prise en charge spécialisée après un éventuel prélèvement vaginal.

Les complications thromboemboliques

Toujours possible après une chirurgie pelvienne. Elles sont majorées par le lymphœdème, elles justifient la prescription de bas de contention et d'héparine de bas poids moléculaire en postopératoire systématique.

Les complications lymphatiques

Lymphocèles associant douleur latéropelvienne, fièvre, compression urétérale et/ou veineuse iliaque avec risque de phlébite. Ils nécessitent un avis spécialisé même s'ils sont le plus souvent spontanément résolutifs (80 % des cas).

Une ponction externe ou un drainage sous scanner ou échographie avec réalisation d'une cytologie et ou d'une biopsie à la recherche d'une récurrence tumorale est nécessaire.

Il faut prescrire des drainages lymphatiques. Persistant, il constitue un lymphœdème.

Les complications neurologiques du nerf obturateur

Elles sont rares.

Les complications de la radiothérapie exclusive

Elles sont essentiellement digestives et urinaires avec un délai d'apparition respectif de dix-neuf et vingt-huit mois. La plupart de ces complications apparaîtront dans les cinq ans mais il existe un risque ultérieur de 0,34 % par an ce qui traduit un actuariel de complications majeures de 14,4 % à vingt ans.

Quels examens et à quelle fréquence ?

La fréquence (recommandations des SOR) de la surveillance clinique se fera :

- tous les trois à quatre mois pendant deux ans ;
- tous les six mois pendant trois ans ;
- tous les ans après cinq ans.

Le cancer du col est HPV-dépendant, et de ce fait la probabilité d'avoir un second cancer lié à l'HPV est augmentée : il faudra surveiller particulièrement le vagin et la vulve chez ces patientes jusqu'à un âge avancé.

Le **frottis cervicovaginal** : Il n'est pas obligatoire, sa sensibilité serait meilleure après un traitement par radiothérapie exclusive (49 %). On peut le réaliser une fois par an. En cas de lésion suspecte du fond vaginal ou du col une biopsie s'impose.

En cas de saignement il sera pratiqué une biopsie, sous colposcopie ou non.

L'**IRM** reste le meilleur examen, toutefois son interprétation est très complexe dans les six mois qui suivent le traitement.

L'**échographie** abdomino-pelvienne et endovaginale est un examen simple à demander en première intention si l'on a des signes d'appel.

Radio de thorax, UIV, etc., ne sont à prescrire que sur des signes d'appel cliniques.

En cas de récurrence avérée, on peut proposer une IRM pelvienne ± échographie hépatique et radio de thorax face et profil ou un scanner thoraco-abdomino-pelvien.

Un PET-scan sera alors souvent utile avant de choisir la thérapeutique.

Les marqueurs tumoraux :

- le **SCC** n'a pas de valeur pronostique, il ne faut le prescrire dans le cadre de la surveillance que pour suivre une thérapeutique en cas d'élévation initiale ;
- le **CA 125** est utile dans le même contexte (il augmente dans 71 % des rechutes) pour les adénocarcinomes uniquement.

Les traitements hormonaux ne sont pas contre-indiqués (sauf si adénocarcinomes), ni par voie locale (*Colpotrophine*) ni par voie générale (préférer les hormones « naturelles »).

Il est parfois nécessaire de prescrire une rééducation périnéale active dans les deux à trois mois qui suivent le traitement du cancer. Après chirurgie de type col-pohystérectomie et radiothérapie il n'est pas rare d'avoir des perturbations des rapports sexuels dont l'amélioration pourra être lente, sur de nombreux mois.

► **Mots clés** : cancer du col ; utérus ; frottis ; complications.

Références

Greimel E, Thiel I, Peintinger F, Cegnar I, Pongratz E. Prospective assessment of quality of life of female cancer patients. *Gynecol Oncol*, 2002, 85 : 140-7.

Resbeut M *et al.* Standard Option et Recommandations, cancers invasifs du col utérin. *Bulletin du Cancer*, 2003, 90 : 333-46.

Le point de vue du gynécologue : cancer de l'endomètre

Le cancer de l'endomètre est un cancer gynécologie fréquent, diagnostiqué en général à un stade précoce, et dont le pronostic est globalement bon. Cependant, même après un traitement bien conduit, les récurrences ne sont pas rares (15 %) et elles sont plus fréquentes dans les groupes à haut risque (infiltration myométriale, grade III, atteinte cervicale, extension tumorale extra-utérine). Les récurrences et les métastases apparaissent dans 80 % des cas dans les trois premières années suivant le traitement initial. Elles constituent un tournant dans l'évolution de la maladie et leur évolution est le plus souvent catastrophique (18 à 44 % de survie à cinq ans en cas de récurrences locorégionales et 18 à 20 % de survie à trois ans en cas de métastases).

On peut se demander si une surveillance de bonne qualité permettra de diagnostiquer les récurrences asymptomatiques et si ce diagnostic améliorera la qualité de vie ou prolongera la survie.

Les récurrences peuvent survenir en territoire traité ou non traité (vagin, pelvis, abdomen), et les métastases doivent être recherchées préférentiellement au niveau des ganglions, poumons, du foie, des os, du cerveau et du péritoine.

Surveillance clinique

La surveillance doit avoir lieu tous les six mois les trois premières années, puis une fois par an. L'examen clinique recherchera une altération de l'état général,

des signes fonctionnels (métrorragies, leucorrhées, douleurs pelviennes, douleurs lombaires ou digestives), recherche d'un ganglion sus-claviculaire ou inguinaux, palpation des seins et des aires axillaires (risque relatif de cancer du sein chez ces patientes = 1,5).

- Palpation abdominale à la recherche d'un gros foie, d'un gros rein, d'une ascite.
- Examen de la vulve, de la région sous-urétrale, sièges fréquents de métastases vaginales (il faut savoir tourner le spéculum à 90° pour bien dégager la face antérieure du vagin).
- Examen du fond vaginal et de la cicatrice d'hystérectomie, mais aussi les faces latérales du vagin. Toute lésion bourgeonnante, ulcérée, ou saignant au contact sera recherchée et biopsiée.
- Toucher vaginal recherchant une récurrence centropelvienne ou latéropelvienne. Le toucher rectal est souvent plus facile que le toucher vaginal chez ces patientes âgées, au vagin étroit, ayant bénéficié d'un traitement radio- ou curiethérapique. Il est très important d'informer les patientes et de les pousser à consulter en cas de signes cliniques (métrorragies, douleurs pelviennes, etc.).

Examens complémentaires

Il n'y a **pas d'indication à faire des examens complémentaires** paracliniques à la recherche de récurrences ou de métastases **en l'absence de signes d'appel**. La pratique du frottis pour dépister une récurrence vaginale est discutée car les récurrences sont la plupart du temps visibles et nécessitent une biopsie. Néanmoins, le frottis peut avoir l'intérêt de rassurer les patientes et on peut raisonnablement conseiller la pratique d'un frottis par an.

En revanche, la radiographie pulmonaire, l'échographie abdomino-pelvienne et le dosage du CA 125 n'ont pas d'intérêt pour la surveillance.

Devant une suspicion de récurrence, il convient de proposer un scanner thoraco-abdomino-pelvien TAP ou une IRM. Le PET-scan est également possible dans cette indication, particulièrement devant une récurrence unique vaginale ou pelvienne avant d'envisager une chirurgie lourde de type pelviectomie.

Traitement hormonal substitutif

En cas de troubles climatiques, il n'est pas démontré qu'un traitement hormonal prescrit aux femmes à faible risque (stade I, grade 1 à 2, pénétration du myomètre inférieur à 50 %, pas d'envahissement ganglionnaire), augmente le risque de récurrences et de métastases. Néanmoins, on réservera le traitement hormonal substitutif aux patientes présentant des signes cliniques très invalidants, sous réserve d'une mammographie normale. Pour les autres patientes, la prudence est de règle et ce d'autant que le risque relatif de cancer du sein est augmenté dans cette population de patientes.

En conclusion, la surveillance d'une patiente traitée pour un cancer de l'endomètre repose essentiellement sur l'examen clinique. Les examens complémentaires ne sont utiles qu'en cas de signes cliniques et il n'est pas démontré que la surveillance intensive améliore la survie des patientes traitées, qu'elles soient ou non à haut risque de récurrence.

► **Mots clés** : cancer de l'endomètre ; utérus ; surveillance ; traitement hormonal.

Références

www.fnclcc.fr/sor.htm : Standard Option et Recommandations cancer de l'endomètre, 2001.
www.sogc.medical.org : Lignes directrices sur la prise en charge du saignement utérin et sur le diagnostic des cancers de l'endomètre, 2001.

Question 84

Elle a une température à 38,5 °C et des pertes

La demande

« Docteur, j'ai des pertes. »

Le préliminaire

Chez toute femme ayant des leucorrhées, on doit rechercher la fièvre, la notion de douleurs.

Une température à 38 °C et un utérus modérément douloureux évoquent une endométrite.

En dehors des complications de la grossesse ou post-chirurgicales, l'endométrite est rare.

Une symptomatologie plus frustrée et une douleur des culs-de-sac orientera vers une salpingite.

La première consultation

Le médecin procède à l'interrogatoire.

Il recherche l'ancienneté et l'abondance des pertes, la présence et l'intensité de la douleur abdomino-pelvienne et son exacerbation lors des rapports.

Il fait un examen gynécologique : palpation de l'abdomen, de la région sous-costale droite, inspection de la vulve, examen au spéculum et toucher vaginal qui déclenche une douleur parfois intense à la mobilisation utérine ou dans les culs-de-sac.

Il est nécessaire de faire des prélèvements à la vulve, dans les culs-de-sac vaginaux et dans l'endocol en recherchant les *Chlamydia*.

S'il ne peut assurer des conditions parfaites de prélèvement et de transport, il doit l'adresser à un laboratoire spécialisé.

Ces signes : température, douleur, leucorrhée, évoquant une endométrite ou une salpingite, le médecin prescrit une antibiothérapie à spectre large (*Augmentin, Flagyl*) pour une durée de dix jours, après prélèvement, sans attendre les résultats.

L'antibiothérapie sera ajustée en fonction des résultats.

Un contrôle clinique sera fait en fin de traitement.

En cas de récidives, il faudrait rechercher la notion de partenaires multiples.

Le point de vue du gynécologue

L'infection génitale haute est une complication non rare chez la femme. Elle peut être isolée ou associée à la présence d'un stérilet (3 % des cas) ou au cours du post-partum. Elle concerne préférentiellement des femmes jeunes (< 25 ans) ou ayant des rapports sexuels fréquents ou des partenaires multiples. L'infection

peut avoir de graves conséquences (pelvipéritonite et stérilité). En France, durant les années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, il a été montré une diminution progressive des salpingites aiguës, néanmoins en 1994, il existait encore 130 000 cas de salpingite en France dont 28 % avaient nécessité une coelioscopie. Une information claire doit par conséquent être donnée sur ce risque lors de rapport non protégé, au cours d'une consultation de contraception, avant la pose d'un stérilet, ou après un avortement ou un accouchement, mais également sur les symptômes devant mener la patiente à consulter. L'infection peut être la conséquence de l'inflammation endométriale chronique que crée le dispositif intra-utérin (DIU), de traumatismes, de rétention de matériel trophoblastique ou de rupture de la barrière antiseptique cervicale. Chez une patiente ménopausée ou âgée, il faut penser à éliminer une surinfection de néoplasie de l'endomètre.

Diagnosics

La cause la plus fréquente d'hyperthermie associée à des leucorrhées et/ou des algies pelviennes est l'**endomérite aiguë** associée ou non à une **rétention endo-utérine**.

Elle n'est en général pas accompagnée d'un syndrome infectieux bruyant et l'état général est conservé.

Dans la plupart des cas elle survient dans les suites d'un contexte particulier qu'il faut toujours rechercher (DIU, gestes endo-utérins, hyperthermie post-partum, pathologies endocavitaires, etc.) (cf. Question 59).

La contamination s'effectue en règle de façon ascendante via les voies génitales.

Les pertes sont alors volontiers grisâtres, nauséabondes voire associées à des métrorragies. L'examen retrouve un utérus mou sensible, voire douloureux. L'augmentation de la taille de l'utérus doit faire rechercher la rétention endo-utérine ou à la nécrose d'un myome intracavitaire à l'examen échographique.

Les salpingites sont également à évoquer. Il n'y a pas de contexte particulier, parfois sont retrouvés des rapports avec partenaires multiples ou une immunodépression.

Au stade de salpingite aiguë, si une MST (chlamydie : 50 %, gonococcie : 5 %, mycoplasmes : 15 %) est habituellement le starter, une surinfection par des germes opportunistes est fréquente. Même traitées et guéries, les salpingites se compliquent de stérilité tubaire dans 20 % des cas, le taux doublant à chaque récurrence. La conséquence principale des chlamydioses chez la femme est en effet une stérilité tubo-ovarienne par obturation ou sténose des trompes, lésion de la muqueuse endotubaire, adhérences et état inflammatoire pelvien.

Les salpingites silencieuses sont une cause importante et difficilement chiffrable de stérilité. L'étiologie de ces salpingites silencieuses est dominée par *Chlamydia trachomatis*. Différentes études montrent que les stérilités tubaires ont une étiologie infectieuse dans 80 % des cas ; parmi les femmes atteintes d'une stérilité d'origine infectieuse, 30 % seulement ont un antécédent connu de salpingite, 10 % relèvent d'une cause spécifique (tuberculose, bilharziose, appendicite compliquée, etc.), 20 % ont des antécédents d'épisodes douloureux bâtards qu'il est possible de rattacher à des salpingites subaiguës non diagnostiquées, et

40 % n'ont aucun antécédent particulier, il y a donc eu salpingite chronique silencieuse.

Au total, les deux tiers des infections des trompes passent inaperçues. Il n'y a souvent pas de fièvre, parfois simplement des douleurs. Il peut y avoir juste une endocervicite. Le diagnostic sera souvent fait dans le cadre du traitement d'une grossesse extra-utérine (GEU) (80 % d'entre elles sont dues à des salpingites) ou d'un bilan de stérilité. L'existence de leucorrhées purulentes et d'une masse annexielle sont des critères de gravité et doivent faire évoquer un abcès ovarien ou un abcès tubaire.

Autres sites infectieux : parmi les différents diagnostics à évoquer en cas de fièvre, il faut citer les appendicites ou sigmoïdites jusqu'aux pelvipéritonites qui sont devenues rares grâce à la surveillance systématique et aux traitements antibiotiques précoces. Leurs traitements sont chirurgicaux particulièrement devant une diffusion à la cavité abdominale.

L'infection urinaire haute doit être systématiquement recherchée, surtout si la patiente a déjà eu de nombreux épisodes du même type.

Les examens complémentaires

Biologie

- NFS, plaquettes, CRP.
- Bandelette urinaire, ECBU.
- TP, TCA, D-dimères, fibrinogène.
- Prélèvements bactériologiques vaginaux, des lochies, de leucorrhée ou de pus. Prélèvement d'endocol et sur milieu particulier pour gonocoque ou *Chlamydia* par PCR.
- Mise en culture du stérilet.
- La sérologie *Chlamydia* est rarement nécessaire sauf devant une coelioscopie avec découverte de séquelles d'infection haute pour juger de l'évolutivité de l'infection. La sérologie chlamydiennne est positive en IgG à un taux $\geq 1/64$ avec une fréquence significative et similaire dans les salpingites aiguës, les salpingites silencieuses et dans leur deux conséquences majeures : stérilité tubaire et grossesse extra-utérine. L'antigène chlamydien est retrouvé dans les voies génitales basses au cours des salpingites aiguës mais très rarement dans les salpingites chroniques, car le contagement remonte à plusieurs mois ou années. Les cultures intrapelviennes sont positives dans 10 à 30 % des cas dans les salpingites aiguës, plus fréquemment dans les trompes et les adhérences que dans le liquide du cul-de-sac de Douglas.

Imagerie

- Échographie sus-pubienne et endovaginale avec étude Doppler des vaisseaux pelviens, elle est impérative pour éliminer une rétention, un pyosalpinx ou une pathologie associée.
- L'abdomen sans préparation (ASP) a peu d'utilité.
- Scanner ou IRM utile si pathologie sous-jacente ou difficulté diagnostique.
- Écho-Doppler des membres inférieurs.

Conduite à tenir

Devant une pathologie infectieuse après un geste endo-utérin, il est primordial d'adresser la patiente pour une prise en charge spécialisée. La survenue d'une endométrite chez de telles patientes peut modifier le pronostic obstétrical des grossesses ultérieures par fragilisation de la cicatrice utérine.

De même, toute endométrite associée à une rétention doit être prise en charge en milieu spécialisé pour évacuation du contenu utérin sous antibiothérapie.

Le stérilet sera retiré et mis en culture.

En dehors de cette situation, le diagnostic d'une endométrite isolée et sa prise en charge ne nécessite pas l'hospitalisation systématique :

- le traitement ambulatoire est tout à fait adapté ;
- une antibiothérapie *per os*, par exemple : amoxicilline 3 à 6 g/j + acide clavulanique 475 mg/j pendant quinze jours ;
- antipyrétique : paracétamol 3 g par jour pendant au moins 48 heures ;
- il est nécessaire de réévaluer l'efficacité du traitement au bout de 48 heures avec le résultat des prélèvements.

Chez une patiente ménopausée avec pyométrie et supposition de cancer sous-jacent, après traitement antibiotique et drainage si besoin une hystérocopie diagnostique avec biopsie est nécessaire.

Pour les salpingites, le traitement dépendra de la situation :

- soit il existe une collection pelvienne et le traitement chirurgical est nécessaire, pour drainage et antibiothérapie adaptée ;
- soit il existe une symptomatologie aiguë qui justifie une coelioscopie diagnostique et thérapeutique chez la patiente jeune sans enfant ou il persiste un doute diagnostique ;
- soit la symptomatologie est fruste et un test thérapeutique par antibiothérapie à large spectre type amoxicilline et quinolone peut être proposé en attendant les résultats des prélèvements. Les *Chlamydia* sont le plus souvent responsables et leur traitement est de trois semaines pour les infections hautes.

Il conviendra de rechercher les autres maladies vénériennes associées : HPV, TPHA VDRL ou herpès.

Il faut penser au traitement des partenaires.

► **Mots clés** : salpingite ; endométrite ; DIU ; rétention ; pyométrie.

Référence

www.esculape.com/1sommaireframe.html: Salpingites et métrites

Question 85

Elle a mal pendant les rapports, que faire ?

La demande

« Docteur, j'ai mal au moment des rapports. »

Le préliminaire

La dyspareunie est le plus souvent d'origine psychosomatique mais il convient de rechercher des causes locales à ces douleurs.

La dyspareunie peut être superficielle d'intromission ou profonde.

Il s'agit d'une consultation difficile, nécessitant du temps, de l'expérience et du tact.

Si le médecin ne sent pas apte, il adresse la patiente à un spécialiste sexologue pour éviter qu'une consultation mal vécue n'aggrave les symptômes de la patiente.

La première consultation

Le médecin procède avec empathie et discrétion à un interrogatoire précis.

Il recherche l'ancienneté des symptômes.

Il aide la patiente à évoquer le vécu de sa sexualité, de l'enfance à ce jour.

Pour l'aider, il peut lui prescrire un anxiolytique.

Il lui explique la nécessité d'un suivi régulier.

Au cours de l'une de ces consultations, il la motive à accepter un examen gynécologique pratiqué avec tact et douceur, sans trop d'insistance, à la recherche de malformations ou de lésions éventuelles.

Selon l'étiologie suspectée, il réalisera des prélèvements bactériologiques, viraux ou mycologiques, il prescrira une échographie pelvienne ou orientera la patiente vers un spécialiste pour un prélèvement histologique.

Le point de vue du gynécologue

La dyspareunie est une douleur génitale provoquée par le rapport sexuel le rendant ainsi difficile. Cette plainte est fréquente, 4 à 28 % des femmes en souffriraient.

La dyspareunie peut être superficielle d'intromission, orificielle ou profonde. Elle est invalidante pour les patientes dont la sexualité est modifiée. Il convient de toujours rechercher un facteur organique pour entreprendre un traitement adapté.

L'interrogatoire recherchera le siège, les facteurs déclenchant, l'intensité, la chronologie, la constance ou la persistance des algies.

L'examen clinique sera doux et progressif, mais il doit être complet et permettre d'éliminer un vaginisme ou de s'orienter vers une étiologie psychique.

Il doit laisser supposer un diagnostic après examen de la totalité du tractus génital.

Les dyspareunies orificielles

Les vulvovaginites sont responsables de la plus grande partie des dyspareunies orificielles, le début est aigu et la symptomatologie clinique est souvent simple que ce soit pour une candidose, une trichomonose ou une vaginose à *Gardnerella*. L'herpès et les *Chlamydia* sont aussi responsables de dyspareunies. Leur traitement est spécifique et doit faire disparaître la douleur. Parfois les mycoses à répétition pérennisent la gêne et entretiennent la dyspareunie.

L'**atrophie physiologique** de la ménopause est parfois dyspareuniante et sera améliorée par l'hormonothérapie substitutive locale ou générale.

Les malformations congénitales de l'hymen sont responsables de dyspareunies mais elles sont primaires et facilement diagnostiquées du fait de l'échec des rapports. Il peut s'agir de brides ou d'hymen charnu voire d'imperforation. Leur traitement est chirurgical par résection de l'hymen ou par simples incisions radiales. Il en est de même face à une cloison vaginale horizontale ou longitudinale.

Lorsque la patiente a accouché, une cicatrice scléreuse après déchirure ou épisiotomie peut se retrouver. Elle devient rétractile avec le temps et peut conduire à une sténose vaginale. La réfection chirurgicale est alors indispensable. Il en est de même après chirurgie vaginale, parfois après traitement de prolapsus avec pose de plaque, lorsque celle-ci fait bride. Un massage de cicatrice avec une crème trophique peut parfois être suffisant.

Enfin les **dermatoses vulvaires** sont parfois responsables de dyspareunies : le lichen scléreux ou le lichen plan, les VIN3 et les vestibulites, le traitement chirurgical ou les dermocorticoïdes seront alors utilisés.

Les dyspareunies profondes

Les douleurs surviennent alors en cours ou au décours des rapports. Elles sont souvent synonymes de lésions du haut appareil génital.

La **rétroversion utérine** est parfois mise en cause mais il faut s'acharner à trouver une autre étiologie. La cure de rétroversion n'apporte pas toujours l'arrêt des douleurs.

L'**endométriose** est fréquente et facile à évoquer si les dyspareunies s'associent à des dysménorrhées. L'examen clinique retrouvera parfois un nodule de la cloison rectovaginale ou des utéro-sacrés et des culs-de-sac vaginaux. L'examen clinique pendant les règles permettra parfois de faciliter le diagnostic. Un traitement symptomatique par analogues de la LH-RH ou par ablation des nodules pourra améliorer les douleurs mais parfois les séquelles de la chirurgie provoquent une persistance des dyspareunies. C'est l'échographie endovaginale ou endorectale parfois devant des anomalies de la cloison rectovaginale qui feront proposer une IRM permettant un diagnostic fiable.

Les infections hautes sont parfois dyspareuniantes : salpingites et endométrites provoquent des douleurs parfois uniquement de la mobilisation utérine par les rapports. Le traitement antibiotique permet la sédation des douleurs, mais les séquelles adhérentielles ou le dysfonctionnement ovarien sont parfois responsables de dyspareunies au long cours justifiant la coelioscopie.

Le **syndrome de Masters et Allen** par déchirure ligamentaire ou une masse pelvienne sont aussi source de douleur.

Enfin la chirurgie et les hystérectomies parfois associées à de la radiothérapie sont sources de douleur séquellaires.

Rappelons enfin que toute douleur génitale chronique a deux composantes : l'une objective, qui correspond à l'étiologie médicale, et l'autre affective et sexuelle, qu'il convient de prendre en charge. La dyspareunie peut être le reflet d'une **pathologie psychosexuelle**, de conflits conjugaux, de syndrome dépressif masqué ou de véritable état névrotique. La communication de la douleur est une demande d'aide qu'il faut assumer. Il convient de chercher la cause de cette dyspareunie psychogène, et petit à petit de la faire disparaître par une psychothérapie adaptée.

Les examens complémentaires

Ils seront orientés par la pathologie suspectée à la clinique.

L'échographie pelvienne endovaginale à la recherche d'endométriase ou d'adénomyose, sera utile, elle pourra s'accompagner d'une échographie endorectale. L'IRM est l'examen de référence de l'endométriase profonde pour en faire son bilan d'extension.

Les prélèvements bactériologiques seront utiles en l'absence de nodule palpé ou sur des signes infectieux ; ne pas oublier les *Chlamydia*.

Parfois seule une coélioscopie diagnostique permettra de détecter l'origine de la maladie.

Le traitement

Il sera au mieux étiologique, souvent chirurgical pour l'endométriase, associé à une aménorrhée (analogues de la LH-RH avec ou sans *add-back* thérapie [œstro-gène à faible dose], macroprogestatifs en continu) et nécessairement à des antalgiques.

Une antibiothérapie locale ou générale selon l'infection fera régresser la symptomatologie rapidement, elle peut être associée à des antalgiques ou à des antiprurigineux.

Enfin, bien souvent, devant des dyspareunies chroniques, il faut faciliter les rapports par des lubrifiants, et surtout assurer une prise en charge psychologique au long court par un sexologue si besoin, qu'il y ait ou non une pathologie organique.

► **Mots clés** : dyspareunies ; endométriase ; vulvovaginite ; algies pelviennes.

Références

Chapron, Benhamou, Bellaisch-Allart, Dubuisson. *La douleur en gynécologie*. Paris, Arnette Blackwell, 1997.

www.esculape.com/1sommaireframe.html : Endométriase.

Question 86

Elle se demande si elle et sa fille devraient se faire vacciner contre le cancer du col

La demande

« Docteur, ma fille à 16 ans et j'ai vu à la télévision que je devais la vacciner contre le cancer du col, pouvez-vous me faire une ordonnance ? »

Le préliminaire

L'AMM est effective pour toutes les jeunes filles et jeunes femmes âgées de 14 à 23 ans, qui n'auraient pas encore eu de rapports sexuels, ou, au plus tard, durant l'année suivant le début de leur activité sexuelle.

Le vaccin est remboursé à 65 % pour les jeunes filles et les jeunes femmes visées par les recommandations. Le schéma de vaccination nécessite trois doses en tout.

La première consultation

La personne concernée est la jeune fille. Il faut s'assurer de l'indication de ce vaccin. Elle doit être vue en consultation seule, car le médecin devra l'interroger sur sa vie sexuelle. Cependant, pour préserver le secret médical, le médecin peut être amené à vacciner hors AMM, en sachant que l'efficacité de la vaccination est alors réduite du fait de l'activité sexuelle supérieure à un an.

Le point de vue du gynécologue

La justification

Le dépistage du cancer du col ne couvre que 82 % de la population féminine lorsqu'il est bien organisé (Alsace), mais ce taux s'abaisse autour de 60 % pour la moyenne nationale. Ainsi, chaque année, en France, 1 000 femmes meurent encore du cancer du col de l'utérus. De plus, le frottis n'a qu'une faible sensibilité, environ 70 %, laissant passer bien souvent des pathologies dysplasiques. S'il réduit les risques de cancer cervical en détectant les pathologies précancéreuses, le dépistage ne permet pas de prévenir la survenue des lésions précancéreuses génitales internes et externes dues aux papillomavirus humains (HPV). Les lésions de haut grade entraînent l'ablation d'une portion du col, ce qui n'est pas sans conséquences obstétricales (prématurité). Les lésions cervicales de bas grade nécessitent une surveillance rapprochée, source d'anxiété chez les patientes. Quant aux verrues génitales, très fréquentes et gênantes, leur traitement, souvent chirurgical, n'est pas sans inconvénients et n'évite pas les récives.

Il y avait donc une nécessité de faire une prévention primaire par un vaccin, afin d'éviter l'infection persistante par l'HPV, responsable des lésions de dysplasies.

Les deux vaccins

Il existe deux vaccins contre l'HPV ayant l'AMM, tous les deux issus du génie génétique et donc sans risque particulier connu : *Gardasil* vaccin quadrivalent 16, 18, 6, 11 de Pasteur Sanofi, et *Cervarix* de GSK vaccin bivalent 16, 18. Les études menées en double aveugle contre le placebo de Pasteur et de GSK démontrent l'efficacité d'un vaccin anti-HPV dans la prévention des infections et des dysplasies provoquées par les types 16 ou 18 du virus HPV pour les types 6 et 11 pour le vaccin de Pasteur. Aucune lésion cervicale ou génitale externe n'a été rapportée dans le groupe des femmes vaccinées et naïves (c'est-à-dire qui n'ont pas eu de rapport sexuel), attestant d'une efficacité vaccinale de 100 % sur les lésions associées aux HPV. L'effet protecteur semble s'exercer tout au long de la période d'observation qui a été de 5 ans après la vaccination pour les études les plus récentes. Les dosages sériques, pour leur part, objectivent le pouvoir immunogène puissant de ce vaccin. Ces résultats ouvrent des perspectives nouvelles dans la prévention des infections à HPV, même si différentes questions restent en suspens, notamment celles concernant la durée de la protection vaccinale.

Qui et quand vacciner

Défini depuis les recommandations publiées en mars 2007, l'âge de vaccination en France est de 14 ans pour les jeunes filles naïves. Un rattrapage pour les jeunes filles entre 15 et 23 ans est prévu, si possible avant l'exposition au risque de contamination par HPV, soit avec moins d'un an d'activité sexuelle. Il est possible d'estimer la contamination lors des premiers rapports à près de 25 %. L'âge moyen de ces rapports est de 17 ans en France avec moins de 3 % avant 14 ans, ce qui a justifié le choix de l'âge, l'efficacité du vaccin étant au moins validée pour six ans actuellement. L'objectif est bien de vacciner des jeunes filles naïves. Le vaccin n'a aucune efficacité thérapeutique. Il n'y a pas besoin de frottis ou de test HPV avant la vaccination. Il n'y a pour l'instant aucune indication à vacciner les garçons.

Il y a trois injections intramusculaires à 0, 2 et 6 mois pour *Gardasil* et 0, 1 et 6 mois pour *Cervarix*. Pour l'instant le rappel n'est pas nécessaire. Le vaccin est remboursé à 65 % par la sécurité sociale sous réserve des recommandations. Il se conserve au frigidaire.

La tolérance du vaccin est satisfaisante dans tous les cas, les événements indésirables, comme une réaction locale transitoire au point d'injection, sont dans leur immense majorité légers ou modérés.

Les objectifs sont :

- la diminution de près de 84 % des cancers du col pour une couverture vaccinale de 100 % ;
- correspondant à une diminution de 60 % des dysplasies de haut grade et de 30 % des bas grades ;
- une diminution des cancers vaginaux et vulvaires.

Néanmoins, il ne s'agit que de diminution. Il convient donc de poursuivre le dépistage pour l'instant au même rythme, par un frottis tous les trois ans. Il n'y a pas à ce jour de sérologie de contrôle du vaccin.

Les cas particuliers

Le vaccin n'est pas incompatible avec la grossesse ; si par hasard une grossesse survient au cours d'une vaccination, il ne faut pas interrompre la grossesse, la vaccination sera, elle, stoppée et terminée après l'accouchement.

Il n'y a pour l'instant pas de données chez les patientes immunodéprimées.

Aucune complication à long terme n'a pour l'instant été détecté avec un suivi de six ans.

► **Mots clés** : vaccin cancer du col ; *Gardasil* ; *Cervarix* ; HPV.

Question 87

Elle a des fuites urinaires ou anales pendant la grossesse et/ou après l'accouchement, que faire ?

La demande

« Docteur, je viens pour l'examen postnatal. Ainsi que vous m'aviez mise en garde, je suis gênée par de petites fuites. Que me conseillez-vous ? »

Le préliminaire

En post-partum, il faut rechercher les signes d'incontinence urinaire et/ou anale, qui sont fréquentes mais pas toujours exprimées.

Il est licite de prescrire quasi systématiquement une rééducation sphinctéro-périnéale pour préserver la tonicité du périnée.

La première consultation

L'interrogatoire précise l'importance, la fréquence et les circonstances de survenue des fuites.

Le médecin pratique un examen gynécologique (cf. Question 1) au cours duquel :

- il juge l'état locorégional : trophicité, cicatrice, prolapsus ;
- il fait examen neurologique : sensibilité périnéale, testing musculaire du périnée ;
- il recherche l'incontinence urinaire, vessie pleine, à la toux ;
- il prescrit un ECBU ;
- il prescrit dix à vingt séances de rééducation sphinctéro-périnéale avec électrostimulation en l'adressant à un kinésithérapeute spécialisé.

En cas d'échec, il l'adressera au spécialiste.

Le point de vue du gynécologue

Pendant la grossesse, le relâchement de la musculature périnéale et le poids de l'utérus favorisent une incontinence urinaire. Ces facteurs régressent après l'accouchement. 50 à 60 % des femmes enceintes ont une incontinence urinaire pendant la grossesse. Mais **quinze à 20 % des accouchées souffrent d'une incontinence urinaire dans le post-partum immédiat et 6 %, deux mois plus tard.**

Quelles que soient les modalités d'accouchement, l'incontinence anale au gaz, aux selles liquides ou solides, s'observent chez 15 à 25 % des patientes. Néanmoins, un et demi à 4 % des accouchées ont une incontinence aux selles.

Les facteurs d'incontinence urinaire ou anale

Tout accouchement est traumatique pour le périnée mais les risques sont plus importants si l'expulsion est longue, s'il y a extraction instrumentale ou naissance d'un gros enfant. Les lésions sont :

- des étirements, des désinsertions, des ruptures des ligaments et des muscles ;
- une neuropathie pudendale d'étirement ;
- rupture du sphincter anal ;
- le tout est certainement modulé par la qualité du collagène qui est un facteur constitutionnel.

Le diagnostic

Il est basé sur l'interrogatoire et l'examen clinique.

L'interrogatoire

Incontinence urinaire

- À l'effort : toux, éternuement, port de charge lourde, marche, etc.
- Impériosité : urgences, pollakiurie associée ou non à des fuites d'urine.
- Fréquence des fuites.
- Retentissement : handicap, type de protection, nombre de protections par jour.

Incontinence anale

- Gaz, selles liquides ou solides.
- Fréquence.
- Nombre de protections éventuelles.

L'examen clinique

- Locorégional : trophicité, cicatrice, prolapsus.
- Examen neurologique : sensibilité périnéale etc.
- Testing musculaire des muscles releveurs de l'anus et tonicité du sphincter anal.
- Rechercher l'incontinence urinaire, vessie pleine, à la toux.

Les examens complémentaires

- ECBU.
- Examen urodynamique : il est rarement envisagé dans le post-partum immédiat. Il est important à distance lorsqu'une incontinence urinaire persiste à être invalidante malgré une rééducation périnéale bien conduite.
- Manométrie anorectale, échographie du sphincter anal, défécographie, temps de latence motrice du nerf pudendal sur indication d'une gastro-entérologie en cas d'incontinence anale.

Le traitement

Traitement de l'incontinence urinaire

- **Le traitement chirurgical** d'une incontinence urinaire n'est jamais posé dans les suites d'un accouchement. Le problème sera revu éventuellement bien à distance.

- **La rééducation périnéale** sera toujours envisagée dans ce contexte :
 - travail manuel intravaginal (NP = C) ;
 - exercices du plancher pelvien effectués à domicile (NP = B) ;
 - biofeedback (NP = C) ;
 - électrostimulation fonctionnelle (NP = C) ;
 - rééducation comportementale surtout pour les impériosités (NP = B).

On prescrit au maximum dix à vingt séances de rééducation périnéale. S'il n'y a aucune amélioration, il faut revoir le problème et demander un avis spécialisé. S'il y a une amélioration, on peut proposer dix à quinze séances supplémentaires. Le travail périnéal est efficace pour traiter l'incontinence urinaire mais on ne dispose pas de données suffisantes sur les résultats à long terme de cette rééducation périnéale.

Pendant la grossesse, l'électrostimulation est contre-indiquée. Il est rare que l'on propose une rééducation périnéale pendant la grossesse mais l'on peut donner des conseils pour une prise de conscience et un travail périnéal régulier personnel. Les conseils sont donnés par le médecin ou un kinésithérapeute.

Traitement de l'incontinence anale (après avis spécialisé)

- Modification de la consistance des selles.
- Rééducation périnéale.
- Biofeedback anorectal.

Conclusion

Pour obtenir un résultat, il est nécessaire :

- d'avoir une patiente motivée, capable de comprendre les enjeux de cette prise en charge et de poursuivre un travail périnéal personnel ;
- d'avoir un thérapeute compétent sachant proposer les techniques adaptées à la patiente, capable de motiver la femme pour un travail à long terme et de prendre en charge les troubles du comportement mictionnel ;
- de ne pas oublier que la statique pelvienne est directement sous influence des pressions intra-abdominales. La résultante des forces intra-abdominales va s'exercer différemment en fonction de la qualité de la sangle abdominale et de la statique dorsale.

Il faut lutter contre l'obésité et la constipation. Cette dernière est un facteur favorisant mais également un facteur de pérennisation ou d'aggravation d'incontinence urinaire, anale ou de prolapsus.

► **Mots clés** : incontinence anale ; incontinence urinaire rééducation ; post-partum ; grossesse.

Références

- Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques. Texte de recommandations. Anaes, février 2000, www.anaes.fr
- Incontinence anale de l'adulte. Recommandations pour la pratique clinique. *Gastroentérol Clin Bio*, 2000, 24, 299-314.

Question 88

Elle a des fuites urinaires après la ménopause, que faire ?

La demande

« Docteur, je perds mes urines dès que je fais un effort. Pourquoi vous me le demandez ? J'ai toujours connu ma mère comme ça. »

Le préliminaire

Les fuites urinaires au moment de la ménopause mais aussi chez les femmes plus jeunes, à la suite d'un précédent accouchement sont fréquentes, mais très peu de femmes en parlent.

Non traités, elles risquent de s'accroître, alors qu'une prise en charge dès les premières « fuites », grâce à des traitements et à une rééducation spécifiques, donne de bons résultats.

Il faut rechercher, avec empathie, les problèmes de fuites urinaires de toute consultante, le plus précocement possible.

La première consultation

À l'interrogatoire de sa patiente, le médecin recherche l'ancienneté, les circonstances de survenue et l'abondance des fuites urinaires.

Il vérifie l'absence d'infection urinaire.

L'examen clinique lui permet :

- d'apprécier la trophicité locale ;
- de mettre en évidence des fuites urinaires à la toux alors que la vessie est pleine ;
- de mettre en évidence un prolapsus.

Il prescrit quinze séances de rééducation sphinctéro-périnéale avec électrostimulation.

En cas d'échec, il l'adresse à un chirurgien.

Le point de vue du gynécologue

La prévalence de l'incontinence urinaire augmente avec l'âge. La physiopathologie est multifactorielle associant : étirement, déchirure, atrophie des structures ligamentaires et musculaires, altération du collagène, neuropathie pudendale d'étirement. Toutes ces altérations s'installent progressivement et se surajoutent avec le temps. Elles sont secondaires aux accouchements surtout s'ils sont traumatiques, aux efforts répétés dans le cadre d'une activité professionnelle, à une constipation chronique, une toux chronique, au vieillissement des tissus et à la carence hormonale.

Les éléments du diagnostic

L'incontinence urinaire d'effort (IUE)

Les fuites d'urine sont concomitantes à l'augmentation de la pression intra-abdominale. L'incontinence sera d'autant plus invalidante qu'elle survient lors des efforts de faible intensité. Elle se manifeste à la toux, à l'éternuement, lors du port de charges lourdes, lors du sport, lors de la marche normale ou simplement en se mobilisant. Cette incontinence est en rapport soit avec une incompétence du sphincter urétral (insuffisance sphinctérienne), soit en rapport avec une hypermobilité de la région du col de la vessie et de l'urètre. Ces derniers ne sont plus soutenus en arrière par des fascias et des muscles suffisamment solides. À l'effort, l'urètre ne peut venir s'écraser sur un support postérieur efficace.

L'incontinence par instabilité vésicale

Elle correspond à une hyperactivité de la vessie et elle associe à des degrés divers, pollakiurie, urgences mictionnelles et fuites pouvant au maximum aboutir à une miction incontrôlable. Cette incontinence est accompagnée d'un besoin d'uriner. Cette instabilité est secondaire à une épine irritative (infection urinaire, fibrome, chirurgie du pelvis, irradiation pelvienne, hernie discale), plus rarement une sclérose en plaque et fréquemment des facteurs psychologiques, etc. Attention, ces symptômes sont souvent l'aboutissement de mauvaises habitudes mictionnelles installées au cours du temps. La vessie est un réservoir, il faut savoir l'utiliser comme tel. On urine normalement toutes les 3 à 4 heures. Il peut s'agir également d'une pollakiurie par précaution pour limiter les fuites d'urine à l'effort.

- L'instabilité vésicale et l'incontinence à l'effort peuvent être associées.
- Recherche une dysurie, le plus souvent en rapport avec un prolapsus associé.
- Juger du handicap : nombre et type de protections, retentissement sur la vie sociale.
- Confronter la quantité de boissons absorbées et la fréquence des mictions.
- Rechercher une constipation ou une incontinence anale.
- Ne pas oublier de préciser les antécédents : neuropathie diabétique, sclérose en plaque, etc.
- Les médicaments absorbés : les alphabloquants peuvent aggraver une incontinence chez le sujet âgé, les diurétiques peuvent décompenser un équilibre mictionnel fragile, etc.

L'examen clinique cotera l'hystérocèle, la rectocèle, la cystocèle et l'élytrocèle, il cotera la fonction des releveurs de l'anus.

Le bilan

- ECBU systématique.
- Examen urodynamique : il n'est pas systématiquement réalisé en première intention. Il est réservé aux patientes qui ne répondent pas à un traitement médical bien conduit ou lorsque l'on envisage un traitement chirurgical face à une incontinence urinaire d'effort invalidante. Cet examen va aider à établir le

pronostic de cette incontinence et rechercher des contre-indications à la chirurgie. Il va confirmer une authentique instabilité vésicale.

- La cystoscopie : son but est de rechercher une cause intravésicale en cas d'instabilité vésicale.
- Avis spécialisés éventuels : neurologue, gastro-entérologue en fonction de la symptomatologie associée.

La prise en charge

Il s'agit d'une pathologie fonctionnelle. Il faut évaluer les efforts que la femme veut ou est capable d'effectuer.

La rééducation périnéale

(Cf. Question 87.)

Elle s'adresse à toutes les femmes souffrant d'incontinence à l'effort ou par impériosité. Même si un traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'effort est envisagé, la rééducation va permettre entre autre l'apprentissage du verrouillage périnéal à l'effort.

L'éducation mictionnelle

Elle s'adresse aux patientes souffrant de pollakiurie et d'urgences mictionnelles.

- Expliquer le fonctionnement vésical, son rôle de réservoir.
- Expliquer comment ne pas obéir systématiquement aux besoins et comment différer une miction.
- Revoir la quantité de boissons. Hormis les antécédents d'infection urinaire ou de calcul, il n'est pas nécessaire d'absorber plus de 1,5 à 2 l de liquide par jour. L'excès de thé ou de café majore la pollakiurie.

Les antispasmodiques et anticholinergiques

Ils sont utiles en cas d'instabilité vésicale invalidante. Ils calment les contractions vésicales et permettent ainsi l'espacement des mictions et la diminution des urgences. Ils sont en général prescrits sur deux à trois mois, le temps de redonner confiance aux patientes.

Le calendrier mictionnel

Il fait partie de l'éducation mictionnelle. La patiente remplit un tableau où apparaissent les jours de la semaine et les heures du jour. Elle reporte une croix à chaque fois qu'elle va aux toilettes. Ce tableau permet de prendre conscience et de juger de l'amélioration.

Le traitement trophique local à base d'œstrogènes ou le THS

Les œstrogènes vont permettre localement la prolifération de la flore de Döderlein et limiter la colonisation du vagin par des entérobactéries. Ces dernières sont sources d'infection urinaire surtout chez les femmes âgées qui boivent peu. Les œstrogènes améliorent également la trophicité de l'urètre et du trigone vésical et de ce fait, améliorent les symptomatologies d'urgences et la pollakiurie chez les femmes ménopausées. L'effet sur l'incontinence urinaire d'effort n'est pas prouvé.

Le traitement chirurgical de l'incontinence urinaire d'effort

Aujourd'hui, on traite la quasi-totalité des incontinenances urinaires d'effort par des bandelettes prothétiques sous-urétrales mises en place par voie vaginale. Lorsque la bandelette passe par voie rétropubienne et ressort au ras du pubis, c'est la TVT (*tension free vaginal tape*). On peut utiliser la voie obturatrice (TOT). Le principe est de reconstituer un soutien solide en arrière de l'urètre.

Les résultats à cinq ans sont bons, proches de 80 %. La pose d'une telle bandelette se réalise sous anesthésie locale et en ambulatoire.

On n'opère pas une incontinence urinaire d'effort occasionnelle. L'existence d'une insuffisance sphinctérienne augmente le risque d'échec de la chirurgie mais ne la contre-indique pas ; une TVT sera **préférée**.

L'instabilité vésicale ne s'opère pas mais doit être traitée médicalement. Par contre la mise en place d'une bandelette sous l'urètre pour traiter l'incontinence urinaire d'effort améliore dans 50 % des cas la pollakiurie et les urgences.

► **Mots clés** : incontinence urinaire ; incontinence anale ; prolapsus ; rééducation.

Référence

Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques. Texte de recommandations Anaes, février 2000 : www.anaes.fr

Question 89

Elle a les organes qui descendent, que faire ?

La demande

« Docteur, j'ai une descente d'organe. Ça me gêne ! »

Le préliminaire

Les prolapsus génitaux, conséquence de la ptose des organes pelviens à des degrés divers représentent l'anomalie la plus fréquente des troubles de la statique pelvienne en gynécologie.

C'est une affection courante dont le diagnostic est cliniquement facile, mais dont le traitement chirurgical est complexe.

La première consultation

À l'interrogatoire le médecin fait préciser les antécédents gynécologiques et obstétricaux, la date de survenues des troubles par rapport aux accouchements ou à la ménopause, et la gêne fonctionnelle ressentie.

Il pratique l'examen de la patiente en position gynécologique, puis en position debout avec, si possible, sa vessie pleine.

Ces techniques lui permettent de qualifier, de quantifier le prolapsus et de rechercher une fuite urinaire ou rectale.

Il l'adresse au gynécologue, selon l'âge de la patiente car un traitement est le plus souvent nécessaire avec ou sans chirurgie.

Le point de vue du gynécologue

Un prolapsus est la saillie permanente ou uniquement à l'effort, du tout ou partie des organes pelviens doublés des parois vaginales.

L'apparition d'un prolapsus est la conséquence d'un relâchement du plancher pelvien associant une déhiscence musculaire et des lésions des éléments suspenseurs. Les facteurs favorisants sont les mêmes que ceux de l'incontinence urinaire (cf. Question 88).

Le diagnostic

- Rechercher une sensation de gêne dans le vagin ou de boule extériorisée à la vulve permanente ou en fin de journée en fonction de l'activité physique.
- Sensation de pesanteur pelvienne, plus rarement.
- Ce prolapsus peut s'accompagner d'une dysurie ou d'une incontinence urinaire à l'effort ou par urgences.
- La constipation est fréquente. À l'inverse, la patiente peut se plaindre d'une incontinence anale.

■ Si le prolapsus est extériorisé en permanence, il peut exister des signes d'irritation, voire des ulcérations.

La clinique

Juger de l'état général gynécologique.

Recherche des différents éléments du prolapsus :

- cystocèle : saillie de la paroi antérieure du vagin qui est doublée de la vessie ;
- hystérocèle : descente de l'utérus. Cette manœuvre peut être facilitée en tirant sur le col avec une pince de Pozzi ;
- rectocèle : saillie de la partie postérieure et basse du vagin doublée du rectum ;
- élytrocèle : saillie de la partie haute et postérieure du vagin (culs-de-sac de Douglas) dans laquelle on peut percevoir les anses intestinales grâce à un toucher avec un doigt dans le rectum et un doigt dans le vagin. Ce diagnostic est difficile cliniquement ;
- colpocèle : saillie du fond vaginal chez une patiente ayant subi antérieurement une hystérectomie totale.

La manœuvre des valves facilite l'examen. On désarticule un spéculum. L'une des valves appuie sur le rectum, la femme pousse et la cystocèle en avant se déroule. On réalise la manœuvre inverse pour révéler la rectocèle et l'élytrocèle.

- Au stade I : l'organe descend dans le vagin.
- Au stade II : l'organe atteint la vulve.
- Au stade III : l'organe s'extériorise en dehors de la vulve.

On cote chaque élément à part. Une patiente peut par exemple souffrir d'une cystocèle II, d'une hystérocèle III et d'une rectocèle I.

- apprécier la trophicité et la béance vulvaire ;
- testing des muscles releveurs de l'anus ;
- rechercher une incontinence urinaire d'effort masquée : vessie pleine, prolapsus réduit, des fuites d'urine peuvent apparaître à la toux.

Les examens complémentaires

Ils seront réalisés sur avis spécialisé et en fonction des opérateurs :

- examen urodynamique ;
- colpocystogramme ;
- défécographie.

Les traitements

La chirurgie

Il s'agit d'une pathologie fonctionnelle. Le but n'est pas uniquement d'obtenir un résultat anatomique. On traite chirurgicalement les patientes qui se plaignent :

- en général, on n'opère pas les prolapsus stade I ;
- une cystocèle stade II peut ne pas être gênante et rester en l'état des années. Il est toujours tant de l'opérer s'il y a une aggravation ;

- un prolapsus modéré peut être providentiel et assurer une continence urinaire ;
- au stade III en général, l'indication opératoire est justifiée du fait de la gêne, de l'existence d'une dysurie, voire de frottements et d'ulcération.

Les techniques chirurgicales proposées sont multiples et vont dépendre des habitudes des chirurgiens, des écoles et des modes. Le principe est de traiter les trois étages, c'est-à-dire toutes les composantes du prolapsus même si l'un est modéré :

- soit **intervention par voie abdominale** réalisée par laparotomie ou coelioscopie avec ou sans hystérectomie c'est la promontofixation ;
- soit intervention **par voie périnéale uniquement** avec ou sans hystérectomie. Actuellement se développent des techniques utilisant des prothèses ou des plaques comme pour le traitement des hernies. Elles sont mises en place par voie vaginale. La tolérance et les résultats sont en cours d'évaluation. L'idée est d'apporter un matériel de reconstruction solide, elles sont souvent proposées dans les récidives.

Le traitement d'une incontinence urinaire d'effort peut être associé si la patiente en souffre.

Le risque de récurrence est estimé entre 10 et 30 % et les patientes doivent être prévenues.

La rééducation

Cf. Question 87.

La rééducation ne peut être curative par contre elle permet :

- de limiter une aggravation ;
- de soulager grâce à des exercices appropriés ;
- de faire l'apprentissage du verrouillage à l'effort.

Les traitements trophiques locaux à base d'œstrogène

Il s'agit d'ovules ou de crème. Ils sont prescrits systématiquement en préopératoire. Ils sont utiles pour la reprise des rapports après la chirurgie. Ils peuvent améliorer une instabilité vésicale. L'indication doit être large si la femme est ménopausée et ne prend pas de traitement hormonal.

Les pessaires

Il faut choisir des anneaux en caoutchouc souple ou de préférence en silicone. La taille doit être la plus petite possible de manière à retenir les organes sans qu'il y ait expulsion de l'anneau. Pour certains, il s'agit d'un traitement d'un autre siècle mais il garde quelques indications bien utiles :

- en attendant un acte chirurgical quel que soit l'âge de la patiente ;
- patiente inopérable (c'est de plus en plus rare) ;
- patiente qui ne veut pas se faire opérer.

Il faut surveiller le vagin à la recherche d'ulcérations. Ces dernières et le frottement peuvent être à l'origine d'un cancer du vagin après plusieurs années d'utilisation mal contrôlée. La présence du pessaire favorise des pertes vaginales

abondantes. Il faut y associer un traitement trophique local à base de crème ou d'ovule d'œstrogène.

L'idéal serait un retrait et un nettoyage du pessaire tous les jours par la patiente. Ceci est rarement réalisable. On peut se contenter d'un changement tous les un à trois mois au cabinet en vérifiant le vagin à cette occasion.

► **Mots clés** : prolapsus ; chirurgie ; incontinence ; cystocèle ; rectocèle ; hystérocele.

Question 90

Elle a 35 ans et veut pratiquer le dépistage du cancer du sein

La demande

« Docteur, ma voisine vient d'être opérée d'un cancer du sein, je veux une mammographie ? »

Le préliminaire

Avant 50 ans, en France, on ne fait faire une mammographie et/ou une échographie qu'en cas d'anomalies ou d'antécédents familiaux de cancer du sein.

La première consultation

Il recherche à l'interrogatoire les antécédents familiaux de cancer du sein et les facteurs de risque de cancer du sein.

Il l'examine (cf. Question 1) en insistant sur les seins et sur les régions axillaires.

Au cours de cet examen, il lui apprend l'autopalpation qu'elle devra faire régulièrement.

En dehors de la découverte d'anomalies, il ne prescrit aucun examen complémentaire.

Le médecin rassure cette jeune femme de 35 ans sans antécédents et lui explique l'importance d'un examen clinique annuel.

Le point de vue du gynécologue

Le cancer du sein est fréquent et grave avant 50 ans, faisant discuter l'intérêt de son dépistage : celui-ci n'existe pas en France actuellement. Le dépistage reste pour cet âge individuel.

Le dépistage mammographique organisé

La littérature est contradictoire : si un bénéfice sur la mortalité est observé, il est moindre que dans les tranches d'âge supérieur (5 à 15 %) et plus tardif en raison de la plus faible incidence des cancers chez les femmes jeunes, de la plus grande fréquence de tumeurs histologiquement agressives et du rendement mammographique moins bon devant des seins plus denses avec une moins bonne sensibilité et spécificité.

Tableau 90.1
Incidence et mortalité du cancer du sein en fonction de l'âge.

Âge (ans)	Incidence annuelle/100 000 femmes	Mortalité (%)
40-44	119,7	13
45-49	187,3	17
50-54	177,3	17
55-59	182,8	16
60-64	211,3	12
65-69	220	9

Les modalités de dépistage particulières à cette tranche d'âge restent à définir : il semble qu'une mammographie annuelle ou tous les dix-huit mois soit nécessaire avec les risques théoriques de cancer radio-induit. Un couplage à d'autres examens, en particulier devant des seins denses, sera souhaitable : mammographies numérisées et échographie associée. L'IRM ne fait pas partie du dépistage organisé simple.

Le dépistage individuel

Le dépistage individuel est une demande journalière des femmes elles-mêmes à laquelle une réponse raisonnée peut être faite, basée sur les facteurs de risque mammaire connus.

■ *Le risque est modéré* (RR = 2 devant un antécédent familial du premier degré, une œstrogénothérapie substitutive, des seins « difficiles » cliniquement ou en imagerie avec mastopathie proliférante non atypique histologique) :

- l'autoexamen mensuel post-menstruel peut être enseigné chez les femmes peu anxieuses ;
- un examen sénologique annuel est nécessaire ;
- un bilan mammographique (deux clichés : face et oblique) et échographique tous les deux ans est souvent effectué en incitant la patiente à ne pas se laisser faussement rassurer par une mammographie normale devant une anomalie clinique.

■ *Le risque est important* (RR > 4) devant :

- un antécédent personnel de cancer du sein ;
- des antécédents familiaux de cancer du sein ou de l'ovaire ;
- la notion d'une mutation germinale délétère d'un gène de prédisposition (BRCA 1 ou 2) qui expose à un risque majeur de cancer du sein avant 40 ans et de cancer de l'ovaire après 40 ans ;
- un antécédent de biopsie mammaire ayant conclu à l'existence d'une mastopathie à risque (carcinome lobulaire *in situ*, hyperplasie épithéliale atypique) ;
- un antécédent d'irradiation thoracique en particulier avant 30 ans.

Il convient alors pour le médecin généraliste de :

- proposer l'autoexamen mensuel ;
- surveiller cliniquement ces patientes tous les six à douze mois ;
- d'effectuer une surveillance mammographique et échographique annuelle en débutant celle-ci cinq ans avant le premier cas familial. L'existence d'une mutation génétique connue fera proposer une mammographie et une échographie précédées d'une IRM pour améliorer la qualité du dépistage ;
- de recourir aisément aux explorations biopsiques (micro- ou macrobiopsies), en adressant la patiente au gynécologue ou directement au radiologue si l'indication est indiscutable ou conseillée par celui-ci ;
- en rappelant à la patiente la nécessité d'une vigilance particulière devant toute manifestation clinique inusuelle et en insistant sur la surveillance ovarienne annuelle (examen clinique, échographie avec Doppler et dosage des marqueurs ovariens).

Conclusion

Le dépistage avant 50 ans n'est actuellement pas validé en France, mais doit être considéré chez les patientes à risque. L'autre développement attendu face aux cancers mammaires de la femme jeune est la chimioprévention actuellement expérimentée : il n'y a pas à ce jour en France d'indication à une prévention par tamoxifène hors essai thérapeutique.

► **Mots clés** : dépistage ; génétique ; préménopause ; mammographie ; mortalité.

Références

- Miller AB, To T, Baines CJ, Wall C. The Canadian National Breast Screening Study-1 : Breast Cancer Mortality after 11 to 16 Years of Follow-up. A Randomized Screening Trial of Mammography in Women Age 40 to 49 Years. *Ann Intern Med*, 2002, 137:305-12.
- U.S. Preventive Services Task Force. Screening for Breast Cancer: Recommendations and Rationale. *Ann Intern Med*, 2002, 137:344-6.
- Drapier Faure E. Le dépistage du cancer du sein entre 40 et 49 ans. In : *Femmes de la quarantaine et gynécologie* (pp. 49-61). Angeliqa. Paris, Elsevier.

Question 91

Elle a plus de 50 ans et veut une mammographie tous les ans

La demande

« Docteur, j'ai très peur du cancer, je veux refaire ma mammographie qui a déjà un an. En plus, vous savez ce qui est arrivé à ma voisine ? »

Le préliminaire

En France, chez une femme sans antécédents particuliers âgée de 50 à 74 ans, le dépistage du cancer du sein est systématique tous les deux ans.

S'il apparaît une anomalie clinique entre-temps, il faut refaire les examens complémentaires.

Il est important après 75 ans de palper les seins des femmes une fois par an.

La première consultation

Il recherche à l'interrogatoire les antécédents familiaux de cancer du sein et les facteurs de risque de cancer du sein.

Il l'examine (cf. Question 1) en insistant sur les seins et sur les régions axillaires.

Il lui rappelle l'importance de l'autopalpation régulière et d'un examen clinique annuel.

Il vérifie les mammographies précédentes.

En dehors de la découverte d'anomalies, il ne prescrit aucun examen complémentaire.

Il faut traiter psychologiquement une cancérophobie sans multiplier les examens et sans passer à côté du cancer.

Il en profite pour faire le point sur le dépistage du cancer du col en vérifiant le frottis, et celui du cancer du colon par Hémoccult.

Le point de vue du gynécologue

Le cancer du sein se prête bien au dépistage qui concerne en France 9 à 10 millions de femmes. En effet ce cancer est fréquent : 33 860 nouveaux cas en 1995 (contre 19 250 en 1975 soit +60 %) et grave : plus de 10 000 décès annuels (54/100 000 entre 45 et 64 ans). De plus ces facteurs de risque sont peu accessibles à la prévention primaire et taille et envahissement ganglionnaire lors du diagnostic sont deux facteurs pronostiques majeurs intéressés par une politique de dépistage.

Le nouveau cahier des charges national

Depuis janvier 2004 le dépistage est organisé en France pour l'ensemble du territoire, Il concerne les femmes de 50 à 74 ans. Il se fait comme représenté sur l'arbre de décision donné à la figure 91.1.

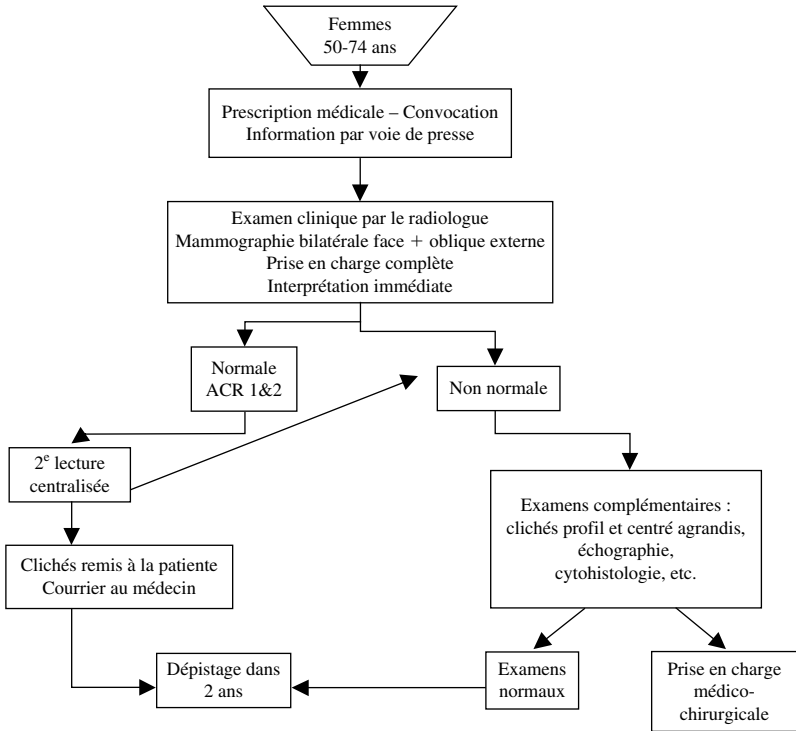


Fig. 91.1
Dépistage national du cancer du sein : arbre de décision.

Les femmes à surveiller autrement

- Patiente ayant un symptôme spécifique : proposer d'emblée une procédure diagnostique par mammographie ± échographie et biopsie.
- Patiente ayant bénéficié d'une mammographie il y a moins d'un an : attendre la campagne suivante.
- Patiente à risque (mammographie annuelle) :
 - antécédent personnel de cancer du sein *in situ* ou invasif ;
 - antécédent de mastopathie à haut risque : hyperplasie épithéliale atypique ; carcinome lobulaire *in situ* ;
 - patiente porteuse d'un gène de prédisposition ou à risque familial élevé.

Les objectifs de cette campagne de dépistage

Les objectifs d'une campagne sont connus (exemple de l'Ille-et-Vilaine) :

- participation > 55 % ;
- taux de clichés jugés positifs :
 - en première lecture : < 10 % ,
 - en deuxième lecture : < 7 % ;
- taux de clichés techniquement insuffisants < 0,5 % ;
- taux de cancers dépistés :
 - première vague : > 0,5 % ,
 - deuxième vague : > 0,35 % ,
 - dont 25 % de cancers invasifs \leq 10 mm ;
- abandon du dépistage spontané.

Les résultats de la campagne de l'Ille-et-Vilaine sont connus : 1 000 mammographies de dépistage : quatre-vingt bilans sénologiques complets ont été demandés, douze biopsies ont été effectuées et six cancers du sein diagnostiqués.

Le médecin généraliste doit informer la patiente du dépistage, vérifier qu'elle a bien reçu et compris l'information. Il doit la convaincre de son utilité et l'encourager à participer à la campagne. Une fois cela fait, il doit assurer la prise en charge si celui-ci est positif et soutenir la patiente dans les démarches, lui expliquant ce qu'il faut faire et la conseillant pour prendre un avis spécialisé.

Les conséquences du dépistage

Les conséquences négatives sont principalement représentées par les cancers survenant entre deux vagues de dépistage (en Ille-et-Vilaine : 0,1 %) et par l'anxiété générée par les explorations (en particulier pour les faux positifs) qui est mal appréciée mais bien réelle.

Sur la mortalité par cancer du sein : les preuves directes manquent encore mais dans de nombreux essais étrangers la baisse de mortalité par cancer du sein est de 30 % liée au diagnostic plus précoce de petites lésions de meilleur pronostic et à leur meilleure prise en charge.

Il ne faut pas oublier les femmes de plus de 75 ans pour lesquelles le risque de cancer du sein est élevé ; si la mammographie n'est pas recommandée elle demeure souhaitable le plus longtemps possible, l'examen clinique prenant de plus en plus d'importance et se justifiant de manière annuelle.

► **Mots clés** : cancer d'intervalle ; dépistage ; incidence ; mammographie ; mortalité ; prévalence.

Références

- Ancelle-Park R, Nicolau J. et les coordinateurs des centres de dépistage départementaux du cancer du sein. Évaluation du programme de dépistage organisé du cancer du sein : résultats 1999. *BEH*, 2001, 27 : 85-90.
- Séradour B. La généralisation du dépistage du cancer du sein en France: comment améliorer la qualité du programme ? Les preuves et l'épreuve de la qualité en sénologie (pp. 33-7). Rueil Malmaison, Arnette.
- Blanks RG, Moss SM, MacGahan CE, Quinn MJ, Babb PJ. Effect of NHS screening programme on mortality from breast cancer in England and Wales, 1990-8: comparison of observed and predicted mortality. *BMJ*, 2000, 321 : 665-9.

Question 92

Elle a un nodule dans le sein, que faire ?

La demande

« Docteur, en faisant ma toilette, je me suis découvert une boule dans le sein gauche. »

Le préliminaire

L'examen des seins doit être centré sur la recherche d'un cancer.

Tout nodule nécessite, en fonction de l'âge, une mammographie et ou une échographie.

Un nodule plein impose une cytoponction pour analyse anatomopathologie.

Un kyste est ponctionné par un radiologue habitué.

La première consultation

À l'interrogatoire, le médecin recherche les antécédents et fait préciser les circonstances d'apparition.

Il examine la patiente (cf. Question 1).

Découvrant un nodule, il fait faire une mammographie et/ou une échographie dans un service spécialisé où les ponctions percutanées sont habituellement pratiquées, si nécessaires.

Selon les résultats et l'âge de la patiente, la surveillance clinique et échographique sera semestrielle à la recherche d'une modification qui entraînerait l'exérèse de ce nodule pour analyse anatomopathologie.

Il est responsable de la récupération du résultat des examens prescrits afin d'orienter la prise en charge.

Le point de vue du gynécologue

Examiner un sein, c'est se poser la question d'un cancer du sein : le médecin doit s'assurer de la nature histologique du nodule et s'il s'agit d'un nodule bénin, apprécier son risque de cancérisation ultérieure (lésion précancéreuse) potentiel ou collecter des arguments pour savoir si le sein est un sein à risque ou non (lésion marqueur de risque).

Le diagnostic

L'interrogatoire contrôle

- Le mode d'apparition :
 - facteur déclenchant (traumatisme) ;
 - date du dernier examen clinique ou mammographique.

- Ses caractéristiques :
 - signes inflammatoires ;
 - douleur ;
 - variations avec le cycle.
- Recherche des facteurs de risque mammaires.

L'examen clinique

Inspection des seins

- Volume, forme, symétrie.
- Mamelons : ombilication, symétrie, aspect du galbe : ride spontanée ou provoquée par le changement de position.
- Téguments : couleur, vascularisation, œdème.

Palpation de la tumeur

- Localisation (schéma), nombre, formes, limites, consistance, sensibilité et dimensions.
- Connexions à la peau : mobiliser la peau par rapport à la tumeur et mobiliser la tumeur en recherchant un pli cutané et au grand pectoral (manœuvre d'abduction contrariée de Tillaux).

Ganglions

Sus-claviculaires (doigts en crochet en arrière de la clavicule) et axillaires : palper les doigts en crochet les quatre faces du creux axillaire (en haut, en arrière sur le dorsal, en dedans sur la paroi thoracique, en arrière du grand pectoral).

Les examens complémentaires

Le médecin doit prescrire des examens pour confirmer ses hypothèses diagnostiques, il doit vérifier leur réalisation et interpréter leurs résultats.

Mammographie

Elle doit comparer les deux seins en opposant les clichés, repérer une image anormale, analyser sur deux incidences, la taille, les contours les microcalcifications et les modifications des structures voisines (peau, glande mammaire, mamelon) : attirance, épaississement. Le radiologue aura parfois réalisé des clichés centrés agrandis.

Échographie

Elle doit être prescrite sur l'ordonnance. Elle n'est pas systématique mais souvent justifiée notamment chez une femme jeune. Il faut rechercher sur le compte rendu les éléments suivants :

- échogénicité : transsonique (= liquidienne), hypoéchogène (= solide) ;
- homogénéité, forme et contours, grand axe perpendiculaire/parallèle à la peau ;
- en postérieur cône d'ombre ou renforcement ;
- structures périphériques attirance ou respect, couronne hyperéchogène par œdème pérítumoral.

Ponction cytologique

À réaliser par le médecin traitant ou le radiologue.

- Technique :
 - idéalement guidage écho/mammographique (stéréotaxie) ;
 - aiguille sous-cutanée avec aspiration douce avec seringue ou laisser monter les cellules dans l'aiguille par capillarité ;
 - projeter doucement sur deux lames (fixation et séchage à l'air libre).
- Résultats :
 - si liquide : kyste ; importance de la couleur du liquide (Coca-Cola, sanglant, blanchâtre), vérifier l'affaissement après ponction et adresser le liquide en cytologie ;
 - si solide : projeter le matériel sur une lame pour étude cytologique.

Les microbiopsies

Elles seront demandées par le spécialiste ou le généraliste s'il peut en porter l'indication et bien souvent sur avis du radiologue.

- Technique : ponction sur un nodule palpable ou avec guidage écho- ou stéréotaxique.
- Résultats : carottes tissulaires prélevées, permettant un diagnostic histologique.

Conclusion

Le médecin généraliste devant un nodule du sein doit porter avec certitude un diagnostic (fig. 92.1). Il doit se donner tous les moyens pour y parvenir et l'ensemble des éléments doit être concordant. Il est important de bien veiller à la récupération des examens demandés. Selon l'âge et la probabilité d'une lésion

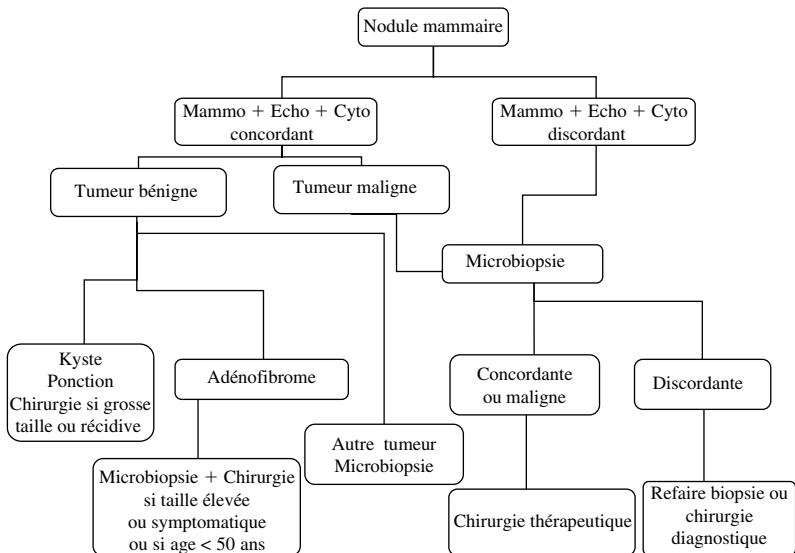


Fig. 92.1
Conduite à tenir devant un nodule mammaire.

cancéreuse, une biopsie sera parfois nécessaire. Une consultation avec un spécialiste à l'issue de la mammographie ± échographie et cytoponction est souvent justifiée, sauf si un kyste bénin ou un adénofibrome sont évoqués avec certitude par le radiologue et qu'ils ne justifient pas de prise en charge chirurgicale.

Trois principaux diagnostics seront retrouvés :

- le kyste mammaire qui, sauf s'il est volumineux et douloureux, ou s'il est suspect (végétation interne), ne sera pas opéré ;
- l'adénofibrome mammaire qui sera opéré chez la femme de plus 50 ans ou uniquement si symptomatique, de grande taille ou suspect de tumeur phyllode chez la femme jeune ;
- le cancer du sein, invasif ou non, qui nécessitera une prise en charge chirurgicale initiale pour les tumeurs de moins de 30 mm. Les tumeurs plus volumineuses peuvent souvent bénéficier d'une thérapeutique néoadjuvante.

► **Mots clés** : cancer du sein ; mammographie ; échographie ; cytoponction ; microbiopsie.

Référence

Donegan WL. Évaluation of a palpable breast mass. *N Engl J Med*, 1992, 237 : 937-42.

Question 93

Elle a 40 ans et a mal aux seins

La demande

« Docteur, mes seins me font souffrir, je ne peux pas dormir à plat ventre et j'ai découvert plein de boules. »

Le préliminaire

De 50 à 74 ans, le dépistage du cancer du sein doit être systématique tous les deux ans, sauf anomalies.

Avant 50 ans, on ne pratiquera mammographie et/ou échographie qu'en cas d'anomalies ou d'antécédents familiaux de cancer du sein.

La dystrophie fibrokystique bénigne entraîne une distension douloureuse des seins surtout en fin de cycle.

La première consultation

À l'interrogatoire, le médecin fait préciser la périodicité des douleurs en fonction des règles.

Le médecin devant l'inquiétude de cette femme de 40 ans, va pratiquer un examen complet : poids, taille, pression artérielle, auscultation cardiaque et pulmonaire, aires ganglionnaires en particulier axillaires, palpation de la thyroïde, avec examen gynécologique : palpation des seins à la recherche de signes de gravité (adhérences à la peau, peau d'orange, signes d'inflammation cutanée), palpation de l'abdomen, inspection de la vulve, examen au spéculum avec inspection du col, frottis cervical (si pas de frottis depuis deux ans) et enfin toucher vaginal.

À la palpation, les seins sont tendus, douloureux, sans masse individualisable, avec des placards granuleux, sans signes de gravité. Il n'y a pas d'antécédent particulier.

Le médecin ayant diagnostiqué des mastodynies en rapport avec une probable dystrophie fibrokystique bénigne, prescrit un traitement médical local (Progestogel une à deux applications/24 h) ou général (macroprogestatifs du quatorzième au vingt-cinquième jour si elle n'a pas besoin d'une contraception ou vingt et un jours par mois si elle en a besoin) pendant trois mois avec contrôle à terme.

Il revoit la patiente, au maximum à trois mois.

La palpation conclura soit à la guérison, soit à une simple prolongation du traitement, soit à un doute d'une masse individualisée.

Dans ce dernier cas, il prescrit une mammographie et/ou échographie dans un service ou cabinet spécialisé où les ponctions percutanées sont habituellement pratiquées, si nécessaire.

Le point de vue du gynécologue

Motif de consultation fréquent et particulier, les mastodynies en rapport avec une mastopathie fibrokystique restent un diagnostic d'élimination ; néanmoins la crainte du cancer est toujours sous-jacente.

Deux pièges surviennent alors : être trop rassurant ou multiplier les examens.

Ce qui est important : faire le point d'une situation en regroupant tous les éléments pertinents venant de la clinique, des examens complémentaires pour définir une attitude.

Rappel d'anatomie

Il s'agit d'un ensemble hétérogène de lésions bénignes de l'unité terminale ductulobulaire (UTDL) de Wellings souvent associées en proportion variable :

- les **kystes** provenant de la dilatation des acini des UTDL (ce sont des cavités liquidiennes) ;
- l'**hyperplasie des cellules épithéliales** de type canalaire ou lobulaire soit simple soit atypique constituant alors une mastopathie à risque ;
- l'**adénose** : hyperplasie de tous les constituants de l'UTDL (cellules épithéliales, myoépithéliales et tissu conjonctif) réalisant une augmentation en taille et en nombre des lobules.

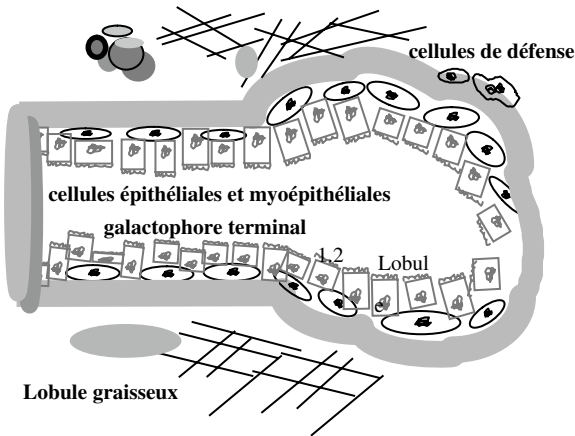


Fig. 93.1
L'unité terminale ductulobulaire de Wellings.

Le diagnostic

Il existe un signe fonctionnel : les **mastodynies** cycliques à partir de l'ovulation, parfois avec sédation lors des règles plus ou moins complète, souvent du quadrant supéro-externe du sein avec irradiation vers le membre supérieur.

Examen : idéalement en période post-menstruelle principalement caractérisée par des placards ambigus. Parfois il s'agit d'un écoulement mamelonnaire. Des adénopathies axillaires peuvent être associées.

Examens complémentaires

Mammographie

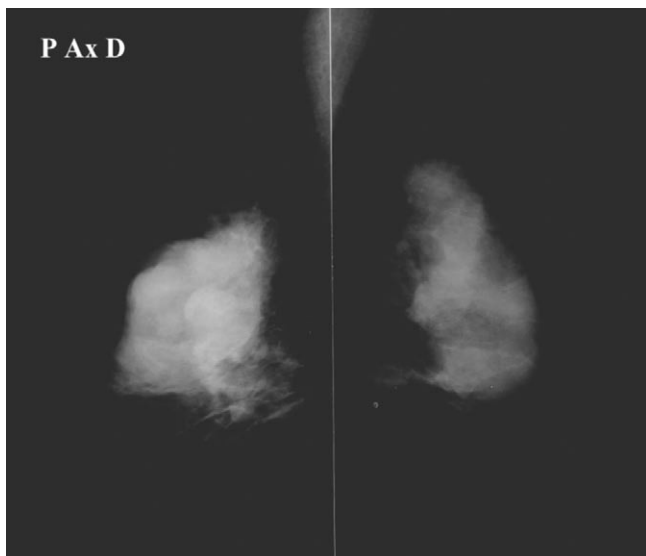


Fig. 93.2

Mammographie difficile ⇒ clichés comparatifs :

- opacités kystiques : rondes régulières avec liseré de sécurité homogènes ;
- placards de fibrose : larges opacités taillées à la serpe ;
- microcalcifications : arrondies pleines ou à centre clair réparties en rosace, en arc de cercle.

Échographie

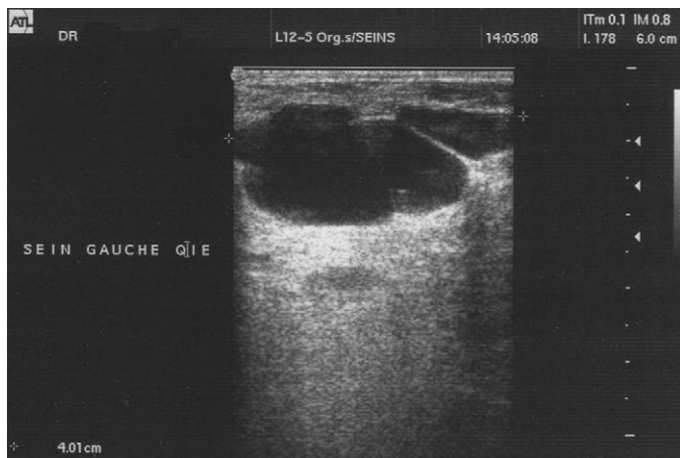


Fig. 93.3

Intérêt particulier de l'échographie dans la mastopathie fibrokystique (MFK) :

- visualiser les kystes ;
- ponction des kystes douloureux ;
- complément de la mammographie dans les placards fibreux.

Le traitement

Le médecin traitant peut prendre en charge seul cette pathologie, il aura prescrit les examens complémentaires et assurera la prise en charge. Certains conseils généraux peuvent être formulés :

- informer et dédramatiser : lutter contre anxiété et cancérophobie ;
- assurer une bonne hygiène mammaire : « bon » soutien-gorge (important pour le sport) ;
- diminuer les excitants : tabac, café, alcool, drogue ;
- manque de sommeil ;
- régime hypocalorique.

Les traitements antiœstrogéniques

- **Contraception œstroprogestative** : possible au début de la MFK avec faibles doses d'éthinylœstradiol ; éviter les progestatifs microdosés (source d'hyperœstrogénie).
- **Progestogel** (progestérone naturelle en gel) : une application par jour (50 mg) sur les seins de J16 à J25 du cycle ;
- **Macroprogestatifs antiœstrogéniques** : traitement préférentiel.
 - prescription possible (J1 = premier jour des règles) : J16 J25/J11 J25/J6 J25

Tableau 93.1

Résultats.

Cible	Mastodynies	Nodules	Kystes	Fibrose
Succès	95 %	85 %	50 %	10 %

La surveillance

Elle doit être réalisée par le généraliste : il conseille l'autoexamen qui nécessite un apprentissage par le médecin et se pratique mensuellement en période post-menstruelle. L'examen sénologique clinique annuel est indispensable. L'imagerie peut être proposée à titre systématique :

- à partir de 40 ans selon les facteurs de risque associés (contexte familial) et la praticabilité de l'examen clinique ;
- mammographie (deux clichés : face + profil axillaire) ± échographie en particulier si les seins sont denses tous les vingt-quatre mois (en sachant risque de cancer d'intervalle à cet âge).

► **Mots clés** : échographie ; mammographie ; mastodynies ; mastopathie fibrokystique ; progestatifs.

Références

- Corins A. Épidémiologie des kystes mammaires. *Gynécologie*, 1994, 2 : 284-90.
 Tournant B. Les mastodynies. *Gynecol Obstet Fertil*, 2001, 29 : 49-54.
 Marchant DJ. Benign breast disease. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2002, 29 : 1-20.

Question 94

Elle a écoulement mammaire en dehors de la grossesse

La demande

« Docteur, en faisant ma toilette, j'ai découvert un écoulement au sein. J'ai peur du cancer. »

Le préliminaire

De 50 à 74 ans, le dépistage du cancer du sein doit être systématique tous les deux ans, sauf anomalies.

Avant 50 ans, on ne pratiquera mammographie et/ou échographie qu'en cas d'anomalies ou d'antécédents familiaux de cancer du sein.

La première consultation

À l'interrogatoire, il s'enquiert d'un traitement pouvant induire une hyperprolactinémie (neuroleptiques et dérivés).

Le médecin devant l'inquiétude de cette femme de 40 ans, va pratiquer un examen complet : poids, taille, pression artérielle, auscultation cardiaque et pulmonaire, aires ganglionnaires en particulier axillaires, palpation de la thyroïde, avec examen gynécologique : palpation des seins à la recherche d'une masse associée, palpation de l'abdomen, inspection de la vulve, examen au spéculum avec inspection du col, frottis cervical (si pas de frottis depuis deux ans) et enfin toucher vaginal.

Il localise l'écoulement, uniporique ou non, unilatéral ou bilatéral, et son type séreux, sérohémostatique, lactescent, purulent.

Il prescrit une prolactinémie s'il est lactescent.

Une hyperprolactinémie nécessitera la prescription d'une IRM à la recherche d'un microadénome de l'hypophyse.

Même en l'absence de masse, tout écoulement uniporique non lactescent nécessite une exploration il l'adresse dans un service spécialisé où seront pratiquées une mammographie, une échographie, et parfois une galactographie.

Il réalisera si possible un prélèvement de liquide pour analyse cytologique.

La surveillance dépendra de la gravité.

Le point de vue du gynécologue

Les écoulements mamelonnaires (EM) représentent 10 % des consultations sénologiques. L'objectif du médecin traitant est de les distinguer de la galactorrhée : EM clair bilatéral lors de grossesses, endocrinopathies (hyperprolactinémie, hypothyroïdie, etc.), prises médicamenteuses (psychotropes et antihypertenseurs centraux).

Le diagnostic

L'examen clinique est capital, il permet par l'interrogatoire :

- d'apprécier les facteurs de risque mammaire ;
- de caractériser l'EM :
 - date et circonstances d'apparition (spontané ou provoqué par autopression/ relation avec une prise médicamenteuse),
 - abondance, répétition, relation avec le cycle,
 - couleur : clair, sanglant ou verdâtre (visible sur les sous-vêtements ou sur une compresse, [figure 94.1]) ;



Fig. 94.1
Écoulement mammaire étalé sur une compresse.

- de noter les signes associés mamelonnaires (rétraction, prurit, modifications des téguments) et mammaires (placard, mastodynies).

L'examen clinique :

- repère le galactophore en cause précise la zone gâchette (dont la pression est responsable de l'EM) ⇒ cartographie ;
- s'accompagne d'un examen sénologique usuel statique et dynamique : recherche d'un point d'appel clinique mammaire, mamelonnaire et ganglionnaire.

On retiendra qu'un EM uniporique, spontané, contenant du sang, chez une femme âgée (ou un homme) présente le risque le plus élevé de malignité.

Les examens complémentaires

Certaines explorations sont indispensables à réaliser ou prescrire par le généraliste.

Cytologie

Elle est systématique, elle impose de renseigner le pathologiste et elle se réalise après avoir nettoyé le mamelon avec de la ouate imbibée d'alcool. Il faut :

- recueillir par capillarité une goutte sur une lame (sans toucher le mamelon) étalée à l'aide d'une autre lame ;
- fixer une lame sur deux (MGG), l'autre étant séchée à l'air (Papanicolaou) ;
- recueillir plusieurs gouttes en début milieu et surtout fin d'EM.

Mammographie

Classée selon la classification ACR.

Échographie mammaire

Elle détaille une anomalie mammographique, recherche une mastopathie kystique et explore les galactophores terminaux : dilatation, présence d'une lésion intragalactophorique.

D'autres explorations sont possibles mais affaire de spécialiste

- **Galactographie** qui recherche une lésion intragalactophorique typiquement : image d'arrêt en doigt de gant (fig. 94.2).



Fig. 94.2
Galactographie.

- **Micro-ou macrobiopsie** d'une lésion associée, visible à l'échographie ou à la mammographie.
- **Biopsie chirurgicale** : exérèse du galactophore incriminé du mamelon au pectoral (« pyramidectomie ») permettant une analyse histologique et thérapeutique en cas de lésion tumorale bénigne, doute histologique, et EM persistant.

Parmi les diagnostics possibles, les lésions papillomateuses sont les plus fréquentes. Bien souvent c'est la pyramidectomie qui permettra le diagnostic et orientera la suite du traitement.

Tableau 94.1

Orientation étiologique et prise en charge. La conduite à tenir est résumée sur le tableau 94.1, la pyramidectomie (traitement chirurgical conservateur) est souvent la thérapeutique de choix devant un écoulement uniporique sérosanglant.

	Clinique	Paraclinique	Histologie	Traitement
Ectasie galactophorique	EM verdâtre Rétraction mamelon	Dilatation échographique	Galactophores terminaux dilatés et entourés d'une sclérose lymphocytaire	Pyramidectomie Risque de récidence ⇒ progestatifs antigonadotropes
Papillome	EM clair ou sérosanglant (pouvant disparaître avec compression mammographique)	Lacune à la galactographie Image échographique intracanaulaire	Papillome solitaire proximal Papillomes multiples distaux (marqueur de risque mammaire) Adénomatose érosive du mamelon	Pyramidectomie
Carcinome mammaire	EM sanglant	Anomalies mammographiques (microcalcifications +++) Cytologie +	Carcinomes intracanaux Cancers invasifs érodant un galactophore	Prise en charge multidisciplinaire

► **Mots clés** : écoulement mamelonnaire ; papillome ; ectasie galactophorique ; cancer du sein ; pyramidectomie ; galactographie.

Références

Uzan S, Chopier J, Seror JY *et al.* Les écoulements mamelonnaires. *Rev Prat Gyn Obst*, 2002, 68 : 15-18.

Levêque J, Priou G, Palaric J-C, De Korvin B, Marcorelles P, Poulain P. Les écoulements mamelonnaires sans tumeur palpable. *Rev Fr Gynécol Obstét*, 1990, 85 : 329-35.

Question 95

Elle a fini son traitement du cancer du sein, doit-elle faire ?

La demande

« Docteur, j'ai fini la chimio et la radiothérapie. Mon spécialiste m'a dit que c'était le dernier contrôle et qu'il me confiait à vous. »

Le préliminaire

Le suivi biologique et d'imagerie doit être fait annuellement pendant cinq ans.

Au-delà, le risque de récives reste présent.

Le remodelage ou l'ablation entraîne un travail de deuil.

L'arrêt des traitements spécifiques déclenche un sentiment d'abandon.

La première consultation

Le médecin informe sa patiente de la nécessité d'un bilan annuel systématique pendant cinq ans. Il lui explique que ce bilan comprend un examen clinique complet (cf. Question 1), un bilan biologique (NFS, VS, CRP, marqueurs tumoraux), une mammographie et une échographie mammaire.

Le reste du bilan ne se fera que sur signe d'appel : une radiographie pulmonaire, une échographie abdominale en particulier hépatique ou pelvienne et une scintigraphie osseuse.

Le médecin doit prendre en compte que l'interruption du suivi intense en milieu spécialisé pérennise l'angoisse de la patiente. Il doit avoir une écoute constante et bienveillante.

Il doit l'aider à accepter la modification de son image corporelle et à affirmer sa féminité.

Il renouvellera si besoin l'hormonothérapie pour une durée de cinq ans selon les décisions de la réunion pluridisciplinaire de cancérologie.

Le point de vue du gynécologue

Plusieurs enjeux guettent la femme traitée pour un cancer du sein :

- l'apparition d'une récive dans le sein traité si elle a eu un traitement conservateur ;
- l'apparition d'un cancer dans l'autre sein ;
- l'apparition d'une métastase.

Seule la découverte d'une récive locale, ou la découverte d'un cancer dans le sein controlatéral peut, par un traitement précoce, améliorer la mortalité. En revanche, il n'est pas démontré que la découverte et le traitement précoce d'une métastase permettent d'améliorer le pronostic. De ce fait la surveillance sera surtout clinique et les examens complémentaires, en l'absence de signes d'appel, limités à la mammographie ± échographie mammaire.

Des études randomisées contrôlées ont démontré qu'une surveillance lourde comportant radio pulmonaire, échographie hépatique, scintigraphie osseuse, marqueurs n'améliorait pas la survie. La surveillance sera donc une surveillance légère réalisée par le médecin de famille et un des membres de l'équipe spécialisée. Elle sera plus rapprochée les cinq premières années car 75 % des récidives ou métastases apparaissent dans ce délai.

Chez la femme asymptomatique

Un examen clinique exigeant sera fait au sixième et douzième mois après traitement la première année puis semestriellement pendant cinq ans, enfin annuellement.

Après avoir étudié l'état général, l'existence de signes fonctionnels éventuels, on examinera soigneusement le sein traité ou la cicatrice de mastectomie, le sein controlatéral, les aires ganglionnaires sus-claviculaires et axillaires. On complétera cet examen locorégional par :

- un examen de l'appareil pleuropulmonaire ;
- la palpation du foie et de l'abdomen ;
- un examen gynécologique annuel.

La pratique de l'autoexamen mensuel sera recommandée entre les visites avec consultation rapide devant la découverte d'une anomalie.

Une mammographie de référence sera faite six mois après le traitement initial puis tous les ans pendant cinq ans. Au-delà, l'Anaes recommande un examen clinique et une mammographie annuelle quels que soient le type histologique et le caractère invasif ou *in situ* de la lésion. Les images doivent pouvoir être comparées aux clichés préthérapeutiques et à ceux d'une année sur l'autre.

L'échographie hépatique, la radiographie pulmonaire, la tomodensitométrie, l'IRM, les dosages des marqueurs ne sont pas recommandés (NP1). L'échographie mammaire ou l'IRM mammaire peuvent être utiles en deuxième intention en cas d'anomalies mammographiques ou de signes d'appel.

Pour les femmes prenant du *Tamoxifène* au long cours

Il faut surveiller l'apparition possible de phlébites, de troubles visuels ; explorer les métrorragies postménopausiques étant donné l'augmentation de fréquence des cancers de l'endomètre. Il n'est pas recommandé de faire d'échographie pelvienne systématique (grade C).

Pour les femmes prenant des antiaromatases au long cours

Il faut surveiller le bilan lipidique et l'ostéodensitométrie après un premier examen de référence. Un traitement par biphosphonates peut être nécessaire en présence d'ostéoporose.

Chez les patientes symptomatiques

Il peut être recommandé en première intention :

- une scintigraphie osseuse en cas de signes osseux ;
- un cliché thoracique ou un scanner thoracique en cas de signes pulmonaires ;
- une échographie hépatique en cas de symptômes hépatiques ;
- un scanner cérébral en cas de symptomatologie cérébrale.

Pour les malades métastatiques

Les marqueurs tumoraux : ACE, CA 15-3 sont utiles pour suivre l'efficacité du traitement.

Les recommandations à faire

La contraception sera assurée de préférence par le stérilet (au cuivre ou *Mirena* – qui n'a cependant pas l'AMM dans cette indication), ou les contraceptifs locaux (préservatifs, ovules). La ligature tubaire reste aussi une excellente solution si le désir de grossesse est accompli. Les progestatifs (microprogestatif ou macroprogestatif) ne semblent pas indiqués au vu du surrisque de cancer du sein rapporté dans l'étude E3N. Les œstroprogestatifs sont contre-indiqués.

Une grossesse peut être autorisée deux ou trois ans après le traitement surtout si les facteurs de mauvais pronostic n'ont pas été retrouvés. En cas de survenue d'une grossesse non programmée il n'y a pas d'indication médicale à interrompre la grossesse si la patiente est en rémission complète. La survenue d'une grossesse après le traitement d'un cancer du sein ne majore pas le risque de mortalité (NP2).

Le traitement substitutif de la ménopause. Il est classiquement contre-indiqué (cf. Question 106). Le tamoxifène, par ses effets œstrogéniques, peut le remplacer. Les œstrogènes locaux type promestriène (*Colpotrophine*) ne sont pas contre-indiqués car ils ne passent pas dans le sang.

Pour éviter si possible les lymphœdèmes du membre supérieur ou « gros bras », il faut recommander à la femme de :

- ne pas faire de prises de sang du côté opéré ;
- prendre la tension artérielle sur l'autre bras ;
- en cas d'acupuncture ou de mésothérapie rappeler au médecin d'éviter le côté opéré et irradié ;
- éviter du côté opéré le port de bagues, bracelets ou montre trop serré ;
- éviter les crèmes cosmétiques qui peuvent être allergisantes ou irritantes ;
- éviter les gestes répétitifs (tricot) le port d'habits trop serrés, le port de charges lourdes ;
- pour le travail ou le bricolage, protéger toujours les doigts avec des gants de protection (gants de jardin, gants de vaisselle, etc.) ;
- devant une piqûre banale (rosier par exemple), ou une plaie, désinfecter immédiatement puis consulter rapidement votre médecin pour avoir un traitement antiseptique et antibiotique.

Si, malgré ces précautions, le bras augmente de volume, il faut adresser la patiente à un angiologue pour entreprendre très vite un traitement médical des massages et drainages lymphatiques et éventuellement une contention élastique.

La survenue d'une suspicion de récurrence peut donner lieu à prescription d'une IRM mammaire qui présente une très bonne valeur prédictive négative dans cette indication. Les méthodes diagnostiques de micro et macrobiopsies doivent être utilisées comme pour le diagnostic initial.

Un nouveau bilan d'extension sera alors demandé avant de réaliser une thérapeutique ; certaines patientes pourront bénéficier d'un second traitement conservateur, si la récurrence est petite, localisée et survenant à plus de cinq ans de la maladie initiale.

► **Mots clés** : sein ; cancer ; métastase ; surveillance ; mammographie ; lymphœdème.

Références

Anaes. *Suivi des patientes traitées pour un cancer du sein non métastasé*, 1998.

Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. Standards Options Recommandations (SOR). *Les cancers du sein non métastatiques*. Paris, Arnette Blakwell, 1996.

Question 96

Elle présente des microcalcifications à la mammographie

La demande

« Docteur, j'ai fait ma mammographie de dépistage et on me dit qu'elle n'est pas tout à fait normale, c'est un cancer ? »

Le préliminaire

La mammographie est systématique de 50 à 74 ans.

Les résultats sont donnés en ACR :

- ACR 1 = pas d'anomalie ;
- ACR 2 = anomalie bénigne ;
- ACR 3 = doute à éluder ou confirmer par des examens complémentaires ;
- ACR 4 = nécessité de biopsie ;
- ACR 5 = quasi-certitude de cancer.

La première consultation

Le médecin interroge sa patiente sur les antécédents familiaux et personnels de cancers, il recherche l'existence d'un THS et l'arrête si nécessaire.

Il pratique un examen des seins et des aires ganglionnaires.

Si le résultat de la patiente est ACR 3, ce qui correspond à un foyer de microcalcifications, le médecin doit refaire faire une mammographie dans six mois. S'il n'y a pas de modification, le résultat sera ACR 2. Si le foyer évolue, le résultat sera ACR 4 et nécessitera d'adresser la patiente pour faire des micro- ou macrobiopsies.

Il expliquera à la patiente les différentes modalités de prise en charge de l'anomalie radiologique.

Le médecin tiendra compte de cette situation anxiogène pas toujours verbalisée.

Il devra assurer la coordination des soins (prise de rendez-vous, recueil des résultats) entre les différents intervenants.

Le point de vue du gynécologue

Il est actuellement nécessaire de connaître le diagnostic de la pathologie mammaire avant d'opérer. Toutes les anomalies ne demandent pas de biopsies, certaines seront accessibles à une microbiopsie sous contrôle échographique, d'autres, comme les pathologies infracliniques et les microcalcifications, seront plutôt proposées pour la macrobiopsie.

Un appareil constitué d'une table dédiée, permettant la réalisation de macrobiopsies mammaires, est utilisé pour approcher le diagnostic des anomalies infracliniques. Cette technique par aspiration sous vide est justifiée pour la prise en charge diagnostique et thérapeutique des lésions mammaires BI-RADS 3,

4 et 5 (voir ci-dessus le tableau 96.1 de classification). Elle doit faire l'objet d'une concertation multidisciplinaire associant radiologue, gynécologue et pathologiste.

La classification BI-RADS de l'*American College of Radiology* (ACR) est la référence pour l'analyse, la caractérisation et la conduite à tenir (CAT) face à des anomalies mammaires mammographiques :

Tableau 96.1

Classification des anomalies mammographiques de BI-RADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*) de l'ACR (*American College of Radiology*) adaptée par l'ANAES 2002.

ACR	Anomalies mammographiques	Interprétation et CAT
ACR 0	C'est une classification d'attente qui s'utilise en situation de dépistage ou dans l'attente d'un second avis.	Des investigations complémentaires sont nécessaires : comparaison avec les documents antérieurs, incidences complémentaires, clichés centrés comprimés, agrandissement de l'échographie.
ACR 1	Aucune anomalie.	
ACR 2	Opacités rondes avec macrocalcifications (adénofibrome ou kyste). Opacités ovales à centre clair (ganglion intramammaire). Opacités rondes correspondant à un kyste typique en échographie. Image de densité grasseuse ou mixte (lipome, hamartome). Cicatrices connues. Macrocalcifications isolées (adénofibrome, kyste, cystostéatonecrose, ectasie sécrétante). Microcalcifications annulaires ou arciformes, semi-lunaires, sédimentées, rhomboédriques 1. Calcifications cutanées et calcifications punctiformes régulières diffuses.	Anomalie bénigne identifiable ne nécessitant ni surveillance ni examen complémentaire.
ACR 3	Microcalcifications rondes ou punctiformes régulières ou pulvérulentes, peu nombreuses, en petit amas rond isolé. Petit(s) amas rond(s) ou ovale(s) de calcifications amorphes, peu nombreuses, évoquant un début de calcification d'adénofibrome. Opacités rondes ou ovales, discrètement polycycliques non calcifiées, bien circonscrites, non typiquement liquidiennes en échographie ou pour lesquelles l'échographie n'est pas réalisée. Asymétries focales de densité à limites concaves et/ou mélangées à de la graisse.	Forte probabilité de bénignité mais une surveillance à court terme est conseillée. Dans certaines circonstances une biopsie peut être envisagée.

Tableau 96.1 (Suite)

ACR	Anomalies mammographiques	Interprétation et CAT
ACR 4	<p>Microcalcifications punctiformes régulières nombreuses et/ou groupées en amas aux contours ni ronds, ni ovales.</p> <p>Microcalcifications pulvérulentes groupées et nombreuses.</p> <p>Microcalcifications irrégulières, polymorphes ou granulaires, peu nombreuses.</p> <p>Images spiculées sans centre dense.</p> <p>Opacités non liquidiennes rondes ou ovales, à contour microlobulé ou masqué ou ayant augmenté de volume.</p> <p>Distorsions architecturales en dehors de cicatrice stable.</p> <p>Asymétries ou hyperdensités localisées évolutives ou à limites convexes.</p>	Anomalie indéterminée ou suspecte, qui fait poser l'indication d'une vérification histologique.
ACR 5	<p>Microcalcifications vermiculaires, arborescentes ou microcalcifications irrégulières, polymorphes ou granulaires, nombreuses et groupées.</p> <p>Microcalcifications groupées ayant augmenté en nombre ou microcalcifications dont la morphologie et la distribution sont devenues plus suspectes.</p> <p>Groupement de microcalcifications de topographie galactophorique quelle que soit leur morphologie.</p> <p>Microcalcifications évolutives ou associées à une anomalie architecturale ou à une opacité.</p> <p>Opacités mal circonscrites à contours flous et irréguliers.</p> <p>Opacités spiculées à centre dense.</p>	Anomalies évocatrices de cancer avec forte probabilité de malignité imposant une vérification histologique.

À la mammographie de dépistage, face à la découverte d'anomalies non visibles à l'échographie, de type ACR 3 reconstruées, ACR 4 ou 5, le médecin va devoir obtenir une histologie. Il convient de passer par une consultation pré-macrobiopsie avec le radiologue (étude du dossier, étude de faisabilité du geste et explications de la procédure à la patiente), qui remettra à la patiente un document d'information par écrit, ainsi qu'une ordonnance pour la réalisation d'un bilan de coagulation.

Afin de respecter une démarche de qualité, tous les dossiers doivent être présentés lors d'une réunion multidisciplinaire de sénologie afin de valider la procédure, conformément aux recommandations des référentiels locaux et de l'HAS. Cela permet de sélectionner les patientes en définissant les critères d'inclusion qui peuvent justifier de la procédure.

Celle-ci est réalisée en ambulatoire chez une patiente non à jeun. La patiente est installée en décubitus ventral, sur la table dédiée qui présente un orifice et dans lequel est placé le sein à biopsier.

Sous compression mammaire et après repérage de la lésion à biopsier sous stéréotaxie, une anesthésie locale et profonde est effectuée sur le trajet de l'aiguille et autour des lésions, selon la localisation tridimensionnelle de la cible. Puis, une minime incision cutanée, d'environ 4 mm, est pratiquée pour introduire l'aiguille. Les prélèvements sont effectués à l'aide d'une aiguille 10 G de façon horaire par rapport à la cible. Un nombre moyen de 12 prélèvements est prélevé (de cinq à 19) puis radiographié afin de s'assurer de la présence de la cible parmi de ceux-ci (dans 95 % des cas, il s'agit de microcalcifications). En fin de procédure, un clip est souvent mis en place si la cible a été enlevée en totalité ou quasi-totalité. Ce clip permet un repérage préopératoire si un geste chirurgical ultérieur est nécessaire. Les prélèvements sont analysés en anatomopathologie.

Une consultation postmacrobiopsie est effectuée huit à dix jours plus tard avec la réalisation de clichés mammographiques sur le sein biopsié, afin de localiser le clip et de détecter une éventuelle migration de ce dernier.

L'ensemble du dossier (clinique, radiologique, avant et après procédure, et histologique) est alors présenté lors d'un comité de sénologie comportant radiologues, pathologistes et chirurgiens pour définir la conduite à tenir. La traçabilité de ces réunions et de chaque présentation doit être possible.

Résultats

Les indications sont, dans 75 % des cas, des anomalies mammographiques (microcalcifications) classées ACR 4.

Sur le plan anatomopathologique, les lésions retrouvées sont principalement :

- des carcinomes canauxaires infiltrants (CCI) ou *in situ* (CCIS) ;
- des lésions frontières : néoplasie lobulaire (NL), hyperplasie canalaire atypique (HCA), atypie épithéliale plane, cicatrice radiaire (CR) ;
- des lésions bénignes : mastopathie fibrokystique (MFK), adénose, métaplasie cylindrique.

Il est possible d'effectuer des prélèvements de plusieurs anomalies lors de la même procédure.

Il convient d'opérer toutes anomalies au moins atypiques. Cela correspond à 40 à 50 % des patientes.

On constate néanmoins que pour les patientes opérées, il y a souvent une sous-estimation des lésions par les macrobiopsies (de l'ordre de 15 %), notamment pour les lésions frontières et en particulier l'HCA.

Au total, les macrobiopsies permettent :

- d'établir le diagnostic des lésions mammaires avec une fiabilité équivalente à celle de la chirurgie ;
- d'éviter les interventions pour lésions bénignes (58 % au CHU de Tours : 72 % des ACR 4, 66 % des ACR 3, et 9 % des ACR 5) ;
- d'éviter les examens extemporanés (sous-estimations plus fréquentes pour les lésions < 1 cm, et impossibilités pour les microcalcifications).

► **Mots clés** : mammotome ; macrobiopsie ; sein ; hyperplasie atypique ; microcalcification.

Question 97

Elle a des antécédents de cancer du sein dans sa famille

La demande

« Docteur, ma mère a eu un cancer du sein à 40 ans et on vient de trouver un cancer à ma jeune tante de 38 ans. J'ai 22 ans, faut-il que je fasse des vérifications ? »

Le préliminaire

Les femmes ayant des parentes au premier degré ayant un antécédent de cancer du sein présentent un risque plus élevé de développer la maladie. Le risque augmente avec le nombre de parentes touchées et est plus élevé chez les femmes jeunes comparativement aux femmes âgées.

Définition des femmes à risque génétique :

- présence d'au moins trois cas de cancer du sein chez des personnes apparentées au premier ou au deuxième degré dans la même branche parentale ;
- présence de deux cas de cancer du sein chez des personnes apparentées au premier degré associée à l'un au moins des critères suivants :
 - survenue précoce d'un des cas de cancer par rapport à l'âge habituel, par exemple cancer du sein avant 40 ans,
 - bilatéralité de l'atteinte,
 - multifocalité de l'atteinte,
 - survenue de plusieurs cas de cancer chez la même personne (sein et ovaire).

La première consultation

Le médecin recherchera les informations permettant de savoir si sa patiente entre dans ces catégories. Dans ce cas, il demandera une consultation génétique. Il sera utile de proposer une mammographie de dépistage : deux incidences par sein (face et oblique externe).

À 30 ans ou cinq ans avant l'âge du cancer du sein familial le plus précoce, cette mammographie sera couplée à un examen clinique et des aires ganglionnaires.

Le point de vue du gynécologue

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme, mais si la grande majorité est sporadique et touche les femmes après 50 ans, 5 à 10 % sont en rapport avec une prédisposition génétique. Cela représente entre 25 à 40 % des cancers diagnostiqués avant 35 ans.

Il en est de même pour le cancer de l'ovaire avec 10 % des cancers génétiquement expliqués. L'histoire génétique est aussi démontrée pour les cancers du colon et de l'endomètre. Les mutations génétiques BRCA 1 et 2 et le HNPCC (syndrome de Lynch) sont les plus reconnues. Le risque est familial, il est multiplié

par deux devant un antécédent chez un apparenté du premier degré, par trois pour deux apparentés du premier degré, et par quatre pour au moins trois apparentés du premier degré. La transmission est autosomique dominante avec une pénétrance variable.

Le risque de cancer du sein en présence de BRCA 1 est de 60 à 80 % et de 50 % pour le cancer de l'ovaire. Il est plus faible pour BRCA 2, de l'ordre de 50 % pour le cancer du sein et de 10 à 20 % pour celui de l'ovaire. Les particularités importantes de ces cancers héréditaires sont leur survenue à l'âge jeune et souvent avec une atteinte bilatérale pour le sein à plus ou moins long terme (tableau 97.1).

Tableau 97.1
Score mesurant les facteurs de risque génétique de cancer du sein.

ATCD cancer du sein apparenté 1 ^{er} degré avant 30 ans	4 points
Entre 30 et 40 ans	3 points
Entre 40 et 50 ans	2 points
Entre 50 et 70 ans	1 point
ATCD BRCA +	5 points
Cancer du sein chez l'homme	4 points
Cancer de l'ovaire	3 points

ATCD : antécédents

Un score de facteurs de risque mutagènes (tableau 97.1) > 5 incite à proposer un diagnostic mutationnel par un avis oncogénétique.

Une femme est à considérer à haut risque lorsqu'elle a un risque d'au moins deux fois supérieur à celui d'une femme de la population générale.

L'interrogatoire est donc très important pour connaître les antécédents familiaux et pouvoir suspecter l'atteinte génétique. Il faut rechercher les cancers du sein, de l'ovaire, de l'endomètre et du colon.

Détection précoce

L'autopalpation n'a que peu d'intérêt, la palpation médicale est plus performante à partir de 25 ans.

La mammographie garde un bon rendement, même chez les femmes jeunes, mais à condition d'être couplée à l'échographie pour les seins denses. Elle est recommandée à partir de 30 ans ou cinq ans avant l'âge de la parente ayant eu le premier cancer dans la famille. L'IRM est désormais utilisée chez ces patientes pour lesquelles elle est la méthode d'imagerie la plus sensible. Elle doit être annuelle et être réalisée avant l'échographie et la mammographie pour permettre à celles-ci, en cas d'anomalie, de cibler leur recherche.

Pour les hommes il n'y a pas de recommandations d'examen.

Pour le cancer de l'ovaire, l'échographie pelvienne et le CA 125 sont les examens qui ont été étudiés, mais aucune étude n'a pu montrer leur efficacité pour obtenir un diagnostic plus précoce ou une modification de la survie.

Chimio prophylaxie

L'utilisation du tamoxifène en prévention est controversée, il a l'AMM aux États-Unis, mais pas en France. Chez les patientes jeunes, il faut mesurer les bénéfices et les risques de leur pathologie face à ceux du tamoxifène. Pour l'instant, il n'est possible de l'utiliser que dans le cadre de protocoles.

Le raloxifène concerne les patientes ménopausées. Il n'a pas l'AMM dans cette indication en France, mais il peut être prescrit chez les femmes atteintes d'ostéoporose avec une prévention importante, RR : 0,32, et une diminution du risque à cinq ans de voir survenir un cancer hormonodépendant. Les anti-aromatases sont à l'essai.

Concernant le cancer de l'ovaire, il a été montré que la pilule œstroprogestative diminuait de 50 % le risque de cancer de l'ovaire, y compris dans la population BRCA. L'excès de mortalité du cancer de l'ovaire justifie cette prescription, y compris face au surrisque faible d'augmentation de celui de cancer du sein. La contraception œstroprogestative n'est donc pas contre-indiquée chez les patientes BRCA 1 ou 2.

Chirurgie prophylactique

La mastectomie bilatérale réduit l'incidence du cancer du sein de 90 %, si elle est bilatérale et totale. Elle doit être proposée à partir de 35 ans et peut s'accompagner de reconstruction.

L'annexectomie bilatérale est recommandée, car elle prévient de 85 à 95 % des cancers de l'ovaire mais aussi de 55 à 70 % des cancers du sein si l'ovariectomie est pratiquée avant 40 ans.

L'hystérectomie peut avoir un intérêt pour les patientes qui veulent un THS ou qui pourraient utiliser le tamoxifène. Elle doit être proposée à 40 ans ou dès que la femme aura eu ses enfants. Il faut limiter le THS de ces patientes à la plus courte durée nécessaire du fait du risque mammaire.

Prévention secondaire

Elle est assurée par le tamoxifène ou les anti-aromatases chez les patientes qui sont ménopausées et qui présentent des récepteurs hormonaux positifs.

Il en est de même de l'ovariectomie, qui réduit le risque de cancer du sein controlatéral de 60 à 70 %.

La chimiothérapie réduit aussi de manière importante la récurrence controlatérale pour les femmes BRCA + ayant 30 % de risque à dix ans d'avoir un cancer du sein controlatéral, contre 1 % par an dans la population générale.

De même, il faudra surveiller la patiente après son premier cancer de manière spécifique par la triade annuelle : IRM, mammographie et échographie mammaire.

Enfin, il faut penser à adresser en consultation spécialisée d'oncogénétique, les patientes ayant un cancer du sein ou de l'ovaire à risque de mutation, afin de détecter les cas index, plutôt que de faire tester les femmes ayant des risques familiaux sans cancer personnel.

► **Mots clés** : cancer du sein ; mutation génétique ; prévention ; dépistage.

Question 98

Elle a subi une coelioscopie, comment la suivre à domicile ?

La demande

« Docteur, ma grossesse extra-utérine a été traitée par coelioscopie. J'ai mal à l'épaule droite et au ventre »

Le préliminaire

La coelioscopie est une intervention chirurgicale à part entière ayant diverses indications.

Il faut penser aux risques : infectieux, hémorragique et thromboembolique.

Des douleurs résiduelles à l'épaule droite et à l'abdomen sont habituelles.

La première consultation

À l'interrogatoire, le médecin recherche les signes de gravité (fièvre, saignements, troubles du transit, vomissements etc.).

Le médecin vérifie le pouls et la pression artérielle.

Il fait une auscultation pulmonaire.

Il recherche des signes de thrombose des membres inférieurs.

Il inspecte les orifices de trocars.

Il fait l'examen clinique (cf. Question 1).

En fonction de l'indication de la coelioscopie, il recherche les signes des complications spécifiques.

En l'absence d'anomalies, il la rassure et lui prescrit un antalgique.

Dans le cas contraire, il l'adresse au spécialiste.

Le point de vue du gynécologue

Il n'y a pas de petite chirurgie. La coelioscopie est une technique mais avant tout c'est une chirurgie même si elle se fait par le trou de la serrure. Elle s'accompagne donc des mêmes risques possibles que la laparotomie. Elle peut être même plus à risque et nécessite d'être plus vigilant puisqu'elle autorise des sorties précoces ce qui est plus rare après une laparotomie. Les complications apparaîtront donc à domicile et c'est le généraliste qui les mettra en évidence.

Les complications

Le taux de complications total de la chirurgie par coelioscopie est de l'ordre de 0,5 % à 1 %.

Il convient de rechercher toutes les complications possibles après chirurgie :

- hématome de parié ou profond ;
- abcès de parié ou profond conduisant à une échographie de parié ;

- infection urinaire avec ECBU ;
- occlusion avec syndrome subocclusif réalisation d'un abdomen sans préparation (ASP) debout de face ;
- péritonite après perforation digestive ;
- plaie de l'uretère ;
- risque thromboembolique.

Les complications spécifiques de la cœlioscopie

Ce sont celles survenant sur les orifices de trocarts :

- il peut se produire des hématomes, ils surviennent rarement à distance et sont plus souvent des ecchymoses sans gravité ;
- les abcès sont plus fréquents, il s'agit souvent de simples suppurations sur les fils non résorbables. Il convient de vérifier que les fils ont bien tous été retirés si nécessaire et de simples soins locaux sont suffisants. Si les trous de trocart n'ont pas été fermés, il peut se produire des incarceration d'épiploon ou d'anse digestive. Un syndrome occlusif ou une douleur au niveau de l'orifice de trocart, de type hernie étranglée le feront évoquer ;
- l'infection urinaire n'est pas rare, en raison du sondage vésical obligatoire lors de la cœlioscopie. Elle justifie une bandelette urinaire en présence de signes fonctionnels avec mise en route d'un traitement si positive sans attendre le résultat de l'ECBU qui sera néanmoins pratiqué ;
- toute fièvre, douleur abdominale ou lombaire, météorisme abdominal anormal, doit faire suspecter une complication et justifie une consultation auprès de l'opérateur après prescription du bilan nécessaire : NFS, CRP, ECBU, ASP debout de face, échographie abdomino-pelvienne ;
- le risque hémorragique secondaire est rare. De petites pertes sanglantes vaginales ne sont pas rares après une cœlioscopie même diagnostique en raison de l'hystéromètre introduit dans l'utérus pour orienter celui-ci.

Il faudra donc adresser la patiente au moindre doute au spécialiste en sachant tout de même une chose : le risque et les complications sont proportionnels au geste cœliochirurgical réalisé. Les complications sont plus fréquentes si la chirurgie est difficile par rapport à une simple ligature par exemple.

- les brûlures digestives ou les perforations passées inaperçues se manifesteront par une péritonite à distance cinq à sept jours après l'intervention, il peut y avoir eu une reprise partielle du transit ;
- le risque thromboembolique est moindre après une cœlioscopie mais il n'est pas inexistant et souvent lors de cœliochirurgie, la patiente sera sous anticoagulant à dose préventive pendant les quinze jours suivant l'intervention ;
- il faut aussi se méfier d'une autre étiologie, une crise d'appendicite ou une cholécystite peuvent survenir dans la semaine qui suit une cœlioscopie pour kyste de l'ovaire.

Complications spécifiques à l'acte chirurgical ou à l'indication

Lors d'une grossesse extra-utérine (GEU), on s'attachera à savoir de quel type de chirurgie la patiente a bénéficié. S'il s'agissait d'une salpingectomie aucune

surveillance particulière n'est proposée. Par contre, en cas de salpingotomie, on devra doser les hCG jusqu'à négativation.

Aucun examen complémentaire n'est systématiquement nécessaire après une coelioscopie.

Dans le cadre de la prise en charge d'un kyste de l'ovaire. Il n'y a pas lieu de réaliser d'échographie à distance pour rechercher une éventuelle récurrence.

Une consultation postopératoire à distance est souvent donnée à la patiente avant sa sortie pour les coelioscopes plus lourdes.

Enfin le généraliste doit vérifier que les résultats histologiques ont bien été donnés à la patiente et qu'elle en a bien compris les conséquences. De même, il contrôle l'observance de la thérapeutique introduite, analogues de la LH-RH par exemple après coelioscopie pour endométriose.

► **Mots clés** : coelioscopie ; surveillance ; hCG ; kyste de l'ovaire ; GEU ; complications post-chirurgie.

Références

Marret H, Perrotin F, Chapron C, Pierre F, Body G, Lansac J. Complications de la coelioscopie occasionnées par les trocarts. *J Gyn Obst Biol Reprod*, 1997, 26 : 405-12.

Chapron C, Querleu D, Pierre F. *Difficultés et complications de la coelioscopie en gynécologie. Précis de gynécologie obstétrique*. Paris, Masson, 2001.

Question 99

Son ami a une IST (gonocoque, *Trichomonas*, *Chlamydia*)

La demande

« Docteur, mon copain a une maladie sexuellement transmissible et son médecin a dit qu'il fallait que je vous consulte. »

Le préliminaire

Devant une suspicion de contact avec un partenaire contaminé, il faudra faire un dépistage complet de toutes les (infection sexuellement transmissible) IST ; Toute IST augmente le risque d'être contaminé par le VIH.

La première consultation

Un examen clinique gynécologique rigoureux à la recherche de lésions condylo-mateuse et d'un chancre, ou de pertes vaginales. Si l'examen clinique est négatif et que l'on n'est pas certain de faire des prélèvements de bonne qualité (kit de prélèvement et laboratoire de bactériologie proche < 10 minutes) le médecin prescrit les prélèvements suivant : recherche de trichomonas sur endocol simple et de gonocoques avec lecture rapide, recherche de *Chlamydia* dans les urines ou par prélèvement de l'endocol sur milieu de culture adaptée ; ces prélèvements peuvent être réalisés par le médecin qui les pratiquera lors de la pose du spéculum et avant le toucher vaginal si elle est dans de bonnes conditions. Les sérologies seront également prescrites VIH, TPHA VDRL, hépatites B.

Dans ce cas d'examen clinique normal le médecin doit attendre les résultats avant de prendre la décision de traiter.

Devant un examen clinique typique d'une infection spécifique (chancre, condylome) un traitement orienté pourra être démarré. Devant une association à de la fièvre, ou des douleurs pelviennes une consultation spécialisée sera demandée en urgence. Devant un examen incertain il semble préférable de mettre en place un traitement probabiliste et de revoir la patiente avec les résultats pour réorienter le traitement.

On doit rappeler les messages de prévention immédiate par utilisation de préservatifs jusqu'à dix jours après les traitements ;

Il faudra vacciner cette femme contre l'hépatite B si elle est non immunisée.

Le point de vue du gynécologue

Il existe une persistance d'une transmission continue des IST avec une progression des diagnostics de chlamydioses urogénitales. Les gonocoques sont en augmentation en particulier chez les femmes. On note une recrudescence de la

syphilis aussi bien chez les homosexuels que chez les hétérosexuels. Une épidémie de lymphogranulomatoses vénériennes rectales et de chlamydioses anales est apparue chez les homosexuels. On doit garder à l'esprit :

- que le portage asymptomatique de *Chlamydia trachomatis* favorise la diffusion de l'infection dans la population générale ;
- une IST (en particulier l'herpès génital et la syphilis) augmente la charge virale VIH dans les sécrétions vaginales et le sperme ;
- 100 000 à 130 000 personnes vivent avec le VIH ;
- 40 000 personnes séropositives ignorent leur statut et sont à l'origine de 75 % des nouvelles contaminations ;
- 6 300 nouveaux diagnostics en 2006 → 25 % des infections datent de moins de six mois qui rendraient compte de 50 % des cas de transmission.

Méthodes diagnostiques

Gonocoques

- Étalement sur lame et culture : écouvillonnage de l'endocol sur milieu humidifié, techniqué rapidement.
- PCR sur urines : convient à tous les prélèvements, prélèvement stable longtemps, sensibilité supérieure aux autres tests. La culture permettra l'antibiogramme.

Chlamydia

On fait une recherche sur le premier jet d'urine (plus de 1 h 30 après la dernière miction) ou par autoprélèvement vaginal. Les tests sérologiques sont inutiles dans le cadre du diagnostic biologique des infections urogénitales basses à *C. trachomatis*, mais peut avoir un intérêt lors d'infections profondes : salpingite, périhépatite, épидидymite ou lymphogranulomatose vénérienne.

Trichomonas

Examen à l'état frais **surtout examen direct**, il s'agit d'un parasite mobile entre lame et lamelle reconnaissable à ses mouvements saccadés.

Herpes

(Cf. Question 119)

Par culture cellulaire et PCR/typage qui différencie HSV1 et HSV2 sur un prélèvement des vésicules ou de la rougeur par un écouvillon transporté sur milieu de culture spécifique avec lecture rapide.

Syphilis

- Sérologie qui lors de la **phase primaire** (syphilis primaire) après apparition du chancre donne la cinétique suivante :
 - FTA apparition des IgM 4 à dix jours,
 - TPHA positif en huit à dix jours après contamination,
 - VDRL positif huit à vingt jours.

- Lors de la phase de **latence précoce** (contamination dans les douze mois précédents) : TPHA et VDRL positifs à titres très élevés.
- Lors de la **phase de latence tardive** : (contamination de plus de douze mois) :
 - chute des anticorps avec quelques fois des VDRL négatifs,
 - TPHA reste positif à des taux d'anticorps de titre variable.

Traitements

Syphilis

Benzathine pénicilline : 2,4 MU.

- Syphilis précoce : une injection unique IM
- Syphilis latente tardive : trois injections IM à une semaine d'intervalle
Aucun cas de résistance à la pénicilline.
S'il existe une allergie aux lactamines : **cyclines**.
Doxycycline : 200 mg/j en une ou deux prises.
- Syphilis précoce : pendant quinze jours.
- Syphilis latente tardive : pendant trente jours.

Chlamydia trachomatis

En l'absence d'infection haute : azithromycine 250, 1 g en une prise unique ou bien doxycycline 200 mg/j en une ou deux prises pendant sept jours.

Neisseria gonorrhoeae

- **Ceftriaxone** une injection IM unique de 500 mg est la meilleure garantie d'observance.

Alternatives : cefixime *Oroken* 200 : 400 mg en monoprise mais le niveau de bactéricidie est moins élevé et biodisponibilité variable ce qui peut entraîner un échec possible en cas de localisation pharyngée.

- **Ciprofloxacine** 500 : 500 mg en monoprise.
Sous réserve d'une documentation bactériologique avec antibiogramme car le niveau de résistance est élevé et évolutif aux FQ (30 % à 60 %).
- **Spectinomycine** : 2 g en une seule injection.

Trichomonas

Traiter le ou les partenaires même en cas d'absence de diagnostic clinique (contre-indication grossesse).

- *Flagyl* 500 mg : 2 g en dose unique.
- *Fasigyl* 500 mg : 2 g en dose unique.
- *Flagyl* 500 mg : 2 cp/j pendant sept jours.

Traitement local chez la femme enceinte

Flagyl ovule : un ovule matin et soir pendant dix jours.

Il faut traiter le ou les partenaires connus et informer la patiente qu'elle doit faire traiter ses partenaires. Il est important de redonner les consignes du port du préservatif et de faire contrôler les sérologies VIH et hépatites B et C. De même le frottis cervical devra être vérifié selon les recommandations.

► **Mots clés** : infection ; IST ; MST ; syphilis ; gonocoque ; *Chlamydia*.

Références

HAS. Dépistage syphilis 2007.

BEH, février 2008.

Afssaps. Traitement probabiliste des cervicites non compliquées 2005.

Question 100

Elle a une douleur abdominale aiguë, que faire ?

La demande

« Docteur, j'ai très mal au ventre. Depuis deux heures c'est insupportable. »

Le préliminaire

La gravité de la grossesse extra-utérine (GEU) et de la torsion de kyste impose un diagnostic en urgence.

Leur suspicion oblige à un transfert en milieu spécialisé, en urgence.

La première consultation

À l'interrogatoire, le médecin recherche la date des dernières règles, l'utilisation régulière d'une contraception, le délai d'apparition et l'intensité de la douleur et les signes associés (fièvre, saignements, lipothymie).

Devant cette patiente très douloureuse, le médecin vérifie la température, le pouls et la pression artérielle.

Il palpe l'abdomen, recherche les signes de péritonite, d'hémopéritoine, de globe vésical, fait si possible un examen au spéculum à la recherche de saignements et/ou d'infections et un toucher vaginal déclenchant une douleur intense au niveau des culs-de-sac.

Ayant détecté l'une de ces pathologies à haut risque, le médecin organise un transfert en urgence en milieu spécialisé où seront pratiqués les examens et les traitements nécessaires.

En l'absence d'argument orientant vers une de ces pathologies, il prescrit ou administre un antalgique dont il contrôle l'efficacité. Devant l'amélioration de la symptomatologie, il lui prescrit une échographie pelvienne endovaginale.

Le point de vue du gynécologue

Les douleurs pelviennes aiguës intéressent les régions inférieures de l'abdomen et évoluent classiquement depuis moins d'un mois. Toutefois, la distinction entre le caractère aigu ou chronique d'une douleur pelvienne n'est pas toujours nette. Les algies pelviennes aiguës, très courantes, représentent la première cause de consultation d'urgence gynécologique. Le médecin généraliste est souvent appelé en première intention. Au décours de l'interrogatoire et de l'examen clinique, il peut prescrire les examens biologiques et échographiques pour établir le diagnostic de l'affection et orienter au mieux la patiente, ce qui peut être difficile.

Le diagnostic différentiel sera les crises douloureuses abdominales préférentiellement localisées dans la région sus- et périombilicale, faisant évoquer avant

tout une origine digestive (colique hépatique, pancréatite aiguë, ulcère gastro-duodénal, gastro-entérite, etc.) et des crises douloureuses abdomino-lombaires pouvant être en rapport avec une pathologie urologique (lithiase rénale, urétérale, pyélonéphrite).

Le diagnostic

L'interrogatoire

Il définit les antécédents gynécologiques et obstétricaux, le mode contraceptif utilisé, les caractéristiques de la douleur (siège, irradiation, intensité, type, circonstances déclenchantes, durée d'évolution), le caractère unilatéral ou bilatéral, la coexistence d'une autre douleur, la présence de métrorragies ou de leucorrhées associées, ou de nausées et vomissements, non spécifiques.

L'examen clinique

Il précise le siège d'intensité maximale de la douleur, recherche son caractère unilatéral ou bilatéral et l'existence d'une défense abdominale. Le toucher vaginal peut objectiver une douleur des culs-de-sac vaginaux ou une mobilisation utérine douloureuse.

La démarche diagnostique est basée sur l'évaluation de la fréquence d'une maladie et sur sa gravité : grossesse extra-utérine (21 %), infection génitale haute (20 %), kyste ovarien hémorragique ou rompu (20 %), torsion d'annexe (6 %), nécrobiose aseptique de fibrome (1 %).

Les examens complémentaires nécessaires sont :

- β hCG qualitatives (plus rapide pour le diagnostic de grossesse) ou quantitatifs ;
- NFS (hyperleucocytose) et VS ou CRP (augmentées) : une infection génitale haute est suspectée et une sérologie *Chlamydia* est demandée ;
- échographie pelvienne par voie sus-pubienne et endovaginale.

En fonction des caractéristiques de la douleur et des données des examens cliniques et paracliniques, la patiente peut être traitée par le médecin généraliste ou adressée en milieu spécialisé.

Ainsi, certains types de douleurs, associés à une défense, voire à une contracture ou à une irradiation scapulaire, évoquent une torsion d'annexe, un hémopéritoine important ou une péritonite et imposent une hospitalisation en urgence.

Toute douleur pelvienne aiguë persistante chez une femme en période d'activité génitale, même sous contraception, doit faire réaliser un dosage plasmatique de β hCG et une échographie endovaginale (NP4).

Conduite à tenir

Un traitement de la douleur doit être entrepris rapidement une fois l'échographie et les prélèvements effectués. Antalgiques, glace sur le ventre, repos seront prescrits.

Une coelioscopie peut être proposée : elle permet de rectifier le diagnostic établi en préopératoire dans 50 % des cas. Dans 15 % des cas, aucun diagnostic n'est retrouvé (NP5).

Elle sera proposée d'emblée ou après traitement d'épreuve par antalgiques intraveineux selon l'étiologie suspectée.

Le traitement spécifique de la pathologie découverte sera ensuite entrepris. Il est affaire de spécialiste.

Un diagnostic de GEU nécessite une prise en charge spécialisée pour orienter la patiente vers un traitement chirurgical (cœlioscopie) ou médical (méthotrexate). Il en est de même pour les infections génitales hautes (cœlioscopie, antibiotiques). Un kyste ovarien de moins de 5 cm à contenu hétérogène évoquant un saignement peut être traité symptomatiquement par antalgiques et contrôlé un mois plus tard il s'agira souvent d'un kyste ovarien fonctionnel hémorragique. Un kyste ovarien douloureux volumineux (plus de 5 cm) ou compliqué d'une torsion est traité chirurgicalement en urgence. Une nécrobiose de myome peut être traitée par du repos associé à un anti-inflammatoire non stéroïdien, en l'absence d'ulcère gastrique, pendant cinq à huit jours (NP5). Un épanchement du Douglas modéré et isolé évoquera une rupture de kyste ovarien, douleur et épanchement se résolvant sous antalgiques en 48 heures.

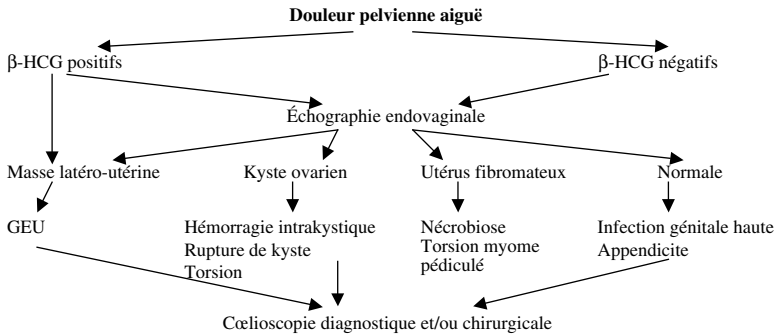


Fig. 100.1

Stratégie diagnostique face à une douleur pelvienne aiguë.

► **Mots clés** : algie pelvienne ; échographie endovaginale ; cœlioscopie ; grossesse extra-utérine ; kyste ovarien ; torsion annexielle ; infection génitale haute.

Référence

Chapron C *et al.* Algies pelviennes aiguës de la femme : orientation diagnostique et conduite à tenir. *Encycl Méd Chir, Gynécologie*, 162-A-15 (8 p.). Paris, Elsevier, 1998.

Question 101

Elle a un kyste de l'ovaire**La demande**

« Docteur, j'ai mal dans le bas du ventre, du côté de mon ovaire droit. »

Le préliminaire

Un kyste peut être découvert lors de l'examen gynécologique systématique qui a lieu pour renouveler la contraception œstroprogestative.

Certains kystes sont fonctionnels, d'autres sont organiques. Devant une « masse ovarienne » unilatérale, deux étapes sont toujours à respecter :

- affirmer l'organicité ;
- éliminer une lésion néoplasique.

Il faudra éliminer une grossesse par un éventuel dosage biologique.

La première consultation

Le médecin recherche à l'interrogatoire les signes d'appel principaux :

- des douleurs pelviennes unilatérales modérées, généralement à type de pesanteur ;
- des métrorragies ;
- une pollakiurie ;
- des troubles digestifs par compression.

Devant des douleurs intenses ou une défense, il convient d'obtenir une échographie pelvienne en urgence pour éliminer une torsion ou une rupture d'un kyste.

La date des dernières règles normales est notée et il faut rechercher les facteurs de risque de kyste fonctionnel : contraception orale mini dosée, grossesse, ou au contraire des facteurs pouvant faire évoquer une nature néoplasique.

Lors de la palpation abdominale, le médecin peut ne trouver aucune anomalie ou percevoir le kyste.

Lorsque le toucher vaginal retrouve une masse latéro-utérine, rénitente, régulière, séparée de l'utérus par un sillon, indépendante de la mobilisation utérine, il est prescrit une échographie pelvienne endovaginale dans la mesure du possible.

La seconde consultation

L'échographie pelvienne apportera le diagnostic en décrivant la lésion : un aspect de kyste fonctionnel nécessitera un second examen après trois mois.

Si le kyste persiste, un avis spécialisé doit être demandé ; l'existence d'une ou de plusieurs végétations, ou un aspect solide sont des arguments très évocateurs de malignité et nécessitent un avis chirurgical.

Le point de vue du gynécologue

La prise en charge des kystes de l'ovaire apparemment bénins par le généraliste, puis par le gynécologue-obstétricien est un problème fréquent. La pratique généralisée de l'échographie ne fait que l'augmenter. Si l'on en croit le PMSI, le nombre de séjours d'hospitalisation en clinique et à l'hôpital pour tumeurs bénignes de l'ovaire concernerait 45 000 femmes par an en France ; 32 000 femmes d'entre elles environ seraient opérées.

Selon les données histologiques, près de 75 % des kystes de l'ovaire opérés sont organiques, 25 % sont fonctionnels, et 1 à 4 % des kystes supposés bénins se révéleront malins. La majorité des kystes fonctionnels se voit à la période d'activité génitale. Ils peuvent aussi se voir après la ménopause où ils représentent 13 à 31 % des kystes de l'ovaire opérés.

La clinique

Si la découverte est échographique, il n'en est pas moins vrai que celle-ci a pu être prescrite sur l'apparition ou la constatation de symptômes qu'il convient de rechercher, s'ils n'avaient pas été notifiés.

Il faut rechercher la douleur :

- aiguë, elle fera alors rechercher une complication de type rupture, hémorragie ou torsion ;
- chronique, elle sera alors souvent conséquence de la taille ou du type de kyste (endométriose).

Il convient de connaître la date du cycle de la patiente ainsi que la prise de traitement hormonal, contraceptif ou non.

Il faut rechercher les signes à la palpation avec effet de masse ou augmentation de l'abdomen.

Les examens complémentaires

L'échographie est l'examen diagnostique de référence. L'échographie endovaginale s'est substituée à l'échographie transpariétale, ne nécessitant plus de faire l'examen avec la vessie pleine. La voie abdominale demeure néanmoins utile pour avoir une vision d'ensemble, pour les grosses tumeurs ou chez les patientes vierges.

Le compte rendu échographique devrait comprendre au minimum l'analyse de la masse, le dépistage d'un épanchement liquidien intrapéritonéal, l'examen de l'ovaire controlatéral et celui de l'utérus à la recherche d'une pathologie associée.

L'échographie permet dans la majorité des cas d'orienter le praticien sur la nature du kyste, notamment pour les kystes fonctionnels, dermoïdes et les endométrïomes. Le caractère fonctionnel sera affirmé par la disparition du kyste à l'échographie.

Le caractère organique sera évoqué par la présence d'un des signes suivants :

- une ou plusieurs végétations intrakystiques ;
- un diamètre du kyste ≥ 6 cm, quel que soit son aspect échographique ;
- une composante solide ;
- un caractère multiloculaire ;
- une paroi épaisse.

Additionnés à la taille et à l'ascite, ces paramètres constituent, lorsqu'ils sont isolés mais surtout lorsqu'ils sont associés entre eux, des critères de malignité.

Le Doppler améliore les performances de l'échographie morphologique dans la discrimination entre bénin et malin. Une vascularisation centrale et un index de résistance bas ($IR = 0,5$) sont les éléments les plus importants pour évoquer la malignité, d'autant plus lorsqu'ils sont associés à plusieurs signes échographiques d'organocité.

L'utilisation du Doppler avec injection de produit de contraste, de l'échographie 3D ou de l'échographie peropératoire n'est pas validée.

Indications et pertinence des autres examens : IRM, scanner, marqueurs tumoraux

L'IRM et le scanner ne sont pas recommandés dans la prise en charge des kystes de l'ovaire supposés bénins. L'IRM peut avoir une utilité en présence de difficultés diagnostiques, devant une tumeur suspecte ou pour effectuer le bilan d'une endométriose profonde associée à un endométriome. Le scanner sera utile pour le bilan d'extension d'une tumeur supposée maligne.

Le CA 125 est le marqueur électif des tumeurs malignes du revêtement de l'ovaire. Chez la femme en période d'activité génitale ayant un kyste supposé bénin, son dosage n'est pas recommandé. Chez la femme ménopausée ayant un kyste supposé bénin, le dosage du CA 125 est recommandé pour une meilleure prise en charge thérapeutique, même s'il ne modifie pas beaucoup l'interprétation d'un échographiste expérimenté.

La prise en charge

Les kystes fonctionnels spontanés

Chez la femme en période d'activité génitale, le traitement médical (progestatifs macrodosés, danazol [*Danatrol*], œstroprogestatifs) n'est pas recommandé, car il n'est pas plus efficace que l'abstention thérapeutique pour la prise en charge des kystes fonctionnels asymptomatiques.

Chez la femme ménopausée, l'abstention thérapeutique est souvent de règle en l'absence de facteurs de risques et de symptomatologies cliniques devant un kyste ovarien supposé fonctionnel.

Les kystes fonctionnels induits par les traitements médicaux

- Sous contraceptifs oraux et en l'absence d'oubli :
 - les follicules continuent à se développer sous œstroprogestatifs mini dosés (20 μ g à 35 μ g),
 - il n'y a pas d'augmentation de l'incidence des kystes ovariens supposés fonctionnels sous contraception microprogestative et progestative simple,

- il n'est pas recommandé de modifier la contraception d'une femme ayant un kyste ovarien supposé fonctionnel, isolé et asymptomatique, apparaissant sous contraception orale (NPS).
 - Avec les stérilets au lévonorgestrel, des kystes ovariens fonctionnels sont observés dans 12 à 30 % des cas au cours des premiers mois suivant l'insertion du stérilet. Il n'y a pas lieu de prescrire un traitement médical ni de les ponctionner.
 - Sous tamoxifène, le risque de développer un kyste ovarien fonctionnel (KOF) est d'autant plus grand que l'activité ovarienne perdure. La surveillance simple sans arrêt du traitement est recommandée. Un traitement par agonistes de la GnRH peut constituer un test thérapeutique si le KOF disparaît.
 - Sous traitement hormonal substitutif (THS), il n'y a pas d'augmentation de KOF. Sa prise en charge doit être identique à celle des KOF spontanés chez la femme ménopausée non substituée.
- Il n'y a pas d'indication à la ponction sauf en cas de dystrophie ovarienne ou devant des endométriomes connus et récidivant.

Indications de la prise en charge chirurgicale

Quand et à qui adresser les patientes ?

En présence d'une symptomatologie aiguë évoquant une complication, les kystes de l'ovaire doivent le plus souvent être opérés en urgence pour éviter la perte de l'ovaire ou une hémorragie.

En l'absence de symptomatologie clinique, il n'y a pas de délai idéal pour la réalisation de cette exploration chirurgicale. Les tumeurs suspectes doivent être adressées immédiatement à un chirurgien d'oncogynécologie. Un contrôle à trois mois par un échographiste expérimenté est souvent logique pour les autres cas.

Qui adresser et souvent opérer ?

L'indication opératoire est recommandée en cas de tumeur suspecte, de kyste d'allure organique à l'échographie et d'augmentation de volume ou de modifications morphologiques d'un kyste d'allure fonctionnelle.

Devant un kyste apparemment bénin la coelioscopie est la voie de prédilection. La patiente sera prévenue que l'on peut être amené à faire une laparotomie de conversion en cas d'aspect péroopératoire suspect ou de difficultés techniques.

La fréquence des tumeurs germinales est plus élevée chez la femme jeune ou l'adolescente que chez l'adulte. Il s'agit essentiellement du kyste dermoïde ou tératome mature. La découverte d'un kyste organique de ce type souvent solide impose le dosage des marqueurs sériques (ACE, α -foetoprotéine, β hCG, LDH). Leur positivité signe la malignité ou le tératome immature.

Cas particulier

Lorsqu'un kyste est découvert pendant la grossesse, il est affaire de spécialiste. Seules les suspicions de kyste malin doivent être opérées. L'échographie reste l'examen capital. L'intervention doit se faire si possible entre 15 et 22 SA, par coelioscopie ou laparotomie. Les risques de kyste *prævia* et de torsion sont rares,

ils sont à confronter à ceux de la chirurgie, annexectomie pour une tumeur bénigne ou fausse couche tardive.

► **Mots clés** : kyste ovaire ; CA 125 ; échographie ; endométriome ; kyste dermoïde ; cancer de l'ovaire.

Référence

Recommandation CNGOF.

Question 102

Elle a eu un cancer de l'ovaire. Surveillance par le médecin généraliste ?

La demande

« Docteur, j'ai fini la chimiothérapie pour mon cancer de l'ovaire. Mon spécialiste m'a dit que c'était le dernier contrôle et qu'il me reconfiait à vous. »

Le préliminaire

Le suivi clinique est trimestriel et le suivi biologique et d'imagerie doit être fait annuellement pendant cinq ans.

Au-delà, le risque de récives reste présent.

L'hystérectomie totale et la castration nécessitent un travail de deuil.

L'arrêt des traitements spécifiques déclenche un sentiment d'abandon.

La première consultation

Le médecin informe sa patiente de la nécessité d'un bilan trimestriel la première année puis annuel systématique pendant cinq ans. Il lui explique que ce bilan comprend un examen complet, une radiographie pulmonaire, un scanner abdomino-pelvien, parfois une échographie hépatique, un bilan biologique (NFS VS, CRP, marqueurs tumoraux CA 125).

Le médecin doit prendre en compte que l'interruption du suivi intense en milieu spécialisé pérennise l'angoisse de la patiente.

Il doit avoir une écoute constante et bienveillante.

Il doit l'aider à accepter la perte de ce qui est pour elle le symbole de la maternité et à affirmer sa féminité.

Il traite la ménopause si besoin.

Le point de vue du gynécologue

Deux types de cancer de l'ovaire peuvent être définis.

■ **Cancer à malignité atténuée ou stade précoce de cancer invasif**, à bon pronostic, chez une femme jeune désireuse de grossesse pour laquelle un traitement chirurgical conservateur a été pratiqué ; chez ces patientes, la rechute est considérée comme potentiellement curable si elle est diagnostiquée tôt, car une chirurgie radicale associée à une chimiothérapie augmente les chances de survie (NP3).

■ **Cancer de l'ovaire à un stade avancé**, à mauvais pronostic, pour lequel une réduction tumorale chirurgicale extensive a été associée à une chimiothérapie adjuvante et éventuellement à une radiothérapie abdominale de clôture ; chez

ces patientes, l'intérêt de la surveillance est discuté, en l'absence de preuve de bénéfique pour la survie des patientes (NP3).

Quel que soit le type, le médecin spécialiste propose habituellement une surveillance tous les quatre mois la première année et tous les six mois les années suivantes. Le médecin généraliste est souvent amené à voir la patiente dans l'intervalle, pour prendre en charge les signes d'appel en rapport avec les séquelles du traitement, voire avec une récurrence. La consultation spécialisée repose sur un interrogatoire, un examen clinique général et pelvien rectovaginal, un dosage du CA 125 et des examens d'imagerie en cas de suspicion clinique ou biologique de récurrence. Cette surveillance permet de diagnostiquer des rechutes habituellement abdomino-pelviennes, rarement pleuropulmonaires et exceptionnellement localisées dans d'autres territoires.

Le diagnostic

L'interrogatoire

Il définit l'état général (poids, asthénie), recherche des signes fonctionnels pouvant évoquer une récurrence (distension abdominale, pesanteurs pelviennes, syndrome subocclusif, dyspnée) ou plus en rapport avec les séquelles des traitements (anomalie du transit intestinal postadhérentielle ou post-radique, insuffisance rénale liée aux sels de platine, neuropathie périphérique liée au *Taxol*, dyspareunie, cystite ou rectite radique).

L'examen clinique

Il débute par une inspection abdominale (cicatrisation de la laparotomie, fonctionnement de la colostomie si une pelvectomie postérieure a été réalisée) et périnéale. Sur le plan général, les aires sus-claviculaires sont palpées à la recherche d'un ganglion de Troisier, une auscultation pulmonaire et une palpation du foie sont pratiquées. Le périmètre abdominal est mesuré. L'abdomen est palpé, région par région, à la recherche de nodules intrapéritonéaux. Les aires inguinales sont explorées. La pose du spéculum permet d'évaluer la trophicité et l'intégrité des parois vaginales. En cas de traitement conservateur, un frottis cervical est réalisé. Le toucher vaginal combiné au palper abdominal recherche une tuméfaction pelvienne anormale qui peut évoquer une récurrence tumorale. Le toucher rectal permet l'exploration de la cloison rectovaginale et du cul-de-sac de Douglas, fréquemment atteint dans les rechutes.

Les examens complémentaires

L'élévation du **CA 125** est le premier signe de récurrence et précède les signes cliniques d'environ quatre mois. Le médecin généraliste peut prescrire cet examen biologique. Son dosage systématique est utile dans les formes précoces pour traiter tôt la rechute, mais discuté dans les formes avancées en raison de l'absence de consensus sur la conduite à tenir en cas d'élévation isolée du marqueur et de l'absence d'amélioration du pronostic malgré le traitement de deuxième ligne (NP5).

La radiographie pulmonaire n'est réalisée qu'en cas de signes d'appel cliniques.

Le **TDM thoraco-abdomino-pelvien** est souvent systématique dans les stades avancés au cours des deux premières années. Il n'est ensuite réalisé qu'en cas de signes d'appel cliniques ou en cas d'élévation du CA 125.

Le **PET-scan** peut être un bon examen pour localiser la récurrence devant un CA 125 augmenté isolément. Il justifiera une reprise chirurgicale éventuelle en cas de récurrence isolée.

La prescription de cet examen est souvent décidée au cours de la réunion multidisciplinaire.

L'**échographie pelvienne** systématique annuelle est utile pour évaluer la morphologie de l'ovaire controlatéral au décours d'une chirurgie conservatrice (NPS).

Il n'y a pas de contre-indication au traitement hormonal de la ménopause après cancer de l'ovaire, il sera néanmoins à discuter en présence d'une tumeur endométrioïde.

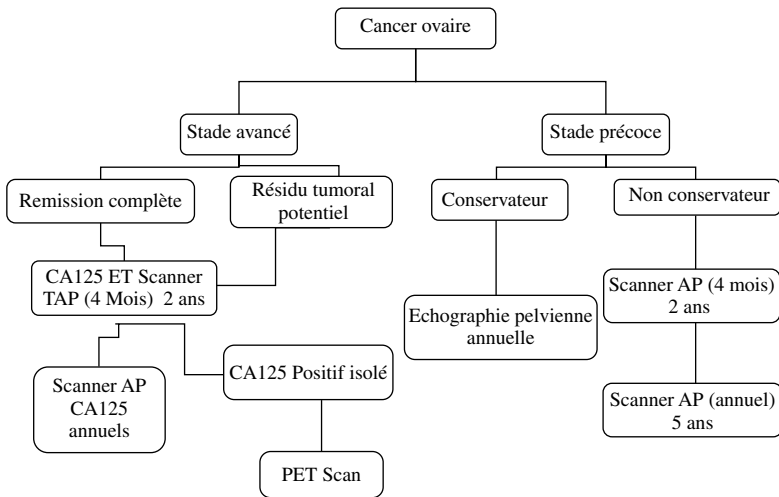


Fig. 102.1

Surveillance d'un cancer de l'ovaire selon de stade.

* TAP: thoraco-abdomino-pelvien.

► **Mots clés** : surveillance ; cancer de l'ovaire ; stades précoces ; stades avancés ; CA 125 ; TDM ; échographie.

Références

- Hédon B, Madelenat P, Dargent D, Frydman S. Université francophones. *Gynécologie*, Paris, Ellipses, 1998.
- Guastalla JP, Torrès R. Surveillance et stratégie de traitement des rechutes des tumeurs de l'ovaire. *Encycl Méd Chir*, Gynécologie, 630-K-10. Paris, Elsevier, 2001.
- Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. Standard, Options, Recommandations, cancer de l'ovaire. www.fnclcc.fr/-sci/sor/adulte/ovaire.html

Question 103

Comment et à qui prescrire un traitement hormonal substitutif (THS) ?

La demande

« Docteur, je n'ai plus mes règles, me faut-il un traitement pour mes os ? »

Le préliminaire

Il faut s'assurer que cette femme est bien ménopausée.

On se basera sur une durée d'aménorrhée d'une année.

En cas de doute on pratiquera un test à la progestérone.

Il est parfois utile de faire des dosages hormonaux, en particulier chez une femme hystérectomisée.

▷ Attention

Le traitement préventif de l'ostéoporose n'est plus le THS, selon les données de l'Afssaps de décembre 2003 afssaps.sante.fr.

■ **Chez les femmes ménopausées ayant des facteurs de risque d'ostéoporose** : dans la prévention du risque fracturaire (ostéoporose), le rapport bénéfice/risque du THS, quel que soit le produit envisagé, est défavorable sur la base des données actuellement disponibles et compte tenu des autres produits disponibles pour traiter l'ostéoporose. Il n'y a pas de politique de prévention médicamenteuse de l'ostéoporose.

■ **Chez les femmes ménopausées en bonne santé sans trouble du climatère et sans facteur de risque d'ostéoporose** : dans cette situation, la prescription de THS n'est pas recommandée, en raison d'un rapport bénéfice/risque défavorable.

■ **Chez les femmes souffrant de troubles du climatère** : le rapport bénéfice/risque du THS reste favorable dans les troubles du climatère perçus par la patiente comme altérant sa qualité de vie. Dans cette situation, le traitement peut être instauré si la femme le souhaite, à la dose minimale efficace, pour une durée la plus courte possible.

La première consultation

Le médecin interroge la patiente sur ses habitudes alimentaires afin de quantifier sa consommation de calcium. Il recherche les facteurs de risque d'ostéoporose.

Il s'enquiert de la présence et de l'importance des troubles du climatère.

Il recherche les contre-indications éventuelles d'un THS.

Il est indispensable de faire l'examen clinique (*cf.* Question 1), sans oublier la taille de la patiente, la mammographie, et le frottis.

Il prescrit si nécessaire, une ostéodensitométrie ou des radiographies de rachis si doute sur un tassement vertébral.

Il informe la patiente, des bénéfices, des risques du THS et des alternatives possibles.

Si les troubles du climatère sont très gênants, en l'absence de contre-indications et après avoir informé la patiente clairement il prescrit lors d'une seconde consultation un THS à faible dose pour une durée aussi brève que possible.

Si la consommation de calcium est insuffisante, il prescrit du calcium et vitamine D3.

Il prévoit de revoir la patiente dans les trois mois.

Le point de vue du gynécologue

En 2008, une femme sur trois est ménopausée, et elles seront une sur deux en 2050 ; 30 % des moins de 60 ans sont traitées. Toutes ne souhaitent pas un traitement, mais toutes méritent une information.

Diagnostic

Préliminaire indispensable, le généraliste se doit de vérifier le diagnostic de la ménopause.

- Celui-ci sera établi sur une aménorrhée persistante de douze mois associée à un syndrome climatérique parfois inconstant (10 %).
- L'examen clinique peut être complété par un test au progestatif sur dix jours, celui-ci sera répété deux à trois fois, il doit être négatif (absence de saignement).
- Un dosage de FSH ou d'estradiol est rarement utile mais parfois justifié devant une patiente sous contraception orale ou hystérectomisée. La FSH sera > 30 UI/l et E2 < 10 pg/ml (le dosage sera effectué au septième jour de l'intervalle entre deux plaquettes).

Après un examen clinique centré sur le sein, l'utérus, la tension et le poids, le bilan biologique incontournable comportera un frottis, une mammographie et un bilan glucidolipidique.

Les indications

D'une façon générale, la carence œstrogénique est responsable d'une dysrégulation des mécanismes de l'inflammation et de l'immunité à l'origine d'altérations tissulaires multiples. Le THS peut être proposé devant l'apparition des symptômes climatériques principalement les bouffées de chaleur.

L'ostéoporose commence dès la périménopause, la perte osseuse est en moyenne de 1 à 2 % par an. Cette perte osseuse peut être plus rapide chez certaines et peut aller jusqu'à 8 % par an. L'AMM de la plupart des molécules disponibles est la prévention de l'ostéoporose (définie comme une densité osseuse mesurée par ostéodensitométrie à $-2,5$ DS), et des fractures vertébrales et du col du fémur (diminution du risque de fracture de 33 % pour WHI).

Les contre-indications à une hormonothérapie

Le médecin se doit d'évaluer les risques personnels et de bien noter dans son dossier l'absence de maladie ou de facteur de risque de maladie cardio-vasculaire et thromboembolique. Il éliminera les autres principales contre-indications que sont les néoplasies de l'endomètre et du sein ainsi que les mélanomes, les lupus, porphyrie, hépatites B et C chronique, cholestase gravidique, adénome à prolactine.

Deux questions continuent à préoccuper les femmes, la prise de poids et le cancer du sein. La prise de poids est moindre sous THS que celle liée à l'âge et à la ménopause et un traitement substitutif diminue la masse grasse abdominale de répartition androïde. Le risque de cancer du sein quand à lui augmente avec la durée d'utilisation, l'augmentation du nombre de cancer invasif du sein allant de huit cas supplémentaires par an pour 10 000 femmes traitées à + 0,2 % pour une prise de cinq ans. Le risque persiste durant les cinq ans qui suivent son arrêt pour disparaître ensuite.

Les règles

- L'information des bénéfices et des inconvénients du THS devra être donnée explicitement à la patiente.
- Avant toute prescription une première consultation d'individualisation du THS pour le médecin et d'information pour la patiente est nécessaire permettant un délai de réflexion et une bonne acceptation du traitement gage d'une observance satisfaisante.
- Ne pas imposer un THS ni une galénique. L'adapter à chacune.
- En profiter pour dépister cancers du col de l'utérus et du sein.
- Toujours associer un progestatif en l'absence d'hystérectomie.
- Choisir la galénique, la dose et la séquence selon l'indication en préférant un œstrogène par voie transdermique à la dose minimale suffisante et pour une durée définie et minimale et un progestatif naturel.
- Contrôler et surveiller les femmes sous THS en remettant l'indication en cause chaque année.

Les traitements

- Les œstrogènes : 17 β -œstradiol :
 - *per os* ;
 - voie transdermique en patch ou en gel ;
 - spray nasal.

- Les progestatifs *per os*.

- Les associations œstroprogestatives *per os* ou transdermique.

Le traitement peut être continu, il est alors sans règles, ou séquentiel et séquentiel continu, il est alors avec règles.

- Le traitement continu est préféré pour une ménopause bien installée, pour faciliter l'observance et si la phase d'arrêt est mal tolérée lors d'un traitement séquentiel.

- Le traitement séquentiel est souhaitable en début de ménopause pour respecter le cycle physiologique.

Tableau 103.1
Principaux THS en France en 2008.

Dose de 17 β-œstradiol	Patch 25 µg Gel 0,5 mg Per os 1 mg	37,5 µg 1 mg 1,5 mg	50 µg 1,5 mg 2 mg	100 µg 2 mg
Œstrogènes				
Per os	<i>Oromone Provames Progynova</i>	<i>Estreva</i>	<i>Oromone Provames Progynova</i>	
Patch	<i>Dermestril Oesclim Estraderm TTS Thais Fem 7 Climara</i>	<i>Dermestril Menorest Oesclim</i>	<i>Estraderm TTS Oesclim Menorest System 50 Thais Fem 7 Climara</i>	<i>Dermestril Menorest Estraderm TTS Thais Fem 7 Climara</i>
Nasal			<i>Aerodiol 150 µg</i>	
Gel	<i>Delidose sachet Estreva Oestrodose 0,75 mg par pression</i>	<i>Estreva gel Oestrodose</i>	<i>Estreva gel Oestrodose Oestrogel 1,5 mg par mesure Delidose sachet</i>	
Association				
Per os	<i>Successia pr Avadène pr Climène pr Climaston pr Naemis Pr Klyogest pr Triséquens pr Activelle pr Duova pr Novofemme pr</i>		<i>Successia Avadène Climène Naemis Klyogest Duova Triséquens Climodiène pr</i>	
Patch			<i>Fem 7 combi</i>	

p sans pause ; P avec pause ; r sans règles ; R avec règles.

Progestatifs

- *Utrogestan* : progestérone naturelle 100 mg 1 cp × 2 ou 200 mg.
- *Duphaston* : dydrogestérone 10 mg × 2.
- *Lutéran* : chlormadinone 5 mg 2 cp.
- *Colprone* : médrogestone 5 mg 2 cp.
- *Lutényl* : nomégestrol 1 cp 5 mg.
- *Surgestone* : promégestone 125, 250 et 500 µg 1 cp.

Prescrit en connaissance de cause, avec une bonne indication, une surveillance rigoureuse et une réévaluation régulière, le THS est un outil de confort et de prévention efficace.

► **Mots clés** : hormonothérapie ; THS ; ménopause ; œstrogène ; progestatif.

Références

Afssaps : www.afssaps.sante.fr

Afem : www.menopauseafem.com

www.paris-nord-sftg.com

Rozenbaum H. Ménopause. *Encycl Méd Chir*, Gynécologie. Paris, Elsevier, 2007.

Taurelle, Tamborini. *La ménopause* (Abrégé de Médecine). Paris, Masson, 1997.

Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*, 2002, 288:321-33.

Question 104

Elle a eu un cancer du col de l'utérus et veut un THS, que faire ?

La demande

« Docteur, j'ai été opérée de mon cancer, je ne veux pas en plus me casser ! »

Le préliminaire

Pour traiter une femme ménopausée, il faut se référer à la mise au point de l'Afssaps rendue publique le 3 décembre 2003 concernant le traitement hormonal substitutif (THS), que vous trouverez à la question spécifique. Néanmoins ces recommandations ne s'adaptent pas pour des femmes de moins de 50 ans.

Pour le suivi du cancer de l'utérus : cf. Question 83.

La ménopause avant 40 ans est un facteur de risque supplémentaire d'ostéoporose pouvant justifier d'un traitement.

La première consultation

Après avoir procédé comme à la question précédente sur l'examen clinique, le traitement sera adapté à l'âge de la patiente.

Avant la ménopause

- Si la patiente a subi une hystérectomie, le médecin peut lui prescrire, en cas de gêne climatérique importante, une œstrogénothérapie à la dose minimale efficace, pour une durée pouvant atteindre la période théorique de la ménopause soit environ l'âge de 50 ans.
- Si la patiente a subi une conisation ou une irradiation isolée sans hystérectomie, il peut lui prescrire, en cas de gêne climatérique importante, un THS à la dose minimale efficace, pour une durée pouvant atteindre la période théorique de la ménopause soit environ l'âge de 50 ans.

Après la ménopause

Si un traitement est introduit il rentre dans les critères de la question spécifique.

Le point de vue du gynécologue

Le cancer du col est le deuxième cancer gynécologique, 4 065 nouveaux cas et 1 834 décès en France en 2000.

Son incidence augmente régulièrement à partir de 30 ans. Il atteint donc souvent des femmes jeunes.

Le traitement, quel que soit le protocole choisi, est le plus souvent castrateur puisque rares sont les indications de conservation ovarienne. Pour mémoire, on peut proposer :

- une conisation simple pour le stade IA1 sans embolies vasculaires ou lymphatiques ;
- une transposition ovarienne pour les femmes de moins de 40 ans, présentant un carcinome épidermoïde d'un volume inférieur à 4 cm, sans atteinte ganglionnaire avec curiethérapie première et hystérectomie ;
- une conservation utérine et ovarienne pour les patientes désirant une grossesse dans les stades IA2 et IIB1 de moins de 2 cm, N-, avec transposition ovarienne et soit radiothérapie, soit lymphadénectomie et trachélectomie.

La question posée, « hormonothérapie et cancer du col », doit être abordée aujourd'hui avec une vision élargie du fait des données récentes sur les risques de ces traitements, notamment sur le cancer du sein et l'appareil cardio-vasculaire.

La castration induite aura des conséquences variables d'une patiente à l'autre en fonction notamment de son âge et de son statut ménopausique.

On peut aborder la ménopause par la prise en charge des symptômes climatiques, fondamentale chez la patiente jeune (< 60 ans), mais aussi par la prévention de l'ostéoporose ou par le traitement de l'ostéoporose confirmée.

Il existent des alternatives aux classiques traitements hormonaux substitutifs (THS).

Les traitements se divisent en différents groupes :

- les THS, combinés (œstroprogestatifs) ou œstrogéniques purs ;
- la pilule œstroprogestative ;
- le tibolone (*Livial*) ;
- les modulateur sélectif des récepteurs aux œstrogènes (SERM), raloxifène (*Evista*, *Opruma*, etc.) ;
- les alternatives sur les bouffées de chaleur (*Abufène*, soja, etc.).

Les THS

Ils prennent en charge tous les symptômes climatiques. Ils représentent un risque connu d'augmentation du cancer du sein, ce risque est probablement réduit ou nul selon les produits, la galénique et la durée de prescription. Ils sont remboursés.

Protocoles proposés

- En cas d'hystérectomie :
 - soit œstrogène, seul si possible en privilégiant les hormones naturelles et en évitant la voie orale. Toujours proposer la dose minimale utile et efficace. Mastodynie fréquente ;
 - soit traitement combiné avec douze jours de progestatifs par mois.
- Si pas d'hystérectomie : association systématique d'un progestatif au moins douze jours par mois du fait du risque de cancer induit de l'endomètre.

La pilule œstroprogestative

Il est possible chez les femmes jeunes (< 45 ans) de proposer une pilule œstroprogestative classique, généralement mieux tolérée sur le plan psychologique qu'un traitement de la ménopause. La contraception orale reste néanmoins un facteur de risque de cancer du col de l'utérus, durée-dépendante et disparaissant avec son arrêt. Il n'y a pas de notion de majoration du risque de récurrence après traitement.

La DHEA : pas de preuves convaincantes d'un effet bénéfique ou délétère chez la femme ménopausée en général et de fait pas d'indication dans le cancer du col. On rencontre deux grands types de cancers du col :

- **les carcinomes épidermoïdes** (85 à 90 % des formes histologiques) :
 - d'origine malpighienne, aucune hormonodépendance n'a été démontrée ;
 - classiquement aucune contre-indication au traitement substitutif, quel que soit le produit utilisé.
- **Les adénocarcinomes** (10 à 15 % des formes histologiques) :
 - classiquement considérés « hormonodépendants », ils sont une contre-indication au THS bien qu'ils touchent le plus souvent les femmes jeunes ;
 - en cas de symptômes climatiques très marqués, il est licite de proposer un traitement hormonal ;
 - on utilisera alors une œstrogénothérapie seule, naturelle, par voie transdermique ou nasale (une hystérectomie étant classiquement toujours réalisée dans ce type histologique) ;
 - le tibolone peut également être proposée, le risque glandulaire étant théoriquement plus faible ;
 - une fois disparus les signes climatiques, un relais à visée préventive de l'ostéoporose peut être proposé (SERM, biphosphonates).

En conclusion

Il faut :

- garder à l'esprit que 85 à 90 % des cancers du col ne sont pas une contre-indication au traitement de substitution ;
- écouter les doléances de la patiente et y adapter le traitement le plus « rentable » ;
- exposer les possibilités thérapeutiques et leurs risques propres ;
- respecter les contre-indications classiques des traitements ;
- savoir que le THS classique (ou la pilule pour les femmes jeunes) a l'ambition de traiter l'ensemble de la carence œstrogénique et reste le traitement de choix en première intention. La large gamme de produit et le remboursement le rendent accessible au plus grand nombre de femmes (le faible niveau socio-économique est un des facteurs de risque du cancer du col) ;
- programmer une surveillance adaptée avec une réévaluation (bénéfice/risque) annuelle.

► **Mots clés** : hormonothérapie ; ménopause ; cancer du col ; utérus ; œstroprogestatif.

Références

- Standards, Options, Recommendations, cancer du col de l'utérus*. Paris, John Libbey Eurotext 1999 (modif. 2000).
- Decker M. Un nouveau consensus sur le traitement de la ménopause. *Ménopause Pratique*, 2003, 2, 11.
- Querleu D. Prises en charge thérapeutiques du cancer du col de l'utérus. *RGO*, 2003, 77:21-8.
- Lacey JV Jr, Brinton LA, Barnes WA, Gravitt PE, Greenberg MD, Hadjimichael OC, McGowan L, Mortel R, Schwartz PE, Kurman RJ, Hildesheim A. Use of hormone replacement therapy and adenocarcinomas and squamous cell carcinomas of the uterine cervix. *Gynecol Oncol*, 2000, 77(1):149-54.

Question 105

Elle a eu un cancer de l'ovaire et souhaite un THS, que faire ?

La demande

« Docteur, depuis mon opération, je ne supporte plus mes bouffées de chaleur ! »

Le préliminaire

Pour traiter une femme ménopausée, il faut se référer à la mise au point de l'Afssaps rendue publique le 3 décembre 2003 concernant le traitement hormonal substitutif (THS), que vous trouverez à la question spécifique.

La ménopause induite par l'intervention chirurgicale qui entraîne des symptômes fort gênants (bouffées de chaleur, troubles du sommeil, dyspareunie, labilité émotionnelle, sécheresse vaginale, etc.), nécessite souvent d'être traitée.

Pour le suivi du cancer de l'ovaire : cf. Question 102.

La ménopause avant 40 ans est un facteur de risque supplémentaire d'ostéoporose.

La première consultation

Après avoir procédé comme décrit dans la question 102, il doit connaître le pronostic de son cancer, en sachant que la survie d'un cancer de l'ovaire stade IIIc ou IV cas le plus fréquent est en moyenne de deux ans. Il convient donc d'assurer à la patiente un confort de vie adapté.

Le traitement sera adapté à l'âge de la patiente.

Avant la ménopause

- Si la patiente a subi une hystérectomie, le médecin peut lui prescrire, en cas de gêne climatérique importante, une œstrogénothérapie à la dose minimale efficace, pour une durée pouvant atteindre la période théorique de la ménopause soit environ l'âge de 50 ans.
- Si la patiente n'a pas subi d'hystérectomie mais une chimiothérapie, il peut lui prescrire, en cas de gêne climatérique importante, un THS à la dose minimale efficace, pour une durée pouvant atteindre la période théorique de la ménopause soit environ l'âge de 50 ans.

Après la ménopause

Si un traitement est introduit il rentre dans les critères de la question spécifique.

Le point de vue du gynécologue

Avec 4 000 nouveaux cas par an en France et une survie globale à cinq ans de seulement 30 à 40 %, le cancer de l'ovaire est le cancer gynécologique qui a le pronostic le plus sombre.

Bien que l'incidence de ce cancer augmente avec l'âge, il concerne une proportion importante de femmes en préménopause ou périménopause. Chez ces patientes, la prise en charge chirurgicale entraîne une ménopause induite dont les symptômes sont souvent très marqués (bouffées de chaleur, troubles du sommeil, dyspareunie, labilité émotionnelle, sécheresse vaginale, etc.).

L'instauration d'un traitement hormonal substitutif après traitement d'un cancer de l'ovaire a pour objectifs :

- l'amélioration du confort des patientes, en luttant contre les signes fonctionnels de la ménopause ;
- la prévention de l'ostéoporose, surtout pour les patientes jeunes présentant une tumeur à un stade précoce (stade I ou II) pour lesquelles la survie à cinq ans est supérieure à 55 %.

Les praticiens ont longtemps été réticents à prescrire un THS après le traitement d'un cancer de l'ovaire, craignant de réactiver des cellules carcinomateuses quiescentes et ainsi de favoriser la récurrence tumorale. Cette attitude s'expliquait par la mise en évidence de récepteurs à la progestérone et aux œstrogènes au niveau de certains carcinomes ovariens et par l'observation *in vitro* de l'effet prolifératif des œstrogènes sur certaines lignées cellulaires.

Cependant, aucune étude n'a permis d'objectiver l'effet délétère du THS prescrit après le traitement d'un cancer de l'ovaire. Ainsi, dans une étude rétrospective, Eeles *et al.* ne retrouvent aucune différence en termes de survie globale et de survie sans récurrence selon la prise ou non d'un THS après traitement d'un cancer de l'ovaire. Ces données ont été confirmées par d'autres auteurs.

Au vu des résultats de la littérature, il est admis qu'il n'existe aucun argument pour contre-indiquer la prescription d'un THS chez une patiente traitée pour un cancer de l'ovaire (accord d'experts).

La recherche des contre-indications habituelles au THS doit bien sûr être systématique, en insistant sur la détection d'un cancer du sein dont l'incidence est supérieure à celle de la population générale. L'interrogatoire minutieux des antécédents familiaux doit permettre de dépister les familles avec une prédisposition génétique aux cancers du sein et de l'ovaire (liée à l'altération des gènes BRCA1 et BRCA2). Une surveillance mammographique attentive tous les deux ans est recommandée. Elle sera renouvelée tous les ans en cas d'antécédents familiaux de cancer du sein ou de l'ovaire.

Les modalités de prescription du THS ne répondent à aucun consensus. L'administration de l'œstrogène peut se faire par voie locale (crème, patch) ou par voie générale. L'association d'un progestatif ne semble pas utile. En effet son rôle sur la muqueuse endométriale n'a ici aucun intérêt (patientes hystérectomisées) et son action protectrice sur le sein n'a jamais été démontrée (accord d'experts).

Les règles de prescriptions générales sont rappelées dans la question 103 et les conseils sont identiques à ceux permettant la prescription après cancer du col de l'utérus.

► **Mots clés** : traitement hormonal ; THS ; cancer ; ovaire ; œstrogène.

Références

Fédération nationale des centres de lutte contre le cancer. Standard, Options, Recommandations, Cancer de l'ovaire. Hormonothérapie substitutive après traitement pour tumeur épithéliale maligne de l'ovaire.

Société française d'oncologie gynécologique. Paris, John Libbey, 1998.

www.fnclcc.fr/-sci/sor/adulte/ovaire.html

Rozenbaum H. Ménopause. *Encycl Méd Chir*, Gynécologie. Paris, Elsevier, 2007.

Taurelle, Tamborini. *La ménopause* (Abrégé de Médecine). Paris, Masson, 1997.

Question 106

Elle a eu un cancer du sein et souhaite un THS, que faire ?

La demande

« Docteur, je suis trop sèche du vagin, donnez-moi des hormones. »

Le préliminaire

Pour traiter une femme ménopausée, il faut se référer à la mise au point de l'Afssaps rendue publique le 3 décembre 2003 concernant le traitement hormonal substitutif (THS), que vous trouverez à la question spécifique 103.

- Pour le suivi du cancer du sein : cf. question 95.
- L'antécédent personnel de cancer du sein est une contre-indication au THS.
- La castration est parfois un objectif thérapeutique, contre-indiquant alors un THS.
- L'association d'une hormonothérapie et d'un THS n'est pas indiquée.
- La discussion peut se présenter devant une patiente en ménopause induite post-chimiothérapie pour un cancer non hormonodépendant ou à long terme, plus de cinq ou dix ans après le cancer du sein en rémission.

La première consultation

Le médecin ne peut pas conseiller dans ces conditions un THS œstroprogestatif qui augmente le risque de cancer du sein et de maladies cardio-vasculaires.

En revanche il est possible d'utiliser des traitements symptomatiques anciens tels que l'*Abufène*.

Le tibolone et les modulateurs sélectifs des récepteurs aux œstrogènes (SERM) n'ont pas encore suffisamment fait la preuve de leur innocuité.

En cas de difficultés ou de demandes très pressantes de la part de sa patiente, le médecin prend avis de son correspondant spécialiste.

La prescription d'œstrogénothérapie locale sera discutée avec information de la patiente.

Le point de vue du gynécologue

Le cancer du sein est hormonodépendant ce qui contre-indique tout traitement hormonal substitutif de la ménopause. En effet, les œstrogènes sur le cancer du sein ont des effets sur l'ADN, sur l'activation des facteurs oncogènes, la synthèse des protéases et les facteurs de croissance.

THS et cancer du sein

Il est maintenant admis que le THS augmente le risque du cancer du sein avec le temps.

L'étude américaine WHI et l'étude anglaise de la « Million » ont mis en évidence une augmentation du nombre de cancer du sein sous hormonothérapie

substitutive quelle qu'elle soit. Le risque est multiplié par 1,66 pour cette dernière, par 1,3 s'il s'agit d'œstrogénothérapie seule et par 2 si ce sont de œstroprogestatifs. La surmortalité est multipliée par 1,22. Le nombre de cancers du sein augmente avec la durée de prescription, disparaît après l'arrêt de la prescription et semble indépendant de la galénique.

Le nombre de cas supplémentaires pour 1 000 femmes traitées est de +2 sur cinq ans et de +5 sur dix ans pour les patientes sous œstrogènes seuls, et de +6 sur cinq ans et +19 sur dix ans pour les femmes sous œstroprogestatifs. Le niveau de base attendu est de 32 cas pour 1 000 femmes entre 50 et 65 ans sur quinze ans.

L'étude E3N française a également confirmé le sur-risque global tout en tempérant l'effet variable selon la galénique. Enfin, la récente étude « Mission » n'a pas retrouvé de sur-risque avec un THS à la française (80 % d'œstrogène cutané et 44 % de progestatif naturel) et pour des patientes sélectionnées et suivies en prospectif avec un délai de huit ans.

Des antécédents personnels et familiaux de cancer du sein, une surexposition au risque de cancer du sein sont donc des contre-indications au THS. Doit-on pour autant le contre-indiquer chez toute femme ayant eu un cancer du sein ?

THS après cancer du sein

Il n'existe pas de preuve que la prise d'œstroprogestatifs augmente le taux de récurrences ou diminue la survie, les grossesses restent admises après un cancer du sein et ne semblent pas aggraver le pronostic. La castration définitive n'est presque plus réalisée chez la femme jeune en dehors des tumeurs de mauvais pronostic. Des essais non randomisés évaluant le THS et le cancer du sein ont été réalisés et des essais randomisés sont en cours.

Les résultats de ces différents essais ne mettent pas en évidence d'augmentation du nombre de cancer du sein chez ces patientes ni plus de récurrence locale ou métastatique mais ces essais ont de faibles effectifs et concernent des patientes sélectionnées à bas risque de récurrence.

Comme le dit B. Stohl : « Il est possible de prescrire une hormonothérapie de substitution combinée à faible dose par voie transdermique chez les femmes symptomatiques et demandeuses traitées pour un cancer du sein de bon pronostic à plus de deux ans ». L'absence de récepteurs hormonaux est également un argument supplémentaire.

En pratique

Il faudrait attendre les résultats des essais randomisés mais d'ici là, il est possible de proposer un traitement à la carte selon les symptômes en essayant d'éviter les œstrogènes de première intention :

- bouffées de chaleur : *Abufène* ;
- sécheresse vaginale : œstrogènes locaux en prévenant bien la patiente qu'il s'agit d'une contre-indication mais que le passage systémique est très faible ;
- si ostéoporose : pas de traitement avant la fin du traitement adjuvant (hormonothérapie, chimiothérapie, radiothérapie) et ensuite un traitement de type raloxifène (*Optruma* ou *Evista*) ou biphosphonate.

Il ne faut pas oublier que de nombreuses femmes, ménopausées ou non seront sous tamoxifène, voire sous anti-aromatases pendant au moins cinq ans

après le traitement. Il n'est donc pas logique de prescrire des œstrogènes pendant cette période. Il en est de même si la femme n'est pas symptomatique.

Le raloxifène a démontré son innocuité sur le cancer du sein ; prescrit pour traiter l'ostéoporose, il diminue de 70 % le risque de survenue des cancers du sein hormonodépendants. Cent vingt-six femmes traitées pendant quarante mois par raloxifène permettent d'éviter un cancer invasif du sein. En revanche, il n'y a pas d'étude après cancer du sein.

Le tibolone ou *Livial* n'a pas montré son innocuité sur le sein au contraire ; une étude anglaise sur un million de femmes a retrouvé un surrisque de cancer du sein (RR : 1,35) après mise sous *Livial*, mais là aussi, il n'y a pas d'étude après cancer du sein.

Si la patiente se plaint toujours de symptômes climatériques marqués, et en accord avec elle, un THS pourra être mis en place dans le cadre d'une étude, à distance du traitement initial en prévenant bien ses différents médecins. Le traitement sera prescrit par le spécialiste. Un traitement par œstrogène seul serait préférable mais augmenterait le risque de cancer de l'endomètre de manière significative. L'apport d'un stérilet à la progestérone n'a pas été étudié dans cette indication.

► **Mots clés** : THS ; cancer du sein ; mammographie ; hormonothérapie ; raloxifène.

Références

- esculape.com/sommairefram.html : THS nouvelle mise au point de l'Afssaps, décembre 2003.
 menopauseafem.com/medical/index.html.
 Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*, 2002, 288:321-33.
 Li CI *et al.* Relation ship between long duration and different regimens of hormone therapy and breast cancer. *JAMA*, 2003, 289(24):3254-63.
 Beral V. Million Women Study collaborators. Breast cancer and HRT in the million woman study. *Lancet*, 2003, 362:419-27.
 Espié M *et al.* Breast cancer in postmenopausal woman with and without hormone replacement therapy: preliminary result of the mission study. *Gynecol Endocrinol*, 2006, 22:423-31.

Question 107

Elle est ménopausée avec un THS, comment la suivre ?

La demande

« Docteur, je prends mon traitement depuis longtemps, est-ce toujours utile ? »

Le préliminaire

Il faut réévaluer tous les ans le bénéfice/risque.

Il ne faut pas prolonger un THS plus de cinq ans, selon l'avis de l'Afssaps rendu public le 3 décembre 2003 (cf. Question 103).

Le suivi gynécologique doit être rigoureux à l'occasion d'examens semestriels.

Il faut réévaluer régulièrement la balance bénéfice-risque.

La première consultation

Elle est identique à celle dont devrait bénéficier toute femme après 50 ans, même en l'absence de traitement.

Le bilan de départ associe : un examen clinique général et gynécologique, un frottis de dépistage, une mammographie et un bilan sanguin (glycémie et bilan lipidique).

Suivi

Après une première prescription de trois mois, la surveillance ultérieure consiste en une à deux consultations annuelles, un frottis tous les trois ans et une mammographie tous les deux ans.

En cas d'anomalie, d'autres examens et/ou une surveillance plus rapprochée peuvent être utiles.

Au bout de cinq ans, il faut essayer d'interrompre (non brutalement) quelques mois le traitement afin de juger de son utilité.

Si la patiente désire poursuivre le traitement, le médecin demandera l'avis du spécialiste.

Le point de vue du gynécologue

La mise en route et la surveillance d'un THS nécessite quelques précautions visant à dépister les contre-indications et à éviter les effets adverses. C'est aussi l'occasion de dépister des lésions infracliniques du sein. Comme toujours en médecine, une fois les contre-indications absolues écartées c'est le rapport bénéfices escomptés/risques encourus qui guide la prescription. La surveillance permettra d'évaluer la tolérance mais aussi de dépister des pathologies sous-jacentes révélées par la prise du traitement.

L'examen clinique sera complet, insistant sur le poids, les seins et la tension artérielle.

Les examens biologiques

Les dosages de la glycémie à jeun, des triglycérides et du cholestérol seront pratiqués s'ils datent de plus de cinq ans et/ou en cas de facteurs de risque. L'étude des troubles de la coagulation (recherche de déficit en antithrombine, protéines C et S) ne se justifie qu'en cas d'antécédents personnels et familiaux.

Le frottis du col de l'utérus

Il est conseillé de pratiquer cette exploration tous les deux à trois ans (références opposables) jusqu'à 75 ans.

Les explorations endocavitaires

En l'absence d'antécédent spécifique, et si l'examen clinique est strictement normal, nous ne réalisons pas de principe d'échographie et/ou d'hystérocopie (aucune étude n'a montré le bien-fondé d'une telle attitude systématique). Ils ne seront réalisés qu'en cas de métrorragies ou de pathologie intracavitaire.

En cas de doute sur une pathologie endocavitaire, on demandera de première intention une échographie endovaginale qui précisera :

- l'épaisseur de l'endomètre, la normale est < 5 mm en l'absence de traitement et de < 8 mm en cas de traitement, mais aussi la structure et les contours du myomètre ;
- nécessairement éventuellement la pratique d'un Doppler qui, en cas de ménopause, retrouve des résistances élevées avec un index de pulsatilité de $3,4 \pm 1$ sur l'artère utérine et une diastole nulle ;
- l'absence d'image liquidienne intra-utérine, l'absence de pathologie annexielle.

La mammographie

La mammographie est indispensable avant de débiter un traitement hormonal substitutif, que ce soit dans un but de dépistage ou à visée médico-légale : elle ne sera prescrite qu'en l'absence d'une mammographie datant de moins d'un an. Il est donc souhaitable d'en obtenir une avant de débiter le traitement (notion d'hormonodépendance) puis tous les deux ans, en l'absence de facteurs de risque (principalement de femmes dont un ou des membres de la famille ont été atteints). La densité mammaire est augmentée par le THS et diminue la lisibilité des clichés.

Une échographie sera alors parfois nécessaire. Le dépistage organisé désormais en France n'est pas modifié par l'association d'un THS.

L'ostéodensitométrie

Le débat sur l'ostéodensitométrie est toujours ouvert. Elle doit être premièrement réservée aux patientes pour lesquelles on estime que le traitement substitutif ne sera pas suffisant pour prévenir le risque fracturaire (traitement calcique associé). Deuxièmement, celles présentant un fort risque d'ostéoporose (hémodialysées, hypercorticisme, hyper ou hypothyroïdie) ; enfin, en cas d'indécision de la patiente pour porter la décision de traiter ou non.

L'OMS a proposé quatre catégories diagnostiques suivant les résultats de la densité minérale osseuse (DMO) :

- **normales** : valeur de DMO différant de moins d'un écart type de la moyenne de référence de l'adulte jeune (T-score) ;
- **ostéopénie** : valeur de DMO située entre moins un écart type et moins 2,5 écarts types du T score ;
- **ostéoporose** : valeur de DMO située en dessous de 2,5 écarts types du T score ;
- **ostéoporose grave ou confirmée** : valeur de DMO située en dessous de 2,5 écarts types coexistant avec une ou plusieurs fractures.

Elle peut justifier un traitement substitutif sous réserve de ses contre-indications et à durée limitée dans le temps.

Une prise en charge rigoureuse

Ce bilan et la surveillance sont bien sûr soumis à l'évaluation coût/efficacité. Dès lors que le traitement est institué, une prise en charge rigoureuse s'impose, avec nécessité de revoir la patiente dans les trois mois afin de juger de sa bonne tolérance. La patiente doit consulter deux fois par an. À cette occasion, l'examen est précédé d'un interrogatoire qui évalue les effets du traitement. Ce temps permet de décider si le traitement doit être poursuivi en l'état, interrompu ou modifié. On doit parfois adapter les doses ou changer de produit quand l'équilibre n'est pas atteint. D'autres fois, notamment dans la période qui suit l'installation de la ménopause, on fait évoluer la séquence thérapeutique parce que les sécrétions internes changent.

- **Mots clés** : ménopause ; THS ; hormonothérapie ; mammographie ; ostéoporose.

Références

Afssaps : afssaps.sante.fr

Afem : www.menopauseafem.com

www.paris-nord-sftg.com

Rozenbaum H. Ménopause. *Encycl Méd Chir*, Gynécologie. Paris, Elsevier, 2007.

Taurelle, Tamborini. *La ménopause* (Abrégé de Médecine). Paris, Masson, 1997.

Question 108

Elle a des bouffées de chaleur mais ne veut pas de THS, comment la suivre ?

La demande

« Docteur, avec tout ce que l'on dit, je ne veux pas d'hormones. Donnez-moi autre chose qui ne provoque pas le cancer »

Le préliminaire

Cette femme ménopausée de plus de 50 ans rentre dans les recommandations de l'avis de l'Afssaps rendu publique le 3 décembre 2003.

Selon la symptomatologie présentée il est possible de lui proposer des traitements alternatifs.

La première consultation

Le médecin explique à sa patiente les risques encourus en argumentant l'avis de l'Afssaps.

Il l'informe que si les troubles climatiques sont trop gênants, il pourra lui prescrire un THS en toute sécurité grâce à un suivi rigoureux.

Le médecin interroge la patiente sur ses habitudes alimentaires afin de quantifier sa consommation de calcium.

Il s'enquiert de la présence et de l'importance des troubles du climatère.

Il est indispensable de faire l'examen clinique (*cf.* Question 1), sans oublier la mammographie, le frottis et de mesurer la patiente.

Il prescrit si nécessaire, une ostéodensitométrie.

En dehors de toute anomalie, il ne prescrit pas de traitement.

Si elle a des troubles climatiques peu gênants, il peut lui proposer des traitements alternatifs.

Le point de vue du gynécologue

La surveillance sans THS est identique à celle que devrait suivre toute femme après 50 ans. Le bilan de départ comprend (au minimum) un examen clinique général et gynécologique, des frottis de dépistage, une mammographie, un bilan sanguin glycémique et lipidique. La surveillance ultérieure consiste habituellement en une à deux consultations par an, des frottis réguliers et une mammographie tous les deux ans. Dans certains cas, d'autres examens, comme une ostéodensitométrie, ou une surveillance plus rapprochée peuvent être utiles. Plusieurs alternatives sont possibles.

De nombreuses femmes ménopausées ne peuvent, pour des raisons gynécologiques ou générales, bénéficier de cette thérapie. D'autres craignent le traitement.

Essayer d'imposer un THS à une patiente réticente serait vain : il ne serait pas suivi. « Mieux vaut convaincre que contraindre ».

Les bouffées de chaleur sont souvent le signe d'entrée de la ménopause le plus visible et le plus facile à signaler. Il n'est cependant pas obligatoire : 15 % des femmes n'auront aucune bouffée de chaleur. Les patientes sont très inégales devant cet inconvénient, qui peut devenir invalidant lorsqu'il entraîne insomnie ou gêne pendant le travail. Souvent d'autant plus fréquentes et marquées que la ménopause est brutale, les bouffées de chaleur vont s'atténuer avec le temps pour disparaître, mais certaines patientes peuvent s'en plaindre très à distance du début de la ménopause. Si le THS basé sur l'œstrogénothérapie est le traitement le plus efficace, il existe de nombreuses alternatives. Certaines se comportent comme des hormones ; c'est le cas du tibolone, mais de nombreux produits non hormonaux sont actifs. La phytothérapie et l'homéopathie sont particulièrement intéressantes. Parmi les traitements alternatifs, les isoflavones, plus connues sous le nom de phytoœstrogènes, représentent une possibilité. Ces effets ont été remarqués lors d'études épidémiologiques sur les femmes asiatiques qui présentaient une symptomatologie de la ménopause moindre que les femmes occidentales, les populations asiatiques consommant du soja en grande quantité. Le soja est riche en isoflavones. L'apport en deux prises de 76 mg/j d'isoflavones montre une réduction significative des bouffées de chaleur dès le premier mois de traitement.

Les traitements locaux

Les œstrogènes locaux peuvent diminuer l'installation d'une sécheresse et d'une atrophie vaginale, préservant ainsi la sexualité. Ils limitent infections, irritations et démangeaisons vulvovaginales. En préservant la trophicité de la sphère urogénitale, les crèmes et ovules contenant des œstrogènes limitent certains troubles de la continence urinaire et la survenue de cystites (*Colpotrophine* ou *Trophicrème*).

L'Abufène

Il réduit les bouffées de chaleur mais ne les supprime pas, son efficacité est proche de 50 % et il peut être un traitement de première intention. Il est l'une des seules possibilités, en présence d'antécédents personnels de cancer du sein, si l'on veut éviter tout traitement hormonal. La dose peut être de 1-3 cp/24 h. S'il n'est pas efficace le premier mois il y a peu de chance d'obtenir un résultat satisfaisant.

Le tibolone

Le tibolone (*Livial*) est un stéroïde de synthèse, dont l'originalité est d'entraîner des effets hormonaux différents selon les tissus. Le tibolone est en fait un pré-curseur hormonal qui se comporte comme une prodrogue : elle nécessite en effet des biotransformations pour être active. Son activation a lieu essentiellement au niveau tissulaire, et ses effets résultants sont de type œstrogénique, progestatif ou modérément androgénique, selon les tissus. C'est ainsi que le tibolone exerce des effets spécifiques au niveau du cerveau, de la sphère urogénitale basse et de l'os (effet œstrogénique) et des effets différents au niveau de l'endomètre et du sein (effet progestatif). L'amélioration de la libido est un effet

androgénique du tibolone. Ce produit s'utilise à la dose unique de 2,5 mg par jour en continu. Elle est contre-indiquée en cas de tumeurs malignes hormono-dépendantes connues ou suspectées. L'association antivitamine K (AVK) et tibolone nécessite une surveillance clinique et éventuellement une adaptation de la posologie des anticoagulants surtout en début et fin de traitement. Le tibolone est un traitement sans règles et qui a les mêmes augmentations de risque vis-à-vis des cancers du sein que les œstrogènes.

Le raloxifène

Le raloxifène (*Optruma, Evista*) est un modulateur sélectif des récepteurs aux œstrogènes (SERM). Il est indiqué dans le traitement et la prévention de l'ostéoporose chez les femmes ménopausées (cf. Question 114). Il n'a aucune action sur les bouffées de chaleur. Il est prescrit à la dose d'un comprimé par jour. Il existe comme pour le THS un risque accru thromboembolique. Il est protecteur vis-à-vis du cancer du sein hormonodépendant et neutre sur l'endomètre. Son rôle dans la prévention cardio-vasculaire reste discutée.

Les phytoœstrogènes

Les phytoœstrogènes sont des éléments chimiques que l'on retrouve dans certaines plantes et dont les effets dans le corps humain sont semblables à ceux des œstrogènes. Les symptômes tels que les bouffées de chaleur et la sécheresse vaginale sont grandement atténuées, parfois éliminés par l'apport dans l'alimentation ou sous forme de suppléments naturels de phytoœstrogènes. Ils ne sont pas indiqués en cas d'antécédents de cancers œstrogénodépendants.

Les thérapeutiques naturelles

- **Le ginseng** : la poudre de racine de ginseng s'avère très efficace au cours de la ménopause grâce à ses vertus anti-fatigue et anti-stress, ainsi qu'à ses propriétés rééquilibrantes sur le plan neurohormonal et revitalisantes de tout l'organisme. Les doses sont variables en fonction du poids. Les premiers effets n'apparaissent généralement qu'au bout de deux semaines, et il faut poursuivre le traitement pendant au moins un mois après la disparition des troubles, notamment des bouffées de chaleur. Enfin, il faut surveiller le poids une fois par semaine pendant toute la durée du traitement.
- **La sauge** : la sauge est un « œstrogène végétal » ; elle a aussi des actions antispasmodique, tonique, et stimulante. La durée moyenne du traitement est de deux mois.
- **Les plantes sédatives** : pour lutter contre une certaine nervosité ou anxiété, plutôt que de prendre des « tranquillisants » (pas toujours bien supportés du fait de leurs effets secondaires et du risque d'accoutumance), certaines plantes sédatives sont efficaces et bien supportées : l'aubépine (surtout s'il existe des palpitations), la passiflore (surtout en cas d'insomnie), ou la valériane, pendant quelques semaines.

La prise en charge psychologique

Une certaine préparation psychologique est nécessaire : de la même façon qu'on aide une jeune adolescente à comprendre l'apparition des règles et à s'y préparer,

cette nouvelle étape que représente la ménopause demande réflexion et attention. Il est essentiel que la femme comprenne qu'elle aborde là une nouvelle phase de sa vie physiologique et qu'elle le fasse sans appréhension. La ménopause n'est plus en effet aujourd'hui synonyme de vieillesse. Les antidépresseurs sont à réserver à la dépression maladie. Il faut expliquer les modifications des relations sexuelles en présence du partenaire. Psychothérapie et analyse font partie des traitements de la dépression de la ménopause et peuvent permettre de franchir un cap. Environ treize à 38 % des femmes présentent des troubles dépressifs qu'il faudra analyser dans une approche globale tenant compte de ses antécédents, de sa situation familiale et professionnelle, de son vécu. Le *Prozac*, en agissant sur l'anxiété, améliore les symptômes psychologiques parfois associés à la ménopause et possède une activité propre sur les bouffées de chaleur.

L'acupuncture

Elle permet aussi d'obtenir des résultats, avec une réduction de l'intensité des bouffées, elle peut s'avérer utile pour passer un cap mais ne constitue pas un traitement d'entretien, les bouffées de chaleur pouvant persister parfois de nombreuses années.

Le régime alimentaire

Le régime alimentaire doit être parfaitement équilibré en diminuant globalement les graisses animales et en privilégiant les fruits et légumes frais et les produits laitiers riches en calcium. Il peut s'avérer opportun de déconseiller à cette période les excès d'alcool et de tabac.

L'activité physique

Enfin, une activité physique régulière est nécessaire : marche le plus souvent possible dans la journée, gymnastique douce deux ou trois fois par semaine, pratique d'un sport hebdomadaire.

Dans tous les cas il faut rassurer, donner des conseils d'hygiène de vie et alimentaires et insister sur la nécessité d'un suivi régulier systématique de dépistage (examen clinique général, gynécologique et mammaire, frottis, mammographie) qui permettra de reposer régulièrement le problème de l'instauration du THS si les bouffées de chaleur entraînent une diminution de qualité de vie majeure.

► **Mots clés** : ménopause ; THS ; tibolone ; raloxifène ; soja.

Références

Le généraliste, Actualités thérapeutiques, 2002 (janv.), 2170.

Afssaps : afssaps.sante.fr

Afem : www.menopauseafem.com

www.paris-nord-sftg.com

Question 109

Elle saigne après la ménopause avec un THS, que faire ?

La demande

« Docteur, j'ai peur, car je saigne alors que je prends mon traitement. »

Le préliminaire

En présence d'une métrorragie post-ménopausique même si ce n'est pas la cause la plus fréquente il faut en premier lieu envisager l'éventualité d'un carcinome de l'endomètre.

Il faut ensuite rechercher un défaut d'observance.

Plus d'une fois sur deux l'origine est une atrophie endométriale et dans 30 % des cas, il s'agit de polypes ou de fibromes.

▷ Attention

Voir l'avis de l'Afssaps de décembre 2003, cf. question 103.

La première consultation

À l'interrogatoire, le médecin fait préciser le délai écoulé depuis la ménopause, recherche les facteurs favorisant d'hyperœstrogénie spontanée ou iatrogène, la prise de médicaments et les facteurs de risque de cancer de l'endomètre.

Il recherche les signes de surdosage (mastodynie, par exemple), de sous-dosage (bouffées de chaleur, par exemple).

Il fait l'examen gynécologique (cf. Question 1).

Si nécessaire, il modifie le traitement et s'assure d'une meilleure observance et informe la patiente qu'elle doit impérativement le consulter si les signes persistent.

Sinon, il prescrit en première intention une échographie pelvienne endovaginale à la recherche d'une hypertrophie de l'endomètre.

Toute anomalie nécessite un avis spécialisé.

Le point de vue du gynécologue

Le THS peut être séquentiel avec hémorragies de privation ou continu sans règles. L'apparition de saignements excessifs ou anormaux est source d'abandon du traitement mais aussi d'angoisse. Les pertes sanguines cycliques sous THS séquentiel sont de l'ordre de 35 ml/j et ont une durée moyenne de cinq jours.

Des saignements intempestifs surviennent de manières fréquentes durant les trois premiers mois quel que soit le traitement.

L'incidence des saignements est de 5 à 15 % au bout d'un an en cas de traitement séquentiel avec 2 à 8 % de règles de privations excessives, responsable de 3 à 10 % d'abandon.

Elle est de 18 à 40 % au bout d'un an en cas de traitement combiné continu, responsable de 17 à 35 % d'abandon.

La prise en charge sera identique à celle d'une femme non ménopausée prenant un traitement hormonal. Elle justifie un examen général et gynécologique complet et dans un premier temps la recherche du traitement le plus adapté.

Le diagnostic

Les principales causes de métrorragies sont fonctionnelles, reflétant une anomalie de l'endomètre (atrophie, hyperplasie, anomalies vasculaires), organiques (fibrome, polype, adénomyose, cancer endométrial), générales ou iatrogènes (anticoagulant, anti-inflammatoire, troubles de l'hémostase etc.), ou liées à la prise du THS (mauvaise observance, début de traitement prématuré).

La principale étiologie des saignements est souvent une **mauvaise observance** qu'il convient de vérifier par un interrogatoire minutieux. Il faut rechercher les signes de surdosages et de sous-dosages souvent associés aux saignements. L'adaptation du THS permettra de souvent faire disparaître les anomalies. Il semble préférable de modifier les œstrogènes avant les progestatifs.

Les examens complémentaires

Un frottis normal doit être exigé.

En cas d'absence de faute d'observance ou d'échec de modification de traitement, il faut demander la réalisation d'une échographie endovaginale avec Doppler.

L'échographie

L'échographie vaginale permet une étude morphologique précise de l'utérus, notamment de l'endomètre et des ovaires. Couplée au Doppler et à l'hystérosonographie (contraste intra-utérin) en cas de pathologie, c'est un excellent moyen de surveillance et d'adaptation du THS.

Le THS doit prévenir les complications de la post-ménopause et garantir sa parfaite innocuité. L'échographie-Doppler permet de s'assurer de son efficacité et de dépister toute pathologie endométriale qu'il serait susceptible d'aggraver. Après la ménopause, la taille de l'utérus diminue rapidement. L'endomètre est atrophié : sur une coupe longitudinale, à l'endroit le plus large, il ne doit pas dépasser 5 mm. Son épaisseur (3 ± 1 mm) reste stable même dix ans après la ménopause. Une hydrométrie ne doit pas inquiéter si le liquide est anéchogène et la muqueuse l'entourant, atrophique et régulière. Contours et homogénéité sont les deux autres paramètres de valeur, un aspect hétérogène et irrégulier orientant vers un cancer.

Le paramètre le plus important est l'épaisseur de l'endomètre, son volume avec l'apparition de l'échographie 3D semble un paramètre intéressant. L'échographie endovaginale avec une épaisseur de l'endomètre < 4 mm a ici une spécificité de 100 %, une sensibilité de 96,7 %, une VPP de 100 % dans le diagnostic d'atrophie.

S'il est > 5 mm, il n'y a pas de corrélation histologique (on retrouve aussi bien des aspects prolifératifs, d'hyperplasie, de polypes ou carcinomes). Plus il est épais, plus il y a risque de cancer (50 % au-delà de 10 mm, 85 % au-delà de 20 mm).

Sous THS, pour des niveaux d'E2 inférieurs à ceux d'un cycle spontané, l'aspect de l'endomètre est comparable peu épais et hypoéchogène sous œstrogènes seuls, il s'épaissit et devient hyperéchogène sous progestatif. Son épaisseur varie de 4 à 6 mm et ne doit pas dépasser 8 à 10 mm. Un chiffre > 5 mm avec persistance de saignement doit faire évoquer une pathologie.

En cas d'anomalie (endomètre trop épais > 8 mm, résistance vasculaire diminuée), il est difficile de distinguer une pathologie sous-jacente d'un éventuel surdosage. Il faut arrêter le traitement : l'endomètre diminue rapidement d'épaisseur. L'objectif du traitement sera de maintenir un endomètre \leq 8 mm.

En l'absence de résultat une histologie est indispensable. Elle peut être réalisée en consultation par une pipelle de Cornier. Entre 5 et 8 mm, on peut proposer une biopsie d'endomètre, un test aux progestatifs et une échographie de contrôle (l'aspect peut spontanément régresser). Au-delà, hystérocopie avec biopsie ou le curetage s'imposent. L'échographie permet aussi de préciser le volume utérin, l'existence éventuelle de myomes, d'une adénomyose. Confrontées aux antécédents cliniques, ces anomalies peuvent faire préférer un schéma plus dosé en progestatifs ou une prescription continue des hormones.

L'échographie vaginale permet aussi le dépistage du cancer de l'endomètre et de petits cancers de l'ovaire. Devant une suspicion de pathologie, il est possible de compléter l'échographie par une hystérosonographie qui permettra de mieux visualiser la cavité et d'exclure une pathologie focale.

L'hystérocopie

L'indication d'une hystérocopie diagnostique doit être posée quand l'échographe signale une anomalie d'épaisseur (> 8 mm) ou endomètre > 5 mm avec persistance de saignement ; en l'absence d'hystérosonographie, elle pourra permettre le diagnostic et la réalisation de biopsies orientées, ou elle sera associée à un curetage biopsique étagé.

Elle sera parfois opératoire et thérapeutique.

Le traitement

Nous l'avons vu, la première règle est de vérifier l'observance du traitement.

THS avec règles

Des règles avancées pour un THS avec règles ne sont pas rares et non pathologiques. S'il s'agit de ménorragies, il faut en présence de mastodynies associées diminuer la dose d'œstrogène. Sinon, il faut changer de progestatif ou augmenter sa durée, surtout si l'endomètre est un peu épais. S'il s'agit plutôt de spotting, et en l'absence d'hypertrophie de l'endomètre et de mastodynies, il est alors possible d'augmenter un peu la dose d'œstrogène. En dernier recours il est possible de proposer un traitement en continu.

THS sans règles

En l'absence de mastodynie, il s'agit souvent d'une atrophie, il faut augmenter un peu l'œstrogène et en cas d'échec changer de progestatif. Il est possible devant la persistance des saignements de passer à un traitement avec règles. S'il y a des mastodynies, il faut alors diminuer l'œstrogène.

La persistance des saignements doit faire répéter l'échographie et faire réaliser l'hystérocopie curetage.

Toute étiologie doit être traitée, bien souvent devant un polype, une hyperplasie simple ou un myome sous-muqueux une hystérocopie opératoire sera proposée. Pour toute pathologie tumorale, une hystérectomie sera préférée. Il faut parfois réaliser une hystérectomie pour des lésions bénignes ou des métrorragies fonctionnelles si l'on veut conserver le THS.

Il est aussi possible de l'arrêter et de proposer une alternative.

► **Mots clés** : ménopause ; ménorragies ; métrorragies ; THS ; hormonothérapie ; échographie.

Références

Afssaps : afssaps.sante.fr

Afem : www.menopauseafem.com

www.paris-nord-sftg.com

Rozenbaum H. Ménopause. *Encycl Méd Chir*, Gynécologie. Paris, Elsevier, 2007.

Taurelle, Tamborini. *La ménopause* (Abrégé de Médecine). Paris, Masson, 1997.

Question 110

Elle saigne après la ménopause sans THS, que faire ?

La demande

« Docteur, je saigne alors que je suis ménopausée, est-ce normal ? »

Le préliminaire

Le cancer de l'endomètre et l'atrophie vulvovaginale sont les causes les plus fréquentes de métrorragies post-ménopausiques.

La première consultation

L'attitude du médecin est la même que dans la Question 82.

Il recherche les signes d'atrophie vaginale ou à l'inverse d'hyperœstrogénie.

Il recherche les autres facteurs de risque du cancer de l'endomètre (obésité, hypertension artérielle [HTA], diabète).

Il fait l'examen gynécologique pour localiser l'origine du saignement (cf. Question 1). Il réalise un frottis cervical.

Il fait le bilan de l'état général et de la prise de médicaments.

Il prescrit systématiquement une échographie pelvienne et endovaginale, et l'adresse au gynécologue.

Le point de vue du gynécologue

Le diagnostic de métrorragies post-ménopausique en l'absence de traitement hormonal substitutif est dominé par deux étiologies : le cancer de l'endomètre et l'atrophie de l'endomètre.

Les autres étiologies devront être recherchées grâce à une attitude rigoureuse.

Le diagnostic

L'interrogatoire

Il doit préciser la date de survenue des métrorragies, leur abondance, leur fréquence. Après quelques mois d'aménorrhée, la survenue de saignements associés à un syndrome prémenstruel sera plus en faveur d'hémorragies fonctionnelles (classique retour de jeunesse) à l'inverse d'un saignement isolé plutôt en faveur d'une origine organique. L'existence d'autres signes fonctionnels doit être notée (fièvre, diarrhée, troubles du transit, signes fonctionnels urinaires) de même que toute prise médicamenteuse (anticoagulants, d'anti-inflammatoires, d'antioestrogène, etc.) voire de pommade cosmétique.

L'examen gynécologique sera complet

Il débute par la palpation des seins. Il continue par l'examen abdomino-pelvien (masse, ascite, etc.), vulvaire et vaginal. Il recherche des signes d'imprégnation

œstrogénique (glaires cervicales, ouverture du col, trophicité de la peau et des muqueuses). L'examen du col est indispensable avec la pratique d'un frottis même si la patiente saigne au moment de l'examen. Le toucher vaginal recherchera une augmentation de volume de l'utérus, une masse annexielle. Il peut être difficile d'interprétation chez une femme obèse, en cas d'atrophie vaginale importante. Il précèdera de toute façon la prescription d'une échographie.

Les examens complémentaires

Le frottis

De première intention : les cancers du col de l'utérus sont fréquents à cet âge chez des patientes peu suivies.

L'échographie

Il faut demander une échographie pelvienne et endovaginale par un échographe habitué à l'exploration de l'appareil génital féminin. L'échographie endovaginale permet une exploration plus précise de l'endomètre.

- Si l'épaisseur de l'endomètre est $<$ à 5 mm il s'agit d'une atrophie de l'endomètre. Il n'est pas besoin de poursuivre les investigations sauf devant la persistance des saignements.
- Si l'épaisseur de l'endomètre est $>$ 5 mm ou s'il y a une pathologie endocavitaire suspectée il faut faire pratiquer une hystérosonographie. Un Doppler utérin peut être utile.

L'hystérosonographie

Il s'agit d'une échographie pelvienne après injection de sérum physiologique en intra-utérin permettant de mieux visualiser la cavité utérine. Elle est réalisée par un échographe au cabinet.

Elle permet parfois d'éliminer une suspicion de pathologie intracavitaire et ainsi d'éviter la réalisation d'une hystéroscopie. D'autres fois elle permet de mieux visualiser un polype, un fibrome sous-muqueux. Elle décrira la taille, la localisation voire la taille du pédicule. Enfin elle peut retrouver une irrégularité évocatrice d'une pathologie néoplasique.

Elle orientera alors vers une hystéroscopie diagnostique ou une hystéroscopie opératoire.

L'hystéroscopie diagnostique

Elle est réalisée en ambulatoire sans anesthésie pour certains ou sous anesthésie locale. Elle permet de voir la cavité utérine et d'orienter le curetage biopsique étagé (endocol puis endomètre). Elle permet de diagnostiquer facilement l'atrophie.

Elle visualise une hypertrophie simple, glandulokystique ou adénomateuse ou une prolifération bourgeonnante irrégulière évocatrice de néoplasie. Seule l'histologie permettra de confirmer la pathologie bénigne de l'hyperplasie atypique et du cancer de l'endomètre.

Elle confirmera le diagnostic de polype ou de fibrome sous-muqueux qui sera alors accessible à l'hystéroscopie opératoire qu'elle soit réalisée dans le même temps ou secondairement.

Elle nécessite une hospitalisation. Elle permet la résection au moyen d'une anse électrique de lésions intracavitaires qui lui soit accessible : polypes, fibromes sous-muqueux inférieurs à 4 cm.

Conduite à tenir

Toute métrorragie post-ménopausique justifie, quelle que soit son importance, un examen général et gynécologique complet associé à une échographie réalisée par un échographiste rompu à la pathologie génitale : cette attitude doit permettre de mettre en évidence les étiologies les plus fréquentes que sont l'atrophie et le cancer de l'endomètre. Si l'examen retrouve une atrophie vulvo-vaginale et que l'échographie au besoin complétée par une hystérosonographie retrouve un endomètre < 5 mm il s'agit d'une atrophie utérine ne justifiant aucune autre exploration. Dans tous les autres cas il faut proposer une hystérocopie curetage.

La persistance des saignements doit faire répéter l'échographie et faire réaliser l'hystérocopie-curetage.

Toute étiologie doit être traitée, bien souvent devant un polype, une hyperplasie simple ou un myome sous-muqueux une hystérocopie opératoire sera proposée. Pour toute pathologie tumorale maligne y compris l'hyperplasie atypique, une hystérectomie sera préférée. Il faut parfois réaliser une hystérectomie pour des lésions bénignes ou des métrorragies fonctionnelles, voire une atrophie. Pour une hyperplasie persistante simple, une thermocoagulation reste possible. Un traitement par progestatif chez des patientes obèses en hyperœstrogénie reste possible, sous couvert d'une hystérocopie-curetage négative.

Outre les deux diagnostics précédemment cités les métrorragies peuvent être le fait d'une endométrite (se méfier d'un cancer sous-jacent), d'un cancer du col, d'un cancer de la trompe (hydrorrhée associée aux métrorragies, parfois c'est la laparotomie qui redresse le diagnostic), d'un cancer de l'ovaire (métastase à l'utérus ou atteinte tubaire), ou iatrogènes par prise de médicaments anticoagulants ou de produits cosmétiques contenant des œstrogènes.

► **Mots clés** : ménopause ; hystérocopie ; métrorragies ; cancer de l'endomètre ; échographie.

Références

Afssaps : afssaps.sante.fr

Afem : www.menopauseafem.com

www.paris-nord-sftg.com

www.fnclcc.fr/sor.htm Standard Option et recommandations, cancer de l'endomètre, 2001.

www.sogc.medical.org: Lignes directrices sur la prise en charge du saignement utérin et sur le diagnostic des cancers de l'endomètre, 2001.

Taurelle, Tamborini. *La ménopause* (Abrégé de Médecine). Paris, Masson, 1997.

Question 111

Elle a un risque thromboembolique et veut un THS, que faire ?

La demande

« Docteur, je ne supporte plus mes bouffées de chaleur. Je veux un traitement. Mais n'oubliez pas que j'ai fait une phlébite il y a cinq ans. »

Le préliminaire

▷ Attention

Lire l'avis de l'Afssaps, question 103.

Les antécédents thromboemboliques sont une contre-indication au THS.

La première consultation

L'interrogatoire précise les antécédents personnels et familiaux, ainsi que les circonstances de survenue de la phlébite.

Il est justifié de faire le bilan hématologique de la phlébite s'il n'a jamais été réalisé, en recherchant les thrombophilies héréditaires ou acquises.

En fonction du profil de la patiente, le médecin l'incite à essayer des traitements alternatifs au THS.

Si les signes climatériques sont trop gênants, il convient de s'assurer d'un avis spécialisé.

Le point de vue du gynécologue

Comme dit dans la question 112, le risque de voir survenir une phlébite ou une embolie pulmonaire est multiplié par deux ou trois lors que l'on prend un traitement hormonal à base d'œstrogène. Un à deux accidents thromboemboliques veineux de plus pour 10 000 femmes traitées sont à déplorer chaque année.

L'effet des œstrogènes

L'effet des œstrogènes sur la coagulation après la ménopause est identique à celui sous contraception orale mais avec beaucoup moins d'importance. À l'inverse, l'âge est en soit un facteur de risque de thrombose veineuse. Les modifications de la coagulation avec augmentation de certains facteurs de coagulation (5, 7, 8 et 9) et diminution des facteurs d'anticoagulation (antithrombine III, protéine C et à moindre niveau protéine S) et du PAI1 (Plasminogène activateur inhibiteur) sont en faveur d'un **effet procoagulant variable selon la voie d'administration**. La voie transdermique semble avoir une action moindre sur la coagulation mais leur évaluation clinique est en attente.

L'effet sur la majoration des accidents thromboemboliques est variable dans le temps, **important la première année** après l'instauration du traitement, il diminue ensuite pour parfois ne plus être significatif. Il ne semble pas y avoir d'effet dose important, certains ont néanmoins montré un risque de maladie thromboembolique (MTE) d'autant plus important que la dose est élevée.

À qui prescrire

Une méta-analyse publiée en 1997 conclut à la réalité du risque de thrombose veineuse associé à l'hormonothérapie substitutive. Elle dénonce également le manque d'étude randomisée pour conclure. Des études récentes ont montré qu'il existait un risque multiplicatif en présence d'une thrombophilie associée à un THS.

Recommandations

- Ne pas prescrire de THS chez les femmes ayant une thrombophilie héréditaire.
- En l'absence de facteur de risque et de thrombophilie, il n'y a pas de contre-indication.
- Il convient néanmoins d'arrêter le THS avant un acte chirurgical.
- Devant un antécédent personnel ou familial de thrombose, et en l'absence de thrombophilie, si la patiente est symptomatique et demande un traitement, il faut alors préférer une voie transdermique.
- En présence d'une MTE récente ou d'un facteur de risque, le THS est contre-indiqué ou fait l'objet d'une consultation multidisciplinaire avec information de la patiente.

Le médecin généraliste prescrira

Il convient donc de dépister une thrombophilie devant des facteurs de risque ou des antécédents personnels ou familiaux de MTE : un dosage de protéine C et S, d'AT III. Le médecin recherchera l'existence de la mutation des facteurs II et V de Leiden ainsi que de la méthylène-tétra-hydrofolate-réductase (MTHFR), il recherchera un anticoagulant circulant et un syndrome des antiphospholipides.

Les alternatives

Le raloxifène se comporte comme un THS en termes de risque thromboembolique.

Le tibolone semble avoir une activité procoagulante moindre mais conserve les mêmes contre-indications que le THS.

► **Mots clés** : THS ; hormonothérapie ; thrombose ; thrombophilie.

Références

Douketis JD, Ginsberg JS. *Arch Intern Med*, 1997, 157:1522-30.

Afssaps : afssaps.sante.fr

Afem : www.menopauseafem.com

www.paris-nord-sftg.com

Rozenbaum H. Ménopause. *Encycl Méd Chir*, Gynécologie, Paris, Elsevier, 2007.

Taurelle, Tamborini. *La ménopause* (Abrégé de Médecine). Paris, Masson, 1997.

Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*, 2002, 288:321-33.

Question 112

Elle a un risque cardio-vasculaire et veut un THS, que faire ?

La demande

« Docteur, le traitement à base d'hormones, c'est bon pour le cœur ? »

Le préliminaire

▷ Attention

Lire l'avis de l'Afssaps, question 103.

Les données scientifiques actuelles contre-indiquent la prescription d'un traitement hormonal substitutif en cas d'antécédents cardio-vasculaires.

La première consultation

Le médecin recherche des facteurs de risque cardio-vasculaires.

Il recherche les signes climatériques et les facteurs de risque d'ostéoporose.

Il profite de cette demande pour faire pratiquer un examen biologique s'il n'est pas récent : glycémie, bilan lipidique et un bilan de la coagulation.

En cas de mise en évidence de ces facteurs de risques, il informe sa patiente qu'il ne peut lui prescrire un THS et lui propose d'autres traitements.

Si la patiente insiste pour avoir un THS, il peut demander un avis spécialisé.

Après correction de facteur de risque cardio-vasculaire et en l'absence d'autre contre-indication et chez une patiente symptomatique, un THS peut être à la dose minimale efficace, pour une durée la plus courte possible.

Le point de vue du gynécologue

L'association de facteurs de risque cardio-vasculaire et de la ménopause fait désormais considérer le traitement hormonal substitutif avec circonspection. Les récentes études ont modifié notre conduite à tenir face au THS chez les patientes aux antécédents d'hypertension artérielle, de coronaropathies ou de risques thromboemboliques.

Effets des œstrogènes

Si les œstrogènes exercent potentiellement des effets bénéfiques sur le système cardio-vasculaire, leur action sur le profil lipidique est mitigée. Les éléments favorables sont la baisse des LDL et l'augmentation du HDL-cholestérol et

l'élément défavorable est l'augmentation des triglycérides. L'effet est plus prononcé sous E2 seul que sous œstroprogestatifs. Les modifications de la coagulation (cf. Question 111) sont en faveur d'un effet procoagulant variable selon la voie d'administration, la voie transdermique semblant avoir une action moindre sur la coagulation.

HERST puis WHI ont démontré un sur-risque sous traitement hormonal substitutif concernant la survenue d'infarctus, d'accident vasculaire cérébral (AVC) et d'accident thromboembolique en prévention primaire et secondaire. Ces risques augmentent avec l'âge.

Recommandations

- La prescription d'un THS est donc désormais à éviter chez les patientes ayant une maladie cardiaque ou vasculaire cérébrale déclarée, présentant une maladie thromboembolique veineuse connue ou des anomalies de la coagulation.
- Le traitement est à discuter devant des facteurs de risque associé tel que le diabète, le tabac, l'hypertension artérielle ou les dyslipidémies.
- Devant un facteur de risque cardio-vasculaire modéré ou traité, il convient de mettre en balance les bénéfices face aux inconvénients du THS.
- La voie transdermique sera préférée dans une situation limite car en supprimant le premier passage hépatique, elle réduit les effets négatifs procoagulants et dyslipidémisants des œstrogènes.
- Un progestatif non androgénique sera utilisé en l'absence d'hystérectomie.
- La dose sera également adaptée selon son efficacité sur les signes climatiques en privilégiant les faibles doses.
- La durée du traitement sera en permanence réévaluée et adaptée à la patiente.

Le médecin généraliste prescrira

Le médecin généraliste se doit donc de rechercher les facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires et de les noter dans son dossier.

Il est justifié de rechercher avant de prescrire un THS :

- une dyslipidémie (dosage du taux de cholestérol total, HDL et LDL et des triglycérides) ;
- un diabète, (glycémie à jeun) et une hypertension artérielle ;
- un trouble de coagulation, surtout si la patiente n'a jamais pris d'œstroprogestatif.

Au moindre doute une consultation cardiologique peut être demandée. Cet avis semble indispensable devant des antécédents familiaux, une hypertension artérielle (HTA) ou une dyslipidémie traitée.

Néanmoins, la qualité de vie paramètre capital d'appréciation pour un THS, se mesure mal en terme de morbidité ou de mortalité face aux bénéfices. La qualité de vie est de plus subjective, temporodépendante et multifactorielle.

La discussion sera prise en collaboration avec la patiente qui doit être avertie de l'ensemble des risques et des bénéfices.

Les alternatives

Le tibolone ou *Livial* n'a pas démontré son innocuité sur le plan cardio-vasculaire, étant plus délétère que le THS sur le plan des lipides. À l'inverse, son activité procoagulante serait moindre.

Le raloxifène a démontré lors de son étude initiale (MORE) une diminution des accidents cardio-vasculaires y compris chez les patientes présentant des facteurs de risque cardio-vasculaires. Néanmoins les résultats de l'étude RUTH ne confirment pas l'effet préventif cardio-vasculaire du raloxifène.

Au total

Il convient donc chez une femme de la cinquantaine qui consulte pour THS et qui présente des facteurs de risque cardio-vasculaires de lui proposer un autre type de traitement pour ses symptômes et/ou pour son ostéoporose.

Quand aux femmes déjà traitées par un THS depuis des années, si ce traitement est bien toléré il n'est pas justifié aux vues des données actuelles d'arrêter le THS pour des motifs de risques cardio-vasculaires, ceux-ci n'étant pas majorés par un THS au-delà de la première année.

► **Mots clés** : THS ; cardio-vasculaire ; hormonothérapie ; infarctus ; AVC.

Références

Afssaps : afssaps.sante.fr

Afem : www.menopauseafem.com

www.paris-nord-sftg.com

Rozenbaum H. Ménopause. *Encycl Méd Chir, Gynécologie*. Paris, Elsevier, 2007.

Taurelle, Tamborini. *La ménopause* (Abrégé de Médecine). Paris, Masson, 1997.

www.sogc.medical.org : Déclaration de principe conjointe : THS et cardio-vasculaire.

Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women. Principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA*, 2002, 288:321-33.

Question 113

Elle a un diabète et veut un THS, que faire ?

La demande

« Docteur, mon diabète est équilibré, j'aimerais ne plus avoir de bouffées de chaleur ! »

Le préliminaire

▷ Attention

Lire l'avis de l'Afssaps, question 103.

Quel que soit le type de diabète, il faut quantifier le risque cardio-vasculaire avant d'envisager la possibilité d'un THS.

La première consultation

Le médecin recherche les facteurs de risque cardio-vasculaire.

Il profite de cette demande pour contrôler le bilan biologique : HbA1c, bilan lipidique et un bilan de la coagulation.

Il informe la patiente des recommandations actuelles et si nécessaire demande un avis spécialisé.

Il peut lui proposer un traitement alternatif.

Le point de vue du gynécologue

Comme chez la patiente non diabétique, le THS est indiqué en fonction des signes fonctionnels ressentis. Les contre-indications générales restent les mêmes, mais il existe certaines contre-indications relatives à considérer chez la femme diabétique :

- hypertension artérielle (HTA) traitée très déséquilibrée (> 17/10) avec risque de poussée hypertensive, et donc d'AVC ;
- rétinopathie ;
- néphropathie ;
- maladie coronarienne sévère (augmentation du risque vasculaire cardiaque, et thromboembolique, la première année). Toutefois la femme coronarienne connue et équilibrée sur le plan cardiaque, après infarctus ou chirurgie ou sténose supérieure à 50 %, déjà sous THS, peut poursuivre son traitement ;
- obésité franche (risque thrombotique veineux) ;
- antécédent d'AVC.

Le problème posé est le même en cas de diabète de type 1 ou de type 2 : c'est celui du risque cardio-vasculaire.

On ne peut actuellement affirmer que le THS a un effet bénéfique sur ce risque. Aussi, ne peut-on plus prescrire un THS dans le but de diminuer la mortalité cardio-vasculaire.

Le 17 β -œstradiol, quelle que soit la voie d'administration, semble améliorer la tolérance au glucose : les œstrogènes ne sont donc pas une contre-indication au THS chez la femme diabétique.

Dans ces cas, si le THS est prescrit, la voie percutanée est recommandée (ou voie nasale, en cours d'évaluation).

Le choix des progestatifs va vers les progestatifs non androgéniques.

Le THS par voie orale diminue les LDL, augmente les HDL et les triglycérides. Par voie percutanée les effets lipidiques sont quasi négligeables et les risques thromboemboliques sont moindres.

Chez la femme dialysée on peut discuter, au cas par cas, avec le néphrologue, l'indication d'un THS par voie cutanée à très faible dose afin de limiter l'ostéoporose à laquelle l'insuffisance rénale expose déjà la femme.

L'indication du THS va se discuter, comme chez la femme non diabétique, en fonction des signes fonctionnels (confort), du risque d'ostéoporose, de phlébite et de cancer du sein.

Une fois l'indication du THS établie, le traitement sera mené comme chez la femme non diabétique.

Concernant les alternatives au THS, tibolone et raloxifène, ces deux produits ne semblent pas modifier le contrôle glycémique des patientes diabétiques dans les études. Leur retentissement sur le système cardio-vasculaire est en cours d'évaluation. Il présente à ce jour les mêmes restrictions cardio-vasculaires d'indication que le THS.

► **Mots clés** : THS ; diabète ; cardio-vasculaire ; hormonothérapie.

Référence

Lassman-Vague V, Basdevant A, Cathelineau G *et al.* Grossesse et contraception chez la femme diabétique. Diabète gestationnel. Recommandations de l'ALFEDIAM, disponibles sur le site www.alfediam.org

Question 114

Elle est ménopausée et a peur de se casser le poignet

La demande

« Docteur, maintenant que je suis ménopausée, pourrait-on parler de mon ostéoporose ? »

Le préliminaire

Après 50 ans, le nombre de femmes ostéoporotiques augmente nettement : à 65 ans, 39 % des femmes souffrent d'ostéoporose, à 80 ans, 70 % des femmes sont atteintes d'ostéoporose et parmi elles, 60 % présentent au moins une fracture.

Si la femme prend un traitement hormonal substitutif à une dose efficace, cela évite qu'une ostéoporose apparaisse ; si aucun traitement n'a été prescrit, une alimentation équilibrée, riche en calcium, et une activité physique journalière associées à une exposition solaire seront recommandées.

La première consultation

Un interrogatoire permet au médecin de savoir si un traitement substitutif de la ménopause a été prescrit et à quelle dose.

Un interrogatoire alimentaire permet de calculer l'apport de calcium. Il faut peser et mesurer la patiente.

L'ostéodensitométrie ne doit pas être systématique.

Il faudra rechercher les facteurs de risque principaux d'ostéoporose :

- lors d'une corticothérapie systémique prescrite pour une durée d'au moins trois mois ;
- un antécédent de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent au premier degré ;
- un indice de masse corporelle $< 19 \text{ kg/m}^2$;
- une ménopause avant 40 ans quelle qu'en soit la cause ;
- en cas de signes d'ostéoporose :
 - la découverte ou la confirmation radiologique d'une fracture vertébrale (déformation du corps vertébral) sans contexte traumatique ni tumoral évident,
 - un antécédent personnel de fracture périphérique survenue sans traumatisme majeur.

Il sera justifié de prescrire, dans tous ces cas, une ostéodensitométrie qui affirmera ou infirmera l'ostéoporose pour laquelle on prescrira un traitement validé.

Le point de vue du gynécologue

L'ostéoporose est une maladie diffuse du squelette, caractérisée par une faible masse osseuse et une détérioration de la microarchitecture du tissu osseux, responsables d'une fragilité osseuse, donc d'une augmentation du risque de fracture.

Chez la femme, la décroissance de la masse osseuse commence quelques années avant la ménopause et se poursuit au rythme de 1 à 2 % par an durant huit à dix ans, puis ralentit jusqu'à obtenir un rythme de 0,5 à 1 % par an.

On reconnaît comme facteurs de risque : l'âge, le sexe féminin, la génétique (antécédents familiaux d'ostéoporose), l'inactivité physique, une carence vitaminocalcique, le tabagisme, l'alcoolisme, un faible poids et un faible indice de masse corporelle (indice de masse corporelle [IMC] < 19 kg/m²), la ménopause et des pathologies ou traitements inducteurs d'ostéoporose.

L'ostéoporose entraîne une fragilité osseuse, mais le risque de fracture est plus ou moins élevé. Selon des études sur la densité minérale osseuse (DMO), l'ostéoporose touche 8 à 18 % des femmes de plus de 50 ans, la maladie touche au moins 3 millions de Françaises (30 à 40 % des femmes ménopausées) et plus de la moitié des femmes de plus de 75 ans. Il y a 130 000 fractures liées à l'ostéoporose par an en France et 40 % des femmes de plus de 50 ans feront une complication fracturaire.

À moins d'avoir une fracture, l'ostéoporose n'est pas douloureuse et seule une diminution de taille inférieure à 1 cm par dix ans ou des facteurs de risque peuvent alerter et conduire au dépistage.

Dépistage

Depuis le 1^{er} juillet 2006, l'ostéodensitométrie est prise en charge à 70 % par la sécurité sociale chez les femmes à risque.

Les indications retenues par la HAS dans son avis du 21 juin 2006, pour lesquelles le service attendu de l'ostéodensitométrie a été estimé suffisant et son amélioration importante, peuvent être regroupées en deux catégories.

Les indications valables quels que soient l'âge ou le sexe (population générale) :

- la découverte radiologique d'une fracture vertébrale sans caractère traumatique ni tumoral évident ;
- un antécédent personnel de fracture périphérique survenue sans traumatisme majeur (sont exclues de ce cadre, les fractures du crâne, des orteils, des doigts et du rachis cervical) ;
- des antécédents documentés de pathologies potentiellement inductrices d'ostéoporose en particulier : hypogonadisme prolongé ou médicamenteux (traitement prolongé par un analogue de la GnRH), hyperthyroïdie évolutive non traitée, hypercorticisme et hyperparathyroïdie primitive.

Chez la femme ménopausée (y compris pour les femmes sous THM à des doses utilisées inférieures aux doses recommandées pour la protection osseuse), il existe des indications supplémentaires (par rapport à la population générale) :

- un antécédent de fracture du col fémoral sans traumatisme majeur chez un parent au premier degré ;
- un indice de masse corporelle < 19 kg/m² ;
- une ménopause avant 40 ans quelle qu'en soit la cause ;
- un antécédent de prise de corticoïdes d'une durée d'au moins trois mois consécutifs, à une dose \geq 7,5 mg par jour d'équivalent prednisone.

La densité minérale osseuse (DMO) est comparée à des valeurs de référence. La valeur est comparée à la moyenne d'une population normale de même âge

et de même sexe (Z score) et à la moyenne d'une population d'adultes jeunes (T-score) (tableau 114.1).

Tableau 114.1**Définition de l'atteinte osseuse selon le résultat de l'ostéodensitométrie.**

1. Normal	T-score > -1
2. Ostéopénie	-1 ≥ T-score > -2,5
3. Ostéoporose	T-score ≤ -2,5
4. Ostéoporose sévère	T-score ≤ -2,5 en présence d'une ou plusieurs fractures

T-score : -1 = DMO diminuée de moins un écart type par rapport à celle de l'adulte jeune.

Il y a indication à traiter les femmes ayant une ostéoporose densitométrique avec un T-score < à 3 ou < à 2,5 avec facteur de risque (conditions donnant d'ailleurs droit à un remboursement du traitement avant la survenue de tout évènement fracturaire), ainsi que toutes les patientes ayant une ou plusieurs fractures, le risque de récurrence dans l'année étant au minimum multiplié par 2.

Avant de traiter, il faut prescrire un bilan sanguin pour éliminer d'autres pathologies tumorales ou autre : NFS plaquette, VS, créatininémie, phosphatases alcalines, calcémie et calciurie, phosphorémie et phosphorurie et électrophorèse des protéines plus T4 et TSH.

Traitement

Le capital osseux initial est un élément important du risque ostéoporotique. Il se construit avant la puberté par une alimentation équilibrée, riche en calcium et en vitamine D. La supplémentation « artificielle » à la ménopause reste utopique.

Il convient de boire des eaux minérales riches en calcium : Contrex, Vittel, Hépar (200 à 500 mg/l) et de manger des produits laitiers, riches en calcium.

Après un certain âge, il y a souvent carence et un apport complémentaire est parfois nécessaire : calcium de 500 à 1 000 mg quotidien et vitamine D 400 UI/24 h.

Une exposition solaire d'une heure par jour, tête et bras nus est suffisante pour éviter une carence en vitamine D.

Les œstrogènes, les modulateurs sélectifs des récepteurs aux œstrogènes (SERM), les biphosphonates, le ranélate de strontium et la parathormone permettent d'agir, soit en ralentissant la dégradation osseuse, soit en favorisant la synthèse de l'os.

Le choix d'un médicament contre l'ostéoporose doit prendre en compte différents facteurs :

- degré d'une ostéoporose avérée, fractures préalables ou non, âge et antécédents du patient ;
- mécanismes d'action du médicament (diminution de la destruction et/ou majoration de la reconstruction de l'os) ;
- contre-indications, problèmes de tolérance, prise quotidienne, hebdomadaire, mensuelle ou annuelle ;
- conditions légales de son remboursement ;
- le traitement doit emporter l'adhésion de la patiente car il s'effectue sur le long terme et pour une maladie bien souvent silencieuse.

Pour une femme entre 50 et 60 ans, ménopausée, ostéoporotique sans antécédent de fracture due à l'ostéoporose, deux options sont envisageables.

- En cas de troubles climatiques (bouffées de chaleur), le traitement hormonal substitutif (THS) est une solution légitime pendant quelques années (< 5 ans) à la dose minimale active, en réévaluant régulièrement les bénéfices et risques du traitement (risque cardio-vasculaire, thromboembolique et mammaire).
- En l'absence de troubles climatiques :
 - les SERM et le raloxifène (*Evista* ou *Opruma*) sont une option logique, car le risque de fracture de hanche est faible à cet âge et les bénéfices associés éventuels (effet protecteur pour éviter le cancer du sein) sont intéressants ;
 - en cas de contre-indications aux SERM (phlébite par exemple), ou si la densité osseuse est très basse au col du fémur, le choix se portera plutôt sur un biphosphonate ou sur le ranélate de strontium.

Après 60 ans les biphosphonates ou le strontium (*Protélos*) seront le plus souvent proposés, Une durée initiale de cinq ans semble possible du fait des effets persistant des traitements. L'observance peut être optimisée par certains biphosphonates qui sont de prise hebdomadaire (alendronate : *Fosamax*, *Adrovanse*, ou risédronate : *Actonel*), mensuelle (acide ibandronique : *Bonviva*) voire bientôt pour certains annuelle mais en injectable. Le risque d'ostéonécrose mandibulaire est rare et souvent après utilisation de biphosphonates injectables au cours de pathologies malignes. La place du tériparatide (*Forsteo*), l'hormone parathyroïde recombinante 1-34, reste à définir mais elle est réservée aux femmes après deux fractures vertébrales et pour une courte durée (dix-huit mois). C'est un traitement par injection sous-cutanée quotidienne.

Il n'y a pas d'étude séquentielle et aucune indication à associer les produits entre eux.

Les traitements autres que l'hormonothérapie ne seront remboursés que devant une ostéoporose confirmée ou en présence d'une fracture. L'ostéodensitométrie de contrôle n'est pas conseillée ni remboursée.

Références

www.grio.org: Site du groupe de recherche et d'information sur les ostéoporoses.
afssaps.sante.fr/pdf/5/rbp/ostemarg.pdf: Actualité sur le traitement de l'ostéoporose de 2006.

Question 115

Elle a des pertes abondantes, prurigineuses, que faire ?

La demande

« Docteur, j'ai des pertes et ça gratte. »

Le préliminaire

Des leucorrhées et un prurit évoquent :

- une candidose isolée ;
- une candidose associée à un germe banal ou opportuniste, type corynébactérie, *E. coli* ou streptocoque ;
- une vaginose à *Gardnerella*, à mycoplasmes, à *Chlamydia*, à *Trichomonas*.

Le traitement de l'herpès est abordé dans la question 119.

La première consultation

Le médecin, par l'interrogatoire et l'examen gynécologique recherche :

- **une candidose** : érythème vulvovaginal, leucorrhées épaisses, type lait caillé, prurit vespéral ;
- **une vaginose** : érythème discret, plutôt brûlures que prurit, leucorrhées abondantes liquides et spumeuses, de couleur blanchâtre, avec parfois de nuances de vert ou de gris, fétides ;
- **un herpès** : vésicules ou pustules ou éraillures d'âge différent, pas ou peu de pertes.

Le médecin prescrit un traitement adapté à chaque situation.

Si besoin il réalise un prélèvement bactérien, mycosique ou viral.

Il peut s'agir d'une surinfection, il doit revoir la patiente après guérison ou avant si la disparition des symptômes n'est pas complète. Il recherchera des facteurs de risque de récurrence ou de maladies vénériennes associées.

Le point de vue du gynécologue

Les vulvovaginites sont un motif très fréquent de consultation (un tiers des consultations en gynécologie). Les symptômes sont aigus et les conséquences fonctionnelles cèdent rapidement grâce à l'efficacité des traitements locaux et généraux. Il convient néanmoins de faire un diagnostic rapide et précis pour choisir la thérapeutique. La mycose est la plus fréquente, 75 % des femmes feront un jour une mycose, chaque année, 5 à 15 % de la population féminine feront une mycose ; 5 % d'entre elles auront des mycoses récidivantes (plus de quatre épisodes par an). Il convient néanmoins devant une infection chronique de rechercher d'autres pathologies sous-jacentes. Enfin chez la femme enceinte, les vaginoses et les vaginites associées au portage de streptocoques B peuvent

avoir des conséquences graves pendant la grossesse en particulier la prématurité, les chorio-amniotites et infections materno-fœtales et du post-partum. Il faut également penser aux maladies vénériennes associées.

Diagnostic

Si les symptômes cardinaux des **candidoses vulvovaginales** sont le prurit, associé à des brûlures et des leucorrhées blanchâtres d'aspect caillibottées, d'odeur fade, tous les prurits et les leucorrhées ne sont pas des mycoses. La vulvovaginite associée une fois sur deux est très érythémateuse, vernissée mais œdématisée seulement une fois sur cinq. En pratique, vingt à 40 % des vaginites sont occasionnées par un *Candida albicans*. Elles présentent une particularité, qui tient dans le fait que l'infection n'est que marginalement une maladie vénérienne mais souvent le résultat d'une rupture de l'équilibre de l'écosystème vaginal responsable d'une prolifération anormale de *C. albicans*. Il s'agit généralement d'une accentuation isolée de l'acidité ou d'un déséquilibre microbien aux dépens des lactobacilles.

Il convient donc de rechercher un terrain favorable. La carence œstrogénique, la ménopause, la grossesse et la contraception œstroprogestative, le diabète, l'hyperthyroïdie, mais aussi souvent de mauvaises habitudes d'hygiène ou une antibiothérapie prolongée, sont responsables des mycoses à répétition.

Les vulvovaginites bactériennes et parasitaires constituent un groupe important.

Si la vaginose bactérienne est souvent peu inflammatoire et souvent également secondaire à une disparition des lactobacilles, elle se traduit cliniquement par des leucorrhées malodorantes, grisâtres, abondantes, liquides, avec un prurit aggravé par les rapports et provoquant des dyspareunies et parfois une dysurie. *Gardnerella vaginalis* est le plus fréquent mais le streptocoque B et les bacilles Gram négatif sont également souvent retrouvés.

La vulvovaginite à *Trichomonas* est plus typique avec brûlure, prurit, dyspareunies, elle est très symptomatique les leucorrhées sont malodorantes, abondantes et verdâtres, l'érythème est diffus.

Il convient d'éliminer les autres causes de prurit plus ou moins leucorrhée, la vaginite atrophique de la carence œstrogénique, l'herpès surinfecté ou les condylomes. Il peut également s'agir d'une pathologie sous-jacente le plus souvent surinfectée, comme l'eczéma, le lichen plan ou atrophique, la dermite séborrhéique ou le psoriasis.

Enfin il faut penser à l'endocervicite à *Chlamydia trachomatis* ou à mycoplasme avec recherche par prélèvement sur milieu spécialisé et PCR.

Les prélèvements

Ils ne sont pas systématiques.

Ils sont utiles en cas de doute diagnostique, de suspicion de vulvovaginites microbiennes ou de mycoses à répétition. Penser à faire un endocol sur milieu endocellulaire pour les *Chlamydia*.

Un antibiogramme ou un antimycogramme peuvent être demandés en cas d'échec thérapeutique.

Le dépistage du streptocoque agalactiae B est systématique chez la femme enceinte lors du dernier mois de grossesse (portage chronique de 8 à 20 %).

Il peut être utile de réaliser une biopsie après traitement anti-infectieux, s'il persiste des symptômes ou des lésions.

Le traitement

Il répond à quatre objectifs : traiter l'infection, soulager rapidement la patiente, corriger le déséquilibre de l'écosystème vaginal et informer sur les règles élémentaires d'hygiène.

La mycose

La prescription comprend systématiquement un traitement vaginal sous forme d'ovule et des applications vulvaires biquotidiennes d'une pommade ou d'une crème pour la mycose.

Les spécialités antimycosiques sont nombreuses et à base d'imidazolés, presque toutes sont actives sur l'ensemble des parasites. Il est habituel d'avoir recours au traitement à libération prolongée où un ovule suffit. L'application vulvaire pour une semaine est associée. Le traitement des partenaires est nécessaire s'il présente une symptomatologie.

La vaginite à *Gardnerella* ou à *Trichomonas*

Elle est sensible au métronidazole, il est justifié de conseiller des rapports protégés et un traitement du partenaire.

Le streptocoque B

Il sera traité par de l'ampicilline 1 g \times 3/24 h pour sept jours associée à un traitement local par ovule de *Colposeptine* ou de *Polygynax*.

L'endocervicite à *Chlamydia* ou à mycoplasme

Elle sera traitée par des quinolones de type ofloxacine ou par macrolide utilisant le *Zithromax* 1 g en dose unique.

Les traitements associés

L'action des antimycosiques n'étant pas aussi rapide que la patiente le souhaite, il convient de lui prescrire un traitement du prurit comme le *Gynhydralin* dont le pH est alcalin et le principe actif le glyocolle. Deux applications pendant dix à quatorze jours suffisent.

Parallèlement, il faut traiter le déséquilibre vaginal par l'arrêt d'antiseptiques ou de savons qui en douches vaginales sélectionnent la flore vaginale.

Devant une mycose récidivante il convient d'affirmer l'étiologie candidosique, d'éliminer la participation d'autres germes, de supprimer les facteurs favorisants, et de traiter le partenaire si besoin. Le traitement repose sur des imidazolés de plus longue durée relayé parfois par un traitement œstrogénique local afin d'améliorer la trophicité vaginale. Il faut prescrire parfois un traitement antifongique préventif lors de l'utilisation d'antibiothérapie à large spectre.

Devant une récurrence, il faut rechercher et traiter un foyer digestif par la prescription d'un traitement *per os* pendant cinq jours. Mais il ne faut pas multiplier les traitements généraux.

Un traitement au long cours est parfois nécessaire lors de mycoses péri-mensuelles avec prescription d'ovule à libération prolongée chaque mois ou tous les

dix à quinze jours plus ou moins, associé à des antihistaminiques est possible sur une durée de trois à six mois. Un soutien psychologique est souvent profitable.

Il ne faut pas suspendre une contraception œstroprogestative si elle est peu dosée, en revanche il faut retirer les stérilets.

► **Mots clés** : vaginite ; vaginose ; vulvite ; mycose.

Références

Hewitt J, Pelisse M, Paniel BJ. *Maladie de la vulve*. Medsi-McGraw-Hill, 2004.

Quentin R, Body G, Fignon A *et al.* Les infections vulvocervico-vaginales et leur traitement. *La Revue du Praticien*, 1987, 37(3):75-87.

Question 116

Elle a un prurit vulvaire isolé, que faire ?

La demande

« Docteur, ça me gratte, qu'est-ce que j'ai ? »

Le préliminaire

Le prurit vulvaire, très fréquent, révèle dans la majorité des cas une cause organique qui doit être recherchée par un examen locorégional.

En l'absence d'étiologie organique évidente, ce symptôme a souvent une connotation psychologique importante.

La première consultation

Le médecin, avec empathie, doit permettre à sa patiente de décrire ses symptômes, sans gêne malgré leur localisation.

Il lui fait préciser la sensation de démangeaison conduisant à un grattage, recherche la chronicité ou le caractère aigu des symptômes, l'évolutivité et l'existence de signes associés.

Il examine sa patiente pour connaître l'étiologie du prurit.

Si besoin il réalise un prélèvement bactérien, mycosique ou viral.

Si l'étiologie suspectée le permet, le médecin prescrit un traitement local, sinon devant une persistance ou une récurrence, il demande un avis spécialisé.

Le point de vue du gynécologue

Le prurit vulvaire est le signe fonctionnel le plus fréquent en pathologie vulvaire. Il révèle dans la majorité des cas une cause organique qui doit être recherchée par un examen locorégional. Il fait partie des vulvodynies comprenant les brûlures, les irritations, picotement et autre sécheresse vaginale auxquelles il est souvent associé. Les deux étapes clés de l'enquête nécessaire pour retrouver l'origine de la pathologie sont l'interrogatoire et l'examen clinique.

Le diagnostic

Interrogatoire

Il doit être très précis, il confirme la sensation de démangeaison conduisant à un grattage. Il précise son ancienneté, le prurit récent orientant vers une infection aiguë, le prurit chronique vers un lichen ou une lésion néoplasique. Il est important de préciser le mode évolutif, le siège localisé ou diffus, et l'existence d'une symptomatologie associée : leucorrhées, dyspareunies, brûlure, hémorragie.

Il doit être assez libre pour que la patiente exprime ce qu'elle ressent vraiment et à quoi elle attribue les troubles. Les circonstances déclenchantes sont recherchées,

les antécédents gynécologiques locaux, l'environnement social mais aussi les traitements déjà entrepris seront notés.

L'examen clinique

Il sera minutieux et comportera parfois des photos. L'inspection est le temps majeur, sur le versant cutané et sur la partie muqueuse, il concerne aussi l'anus, le pubis, le périnée et les plis inguinaux. Parfois il est utile de rechercher une anomalie associée du cuir chevelu, de la muqueuse buccale ou des ongles. Il convient de rechercher aussi une vestibulite ou une Bartholinite.

Le généraliste se doit d'éliminer par cet examen les causes simples et les plus fréquentes de prurit qu'il pourra sans problème traiter.

Il est important de distinguer le prurit aigu du prurit chronique.

Le prurit aigu

La vulvite avec vaginite oriente vers une cause infectieuse : candidose aiguë, infection à *Gardnerella vaginalis* ou à *Trichomonas* sont les plus fréquentes et la symptomatologie associée orientera le diagnostic (cf. Question 115).

Les vulvites sans vaginite sont également souvent infectieuses candidose, herpès, condylomes. Il peut y avoir une lichénification provoquée par le grattage intempestif.

L'herpès récurrent est souvent annoncé par un prurit localisé, toujours au même site et parfois à recrudescence prémenstruelle.

Les condylomes sont parfois prurigineux mais souvent cela traduit une surinfection mycosique. Souvent exophytiques acuminés et visibles, ils sont parfois détectés par le seul examen à l'acide acétique à 3 %.

La vulvite caustique est rare et liée à l'effet irritant d'une substance appliquée trop longtemps et de façon trop concentrée. Il y a souvent un érythème important et un des lésions œdématisées voire une ulcération. Il peut aussi s'agir d'une vulvite de contact allergique.

Parfois la vulve est normale et il faut penser à une scabiose ou à une phthiriasse du pubis.

Le prurit chronique

Il regroupe les lésions vulvaires non néoplasiques d'origines dermatologiques, (psoriasis, lichen plan, dermite séborrhéique) ou non spécifiques lichénification ou carentielles lichen scléreuse, et les lésions néoplasiques non invasives (maladie de Bowen, papulose bowénoïde, maladie de Paget) ou invasives : carcinome épidermoïde ou mélanome malin.

Le lichen scléreuse est le plus fréquent, il se manifeste comme une lésion blanche, brillante et atrophique de siège vulvaire interne.

Une lésion rouge ou pigmentée impose une biopsie, car seule l'examen histologique permettra le diagnostic de certitude.

La conduite à tenir

Les prélèvements bactériologiques, mycologiques ou virologiques sont rarement nécessaires mais parfois utile devant une absence d'amélioration sous traitement.

Une biopsie est souvent nécessaire en présence de pathologies chroniques, elle sera le plus souvent réalisée par le dermatologue ou par le gynécologue.

Un traitement local antiprurigineux est souvent nécessaire associé au traitement étiologique :

Parfois seul un antihistaminique permettra d'obtenir la rupture du cercle vicieux, prurit et lichénification.

Le traitement étiologique sera orienté, anti-infectieux devant une surinfection ou dermocorticoïdes de degré 1 ou 2 selon l'atteinte dermatologique en application biquotidienne puis en diminuant très progressivement selon l'efficacité. Ce sera le cas devant un lichen scléreux, une œstrogénothérapie locale pourra être associée selon les cas.

Parfois les traitements se succèdent, traitant d'abord la surinfection puis la lésion sous-jacente.

De même, il pourra être prescrit un lubrifiant lors des rapports et il sera important de rappeler des règles d'hygiène élémentaires.

Le traitement chirurgical avec vulvectomie partielle ou totale sera le traitement des lésions néoplasiques. Il est affaire de spécialiste.

Enfin il existe parfois des prurits rebelles qui doivent conduire en l'absence de lésion à une prise en charge psychologique et qui répondent parfois aux antidépresseurs.

► **Mots clés** : prurit ; vaginite ; lichen ; vulvite ; mycose.

Références

Hewitt J, Pelisse M, Paniel BJ. *Maladie de la vulve*, Medsi-McGraw-Hill, 2004.

Quentin R, Body G, Fignon A *et al.* Les infections vulvocervico-vaginales et leur traitement. *La Revue du Praticien*, 1987, 37(3):75-87.

Hewitt J. Pathologie de la vulve. In : *Gynécologie*. E Papiernick, H Rozenbaum, J Belaisch-Allart (eds) (pp. 616-17). Paris, Flammarion, 1990.

Question 117

Elle a des condylomes vulvaires, que faire ?

La demande

« Docteur, j'ai comme une petite verrue sur la vulve. »

Le préliminaire

L'infection au virus du papillome humain ou HPV du tractus génital est une infection sexuellement transmissible de la femme jeune à partenaires sexuels multiples.

Pour les HPV oncogènes 10 à 20 % des patientes ont un risque évolutif de cancer du col de l'utérus ou de la vulve. Les condylomes, pour leur part sont dus aux HPV non oncogènes.

L'utilisation du préservatif ou la vaccination HPV comportant le 6 et le 11 en sont les seules préventions actuelles.

La première consultation

Le médecin s'enquiert avec empathie des habitudes sexuelles de sa patiente.

Il fait un examen gynécologique (cf. Question 1) qui lui permet de diagnostiquer les condylomes. Il recherchera d'autres localisations condylomateuses (vaginale, cervicale, anale). Il effectuera un frottis cervical.

Il l'adresse au spécialiste devant une condylomatose étendue pour traitement après lui avoir fourni les explications nécessaires.

Sinon, devant deux ou trois petits condylomes, il peut lui proposer de la traiter par L'imiquimod ou *Aldara* en application trois fois par semaine pendant huit semaines, sur les condylomes et sur la zone atteinte.

Il devra demander à la patiente de faire consulter son ou ses partenaires. Il conseillera l'usage de préservatif.

Le point de vue du gynécologue

L'infection au virus du papillome humain ou HPV du tractus génital est une maladie sexuellement transmissible. Les types à faible risque oncogène causent des lésions bénignes : les condylomes acuminés. La prévalence du virus peut varier de 3 à 20 % dans la population générale. Elle varie en fonction de l'âge : 25 à 50 % chez les femmes de moins de 25 ans et 5 à 15 % chez celles de plus de 35 ans. La prévalence de l'infection est directement liée à l'âge de la femme, au nombre de partenaires sexuels et au nombre de partenaires récents. La co-infection par plusieurs génotypes est observée dans 20 à 40 % des cas.

Ces infections sont transitoires, régressant dans 60 à 90 % des cas selon l'immunité naturelle des patientes, dans un délai de huit à quatorze mois. L'importance de la charge virale et la persistance du virus oncogène sont des facteurs d'évolution vers une lésion précancéreuse et cancéreuse du col de l'utérus ou de la vulve. Mais cela ne correspond qu'à 10 à 20 % des patientes.

La prévalence des condylomes acuminés externes est estimée à 1 % des sujets sexuellement actifs. Les condylomes acuminés ont une forte répllication virale et sont beaucoup plus contagieux que les lésions planes. Le risque d'infectiosité est évalué entre 60 et 70 %. Il semble que le tabagisme et la contraception hormonale augmentent le risque par baisse de l'immunité locale. Les préservatifs restent néanmoins la seule prévention possible. Il faut déconseiller le rasage de la région périnéale et insister sur le lavage des mains.

Le diagnostic

L'examen vulvaire sera précis avec réalisation d'un schéma pour la localisation des condylomes. Il doit être aussi complet et comporter l'ensemble du tractus génital mais aussi du méat urétral et de l'anus.

L'examen commencera par la vulve, le vestibule puis le vagin et le col. Il est nécessaire de réaliser un frottis cervical pour traiter les lésions associées.

Les condylomes urétraux sont rares (5 %) mais source de récurrence si l'on ne les traite pas.

Les condylomes anaux sont plus fréquents et constituent 5 % de l'activité des proctologues.

Ils nécessitent parfois une anoscopie notamment chez les patientes immuno-déprimées.

Faciles à identifier, les condylomes acuminés des régions anovulvaires se présentent comme des proliférations épithéliales exophytiques. Le plus souvent asymptomatiques, ils peuvent prendre différentes formes : micropapillaires plus ou moins disséminées, évolution exophytique parfois très volumineuse (en chou-fleur) ou un aspect plan qui est de diagnostic clinique plus délicat. De coloration rose pâle, ils blanchissent après application d'acide acétique. On les retrouve aussi bien dans la région périnéale que vulvaire, vaginale ou cervicale. C'est leur forme exophytique qui leur fait porter le nom de « crêtes de coq ». Ces lésions sont souvent multifocales et il n'est pas rare d'avoir une association de formes différentes suivant les sites touchés. Les types 6 et 11 sont le plus souvent retrouvés. Ce sont des lésions bénignes qui n'ont pas de potentiel oncogène, en dehors de cas exceptionnels. Ils régressent ou guérissent dans la plupart des cas mais, lors d'une grossesse ou d'une immunodépression, on peut observer une extension des condylomes florides, au point de gêner l'accouchement.

L'examen colposcopique vulvaire avec test à l'acide acétique est souvent non nécessaire. Il est utile en revanche avant le traitement pour détecter des condylomes plans.

Le diagnostic différentiel est rare, les molluscums contagiosum et le condyloma lata de la syphilis secondaire ne sont en général pas confondus. Les néoplasies intraépithéliales vulvaires (VIN) sont parfois plus difficiles à différencier, et ce d'autant qu'elle peuvent être associées.

Si la lésion présente une surface plane, hyperkératosique, et/ou pigmentée, il est souhaitable de réaliser une biopsie. Il en est de même après une tentative de destruction locale devant une persistance de la lésion.

Le traitement

Il faut traiter toute surinfection ou vulvovaginite avant de traiter les condylomes. De même le traitement doit être complet pour éviter une récurrence.

Le traitement est local et médical en premier

Le traitement le plus simple est la podophyllotoxine ou *Condyline* qui peut être appliquée par la patiente elle-même selon les localisations. Elle peut être appliquée par la patiente, une à deux fois par jour, trois fois par semaine avec une meilleure tolérance locale qu'avec la podophylline.

L'acide trichloracétique peut aussi être utilisé. Il est important d'être précis et de n'appliquer le produit que sur les lésions pour éviter une brûlure ± ulcération.

Le 5 fluoro-uracile ou *Efudix* ne sera utilisé que sur les condylomes vaginaux.

L'imiquimod ou *Aldara* a un taux de succès de 70 % ; c'est un immunostimulateur, il faut l'appliquer trois fois par semaine jusqu'à disparition des condylomes ce qui prend en moyenne huit semaines. L'application se fera sur la zone atteinte et pas seulement sur les condylomes. Il constitue actuellement le traitement de première intention.

La cryothérapie et le traitement par vaporisation laser sont possibles

Ils sont utiles pour les localisations nombreuses ou les condylomes de grande taille. Le laser nécessite souvent une anesthésie au moins locale en raison de la brûlure intense que l'on retrouve également avec l'azote liquide mais celle-ci est alors plus fugace. Il est important de prévenir la patiente qu'il y aura alors une ulcération dont il faut éviter la surinfection par des soins locaux et le respect d'une hygiène stricte. Parfois même, une résection à l'anse diathermique ou au bistouri est nécessaire.

Le taux de récurrence est variable et dépend de la qualité du traitement initial tant en profondeur qu'en exhaustivité. Il est de 10 à 50 %.

Pendant la grossesse

Pendant la grossesse, les condylomes ont tendance à proliférer rapidement, la *Condyline* et l'*Aldara* sont contre-indiqués. L'acide trichloracétique et la cryothérapie sont utilisés. Le laser est possible pour les cas réfractaires ou extensifs. Il convient dans la mesure du possible de détruire tous les condylomes acuminés avant l'accouchement. La césarienne ne se fera que devant des lésions très importantes et acuminées, le risque étant la papillomatose laryngée chez l'enfant.

Les patientes VIH +

Pour ces patientes, l'infection à HPV est plus fréquente (RR : 2,3) ; Les condylomes sont souvent plus extensifs et volontiers multifocaux. Le taux de CD4 et les antécédents de toxicomanie sont des facteurs de risque. La trithérapie réduit le risque de condylome mais les effets sur les lésions intraépithéliales sont modestes. Ce qui fait soixante-six pour cent d'entre eux récidiveront et il convient de ne pas multiplier les traitements destructeurs. Il faut détecter et traiter les lésions présentant un risque néoplasique, et optimiser les traitements antiviraux.

L'utilisation de vaccin anti-HPV portant sur les types 6 et 11 a fait preuve de son efficacité sur les condylomes en matière de prévention. Le *Gardasil* est le seul sur le marché. Il est préventif et n'a aucune efficacité thérapeutique. Il ne doit être prescrit que chez des patientes naïves au HPV et n'ayant jamais eu de condylome.

Les condylomes sont souvent associés à d'autres maladies sexuellement transmissibles (MST), de telle sorte que devant la découverte d'un condylome, il faudra rechercher d'autres localisations, faire des prélèvements à la recherche d'une autre MST et examiner ou faire examiner le ou les partenaires sexuels.

► **Mots clés** : condylomes ; vulve ; vagin ; grossesse ; HPV.

Référence

www.esculape.com/1sommaireframe.html: condylomes acuminés

Question 118

Elle a une lésion vulvaire, que faire ?

La demande

« Docteur, j'ai une plaque de couleur anormale sur la vulve. »

Le préliminaire

On distingue trois types de lésions en fonction de leur couleur :

- blanches ;
- rouges ;
- pigmentées.

Elles nécessitent presque systématiquement une biopsie.

Prenez connaissance de l'arbre décisionnel dans la réponse des spécialistes (figure 118.1).

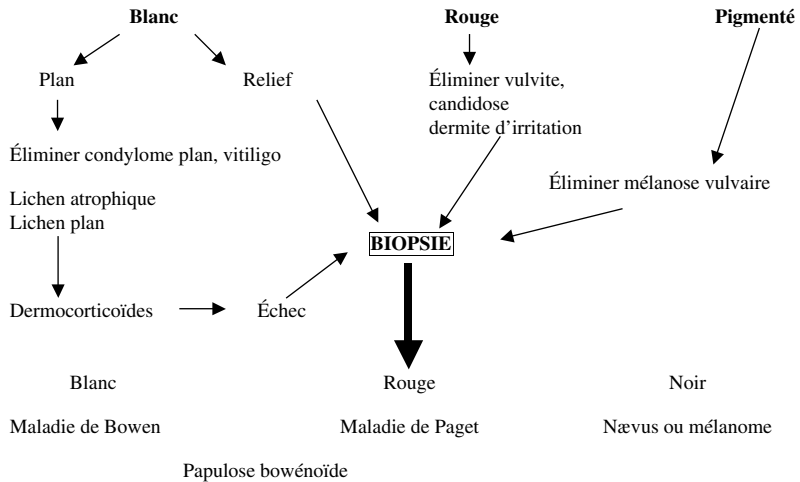


Fig. 118.1
Stratégie diagnostique en fonction du type de lésion vulvaire.

La première consultation

Le médecin procède avec empathie et discrétion à un interrogatoire précis.

Il recherche des symptômes et leur ancienneté.

Selon l'étiologie suspectée, il peut réaliser des prélèvements bactériologiques, viraux ou mycologiques.

Le médecin, après avoir examiné la patiente, l'adresse au spécialiste pour biopsie et traitement.

Devant une surinfection évidente, il peut prescrire un traitement local. Il en est de même pour un antiprurigineux.

Le point de vue du gynécologue

Les signes fonctionnels liés à la pathologie vulvaire sont peu spécifiques, il convient donc devant une lésion vulvaire de bien la décrire pour la faire rentrer dans un cadre d'hypothèse diagnostique.

Les infections vulvaires et les condylomes ont déjà été évoqués, nous centraliserons donc cette question sur les pathologies gynécologiques vulvaires. Schématiquement, il est possible de distinguer trois types de lésions, blanches, rouges et pigmentées.

Les lésions blanches

Les lésions blanches sont en général des lichens, plan ou scléreux, des dysplasies sévères VIN (*vulvar intraepithelial neoplasia*, ou néoplasie intraépithéliale) 3, secondaires à une infection HPV, mais il peut aussi s'agir de lichénification ou de vitiligo.

Les infections à HPV

Au niveau vulvaire, l'infection virale à HPV peut de la même façon être associée à une VIN (*vulvar intraepithelial neoplasia* [néoplasie intraépithéliale vulvaire]). Ces néoplasies sont également liées à des HPV oncogènes. On distingue les lésions dysplasiques touchant toute l'épaisseur de l'épithélium (VIN indifférencié) qui sont associées aux HPV des lésions uniquement basales qui sont le fait d'une lésion non viro-induite. Tous les cancers *in situ* vulvaires histologiquement confirmés ne deviennent pas invasifs. Pour cette raison, leur traitement n'est pas uniforme.

Le VIN3 atteint des femmes de plus en plus jeunes. La médiane d'âge est passée de 60 ans entre 1970 et 1974 à 45 ans entre 1975 et 1980 et le rajeunissement ne cesse de s'accroître.

La maladie de Bowen

Elle atteint le plus souvent la femme ménopausée (moyenne d'âge 55 ans avec des extrêmes allant de 30 à 80 ans).

Le début est insidieux, souvent méconnu car asymptomatique, puis la maladie se manifeste par : dans 50 % des cas, un prurit vulvaire modéré, localisé à la zone atteinte, avec des brûlures vulvaires et plus rarement une dyspareunie.

L'aspect clinique est assez monomorphe. La lésion est unifocale dans la majorité des cas (86 % des cas). Elle siège sur les petites lèvres, les grandes lèvres, la fourchette ou le vestibule. L'atteinte de la région périnéale est beaucoup plus rare.

Au début, c'est une petite plaque qui est érythroplasique, mais rapidement elle devient blanche en bordure de la zone muqueuse, plus épaisse, leucoplasique.

À un stade plus évolué, la lésion forme un large placard aux limites précises, parfois polylobées, polymorphe, souvent bigarré : érythroleucoplasique, avec une bordure parfois pigmentée. La surface est un peu irrégulière, vallonnée et tend à se fissurer. Elle est plus épaisse par endroits à la palpation.

Le test de Collins au bleu de toluidine peut être utile pour guider la biopsie et rechercher d'autres foyers bowéniens débutants par la persistance des taches bleues après lavage de la vulve et du périnée au sérum physiologique.

Toutes les lésions blanches doivent être biopsiées.

La maladie de Bowen vulvaire n'a aucune tendance à la régression spontanée. L'extension superficielle, en surface, progresse lentement. Elle peut rester muqueuse ou devenir cutanée et atteindre le périnée voire la région périnéale.

L'extension en profondeur : la micro-invasion puis l'invasion du derme sous-jacent sont toujours à craindre. Elles évolueront dans 20 % à 30 % des cas vers un épithélioma épidermoïde. Ce potentiel évolutif apparaît corrélé avec l'âge. Les carcinomes évolutifs sont exceptionnels avant 45 ans. La présence d'une zone nodulaire ou infiltrée à la palpation doit faire craindre cette éventualité.

La papulose bowénoïde

Elle survient le plus souvent chez la femme jeune en période d'activité génitale (moyenne d'âge 30 ans avec des extrêmes allant de 19 à 66 ans). Les lésions sont multifocales, multicentriques, dispersées dans plus de 70 % des cas, affectant non seulement la vulve, les plis génitocruraux, le périnée, la marge anale voire les fesses.

Cliniquement, les lésions sont polymorphes : Les lésions papuleuses sont saillantes, sans caractère acuminé de couleur variable : grise, rose et parfois pigmentées.

Les lésions exophytiques voire pédiculées sont proches des condylomes mais sans caractère acuminé. Leur coloration est rosée ou pigmentée. Elles peuvent être confondues avec des verrues séborrhéiques.

Les lésions leucokératosiques se présentent comme de petites plaques ayant un caractère plus opalin et plus transparent que les lésions leucoplasiques.

L'évolution de la papulose bowénoïde est habituellement lente et bénigne. Des régressions spontanées peuvent même s'observer, en particulier après un accouchement. Les lésions peuvent rester stables, peu nombreuses ou au contraire s'étendre, devenir diffuses en vastes placards mamelonnés et bigarrés. L'extension en profondeur est exceptionnelle. Quelques rares cas de transformation invasive ont été signalés chez la femme jeune, chez des femmes immunodéprimées.

Un bilan d'extension est nécessaire, il comporte : la palpation des aires ganglionnaires inguinales, un examen gynécologique complet clinique avec frottis de dépistage cervicovaginaux et coloscopie. Des anomalies du col utérin sont observées dans 50 % des cas de papulose bowénoïde et seulement dans 15 % des cas de maladie de Bowen. Il en est de même pour les condylomes.

L'examen du ou des partenaires retrouve une atteinte à type de condylome ou de papulose bowénoïde dans 30 % des cas de papulose bowénoïde et dans moins de 5 % des cas de maladie de Bowen.

Traitement

Le laser CO₂ procure de bons résultats mais il dispense de tout contrôle histologique et peut méconnaître une invasion. Il est réservé aux formes occultes ou parfois aux récidives.

Le traitement de la maladie de Bowen est donc essentiellement chirurgical. Il est indispensable que toute la lésion soit l'objet d'un examen histologique complet pour contrôler les limites de l'exérèse et surtout pour ne pas méconnaître une invasion. L'exérèse doit être complète mais limitée. Elle n'a pas besoin d'être profonde puisque en principe la lésion n'a pas franchi la membrane basale. Les récidives s'observent dans 10 % des cas lorsque la résection a été faite *in sano*, dans 50 % des cas lorsque les berges sont pathologiques.

Le traitement de la papulose bowénoïde doit être encore moins agressif : il comporte soit l'exérèse simple, soit la vaporisation au laser CO₂, ou un traitement médical, le 5-fluoro-uracile à 5 % (*Efudix*). La vaporisation au laser CO₂ se fait sur une profondeur de 1 mm en zone non pileuse et de 2 mm en zone pileuse par rapport à l'épithélium normal adjacent.

Il y a récurrences dans 20 à 30 % des cas : elles peuvent être observées dix ans ou plus après le traitement.

Les lichens

Le lichen scléro-atrophique est fréquent chez la femme âgée, il s'accompagne de prurit et de lésions de grattage. La peau est pale et mince ; les petites lèvres sont atrophiques ou ont totalement disparu. Si la peau est épaisse et avec infiltration du derme il s'agit d'une dystrophie hyperplasique.

La biopsie est nécessaire devant une telle dystrophie hyperplasique ou mixte.

Le traitement est un antiprurigineux local et parfois général associé à un dermocorticoïde puis à des androgènes locaux.

Le lichen plan est caractérisé par des lésions leucoplasiques en réseau, il est souvent associé à des lésions buccales. Il est en général peu symptomatique. Son traitement est basé sur les dermocorticoïdes.

Le vitiligo

Cette affection atteint volontiers les muqueuses génitales de façon isolée. Il y a disparition des mélanocytes. Il est asymptomatique et ne nécessite pas de traitement.

Les lésions rouges

Les plus fréquentes sont les vulvites et érythème vulvaire par irritation ou candidose. Il peut s'agir aussi d'une dermatose (psoriasis, dermatite atopique ou dermatite séborrhéique).

La papulose bowénoïde est parfois rouge, mais il s'agit surtout de **la maladie de Paget vulvaire**.

Elle atteint surtout les femmes entre 30 et 50 ans. L'aspect est celui d'une plaque érythroleucoplasique mal limitée, s'étendant en surface en tache d'huile sur la muqueuse mais aussi sur la peau. Un prurit ou des brûlures résistants progressivement au traitement est caractéristique.

La biopsie fera le diagnostic. Les lésions vulvaires peuvent évoluer ou être associées à un adénocarcinome. Celui-ci peut être vulvaire mais aussi à distance (sein, côlon, urogénitale).

Il faut le rechercher lors du diagnostic mais aussi à distance au cours de l'évolution car il peut y avoir un décalage entre l'apparition du Paget et celle de l'adénocarcinome. Le traitement repose sur l'exérèse mais elle ne doit pas être mutilante car la récurrence est fréquente et ne dépend pas des marges d'exérèse.

Le lichen plan peut aussi être rouge.

Enfin la vulvite à plasmocyte de Zoon est rare, d'évolution chronique mais bénigne. Elle est liée à des dépôts de fer dans le chorion.

Les lésions pigmentées

Les lésions pigmentées non mélaniques sont les papuloses bowénoïdes liées à un HPV oncogène.

Les mélaniques :

- les mélanoses vulvaires sans hyperplasie mélanocytaire, ce sont la maladie de Laugier avec atteinte vulvaire, inguinale et buccale qui ne dégénère jamais, les pigmentations raciales et les pigmentations post-traumatiques après accouchement ou au décours d'un lichen ;
- les mélanoses vulvaires hyperplasiques ou lentigo dont il faut faire biopsie ;
- les nævus nævocellulaires qu'il faut retirer car la surveillance à ce niveau est difficile ;
- le mélanome vulvaire, rare mais classique.

► **Mots clés** : cancer ; vulve ; dysplasie ; Bowen ; vulvite ; prurit.

Références

- Hewitt J. Pathologie de la vulve. In: *Gynécologie*. E Papiernick, H Rozenbaum, J Belaisch-Allart (eds) (pp. 616-17). Paris, Flammarion, 1990.
- Pelisse M. Cancers vulvaires. *Concours Médical*, 1987, 30(5):109-21 (1940-1944).
- Pelisse M. Dysplasies sévères de la vulve: aspects cliniques et thérapeutiques. In : *Les infections génitales à Papillomavirus (HPV)*. Bernard Blanc (éd.) (pp. 133-4). Paris, Arnette, 1990.
- Paniel BJ, Latrous M. Les cancers *in situ* de la vulve. Diagnostic et traitement. In : *Pathologie de la vulve et du vagin*. B Blanc (ed.) (pp. 254-69). Paris, Vigot, 1992.

Question 119

Elle a des brûlures vulvaires très intenses

La demande

« Docteur, ça me brûle, c'est horrible ! »

Le préliminaire

Devant des brûlures urinaires et/ou vulvaires, un examen gynécologique doit être systématiquement pratiqué à la recherche d'une possible infection sexuellement transmissible (IST). L'herpès est à évoquer de principe.

La première consultation

L'interrogatoire va permettre de préciser le mode de survenue, les circonstances déclenchantes, la notion de récurrence et l'existence d'une automédication générale ou locale.

Il détermine le délai séparant la date du rapport et les premiers symptômes, et il évalue l'état général de la patiente et ses antécédents (IST, terrain). Il faudra penser à évaluer le comportement sexuel de la patiente. Le médecin fera un examen génital anal et buccal. À l'examen de la vulve on retrouvera des lésions bulleuses ou des ulcérations génitales. Le médecin recherchera des adénopathies satellites ou générales. On devra toujours vérifier l'existence éventuelle d'IST associées.

Le point de vue du gynécologue

C'est une maladie fréquente : on estime que 15 % à 30 % de la population sont porteurs de cette infection virale. Une étude de séoprévalence des anticorps anti-HSV2 (*herpes simplex virus*), selon l'étude Herpimax présentée à l'ICAAC en octobre 1999, suggère que 16 % de femmes sont séropositives pour le virus HSV2.

Seules 20 % à 30 % des patientes séropositives sont symptomatiques. Environ 20 % sont asymptomatiques pures et 60 % restent non diagnostiquées, car elles présentent des symptômes atypiques. Les herpès génitaux dus à HSV1 ne sont pas, eux, chiffrables actuellement. Les herpès génitaux imputables à HSV2 sont de l'ordre de 60 % à 80 %.

La transmission est sexuelle, que la patiente soit symptomatique ou non.

Le diagnostic repose, sur la clinique, mais aussi sur la culture cellulaire par PCR/typage qui différencie HSV1 et HSV2, avec prélèvement des vésicules ou des zones rouges, en grattant et perçant la vésicule par un écouvillon qui sera transporté au laboratoire sur milieu de culture adapté pour lecture rapide.

Seule la primo-infection nécessite un diagnostic de certitude ; le prélèvement n'a pas besoin d'être renouvelé à chaque fois devant des crises répétées. Il en est de même pour la sérologie.

La sérologie a comme seul intérêt la prévention de la transmission mère-enfant ; elle permet de différencier HSV1 et HSV2 et témoigne d'une rencontre avec le virus.

Elle permet de dater l'infection en cas de séroconversion ou de présence d'IgM mais manque de spécificité.

Le traitement de référence repose sur les molécules antivirales administrées précocement :

- lors de la première poussée, valaciclovir 250, 500 mg × 2 par jour pendant sept jours associés à des antalgiques si nécessaire ;
- en cas de poussées récurrentes, on prescrira 250 mg deux fois par jour au long cours, pour une durée minimale de six mois avec réévaluation ensuite.

La prévention, qui constitue un axe prioritaire compte tenu de l'existence de nombreux cas asymptomatiques, passe par des mesures d'éducation sanitaire de la population et par l'utilisation des mesures classiques de prévention des IST (préservatifs, abstinence en période de poussée, etc.).

► **Mots clés** : herpès ; valaciclovir ; vésicule ; brûlure.

Références

OMS, 2007.
Anaes, 2002.

Question 120

Elle ne peut plus s'asseoir, elle a un abcès d'une grande lèvre

La demande

« Docteur, en faisant ma toilette, j'ai découvert une boule au niveau de la vulve. J'ai peur du cancer, j'ai mal. »

Le préliminaire

Chez une femme qui présente une tuméfaction douloureuse d'une grande lèvre, il faut suspecter une bartholinite, pathologie fréquente et bénigne de la femme en activité génitale.

La bartholinite est une infection qui survient sur un kyste préexistant des glandes de Bartholin ; elle réalise le tableau d'un abcès du périnée.

Il est nécessaire de savoir que la bartholinite est susceptible de survenir durant la grossesse.

La première consultation

La patiente se plaint d'une douleur périnéale vive, empêchant tout rapport et gênant la marche et d'une sensation de pesanteur intense et pulsatile.

Le médecin vérifie la température qui peut être élevée.

Si à l'examen, il existe une tuméfaction rouge et très douloureuse au niveau de la grande lèvre concernée, cela signifie qu'il peut y avoir une vaginite microbienne associée.

■ **S'il n'existe pas de signe de collection**, un traitement médical antibiotique est prescrit à la patiente : amoxicilline + acide clavulanique : 3 g par 24 heures pendant dix jours ou, en cas d'allergie à la pénicilline, de la pristinaïmycine à la même dose et on associera un traitement anti-inflammatoire à visée antalgique ; la patiente sera revue à 48 heures pour juger de l'évolution.

■ **S'il existe une collection**, elle peut se rompre spontanément ou bien nécessiter un traitement chirurgical en urgence ; elle doit être revue après la guérison de la phase aiguë ; s'il persiste un kyste il faut l'adresser au chirurgien pour procéder à l'ablation totale de la glande pour éviter les récurrences.

Le point de vue du gynécologue

Les bartholinites représentent la pathologie kystique infectieuse vulvaire la plus fréquente. Elles concernent 2 % des femmes. Elle relève d'un traitement médico-chirurgical qui doit respecter certaines règles pour éviter de rares complications graves. Le traitement, souvent administré en urgence, fait appel aux anti-inflammatoires, aux antibiotiques ou à une incision chirurgicale suivie, avec marsupialisation ou drainage au choix de l'opérateur.

Le diagnostic est facile devant l'apparition rapide d'une tuméfaction douloureuse située dans l'épaisseur de la grande lèvre, dans sa partie inférieure et interne. Souvent associée à de la fièvre la tuméfaction est souvent importante, pouvant mesurer jusqu'à 8 cm, entraînant une douleur lancinante et pulsatile. Cette masse est érythémateuse, inflammatoire et croît rapidement.

Le seul examen qui doit être pratiqué, lors de la fistulisation ou de l'incision, est un prélèvement bactériologique du pus contenu dans l'abcès lors de la fistulisation ou de l'incision. Ce prélèvement permet de rechercher le germe responsable afin d'adapter le traitement antibiotique.

L'évolution des pratiques sexuelles a modifié complètement l'écologie des abcès de la glande de Bartholin, avec une prédominance relative des bactéries d'origine digestive par diminution des germes des infections sexuellement transmissibles : 34 % des cultures sont positives aux bactéries Gram négatif (deux tiers *Escherichia coli*, un tiers *Proteus* sp.) et 50 % ont une flore polymicrobienne ou avec des anaérobies. Une bartholinite bilatérale fait suspecter la présence d'un gonocoque.

La prise en charge

Lorsqu'il s'agit d'un début de bartholinite, un traitement médical associant des antibiotiques et des antalgiques doit être tenté. Les antibiotiques doivent couvrir les germes les plus fréquents (bacilles Gram négatif, entérobactéries et germes anaérobies). Par exemple, on pourra administrer des aminopénicillines et inhibiteurs de bêtalactamases ou des nitro-imidazolés. Une antibiothérapie probabiliste à large spectre et des soins à base d'antiseptique (*Dakin*, *Betadine*, etc.) s'imposent devant une forme *a priori* infectée non abcédée.

L'absence d'amélioration dans les 72 premières heures ou l'évolution vers une forme collectée abcédée nécessitera, en urgence, une prise en charge chirurgicale.

Le traitement d'urgence fait alors appel à l'incision-drainage ou à la marsupialisation : il s'agit de procédures rapides et simples, avec un risque de récurrence identique dans les deux cas s'élevant de 5 à 15 %.

Le traitement chirurgical doit être pratiqué lorsque l'abcès est « bien collecté ». Il s'agit d'une « incision et drainage », effectués sous anesthésie générale. L'incision est pratiquée au niveau du **sillon nympho-hyménéal** (sillon situé entre l'hymen et la petite lèvre). Le chirurgien pratique l'évacuation de l'abcès et un lavage de la loge avec un antiseptique.

Afin d'éviter une récurrence précoce due à une fermeture trop rapide de la peau, il est nécessaire de maintenir une ouverture de l'abcès pendant plusieurs jours. Cela peut se faire par la **marsupialisation** qui érève les berges de l'incision en les suturant avec la peau. Il peut préférer un drainage simple en laissant une lame de Delbé, par exemple en matière synthétique, qui laisse s'écouler à son contact les humeurs et permet le lavage biquotidien de la loge de l'abcès. Cette lame sera retirée après 48 heures.

En phase aiguë, la glande de Bartholin est généralement laissée en place, car son ablation dans ce contexte est source de complications.

Une antibiothérapie *per os* à large spectre, à adapter à l'antibiogramme, sera prescrite en postopératoire pour une semaine. La patiente sera revue en consultation à huit jours puis à un mois. Les antalgiques de niveau 1 sont souvent inefficaces et peuvent rapidement être remplacés par des antalgiques de niveau 2, voire 3.

On recherchera également des tares ou des facteurs de risque associés, faisant craindre la survenue de complications et nécessitant la plus grande vigilance : diabète, corticothérapie ou antibiothérapie au long cours, grossesse, maladies ou infections responsables d'immunosuppression.

Enfin, certaines publications récentes font état de la mise en place d'un cathéter de drainage de type Word : celui-ci est introduit dans l'abcès par une petite incision sous local et gonflé, après que l'abcès a été vidé ; l'objectif est de créer une réépithélialisation autour du cathéter à ballonet formant ainsi un nouvel orifice ou canal excréteur. Cette technique semble avoir de bon résultat tout en étant plus simple que la marsupialisation.

L'ablation de la glande ou **exérèse de la glande de Bartholin** est habituellement indiquée après une première récurrence. Elle est pratiquée « à froid », en dehors d'un épisode infectieux. Elle n'est réalisable que devant un kyste résiduel, bien palpable à l'endroit de la bartholinite. Il faut toujours adresser en histologie ce kyste ou nodule, même si l'incidence du cancer de la glande de Bartholin demeure très faible (0,114/100 000).

Les complications sont dominées majoritairement par les récurrences, estimées entre 5 à 15 %, après marsupialisation ou drainage. De façon plus rare (moins de 5 %), mais plus grave, peuvent survenir des hématomes, des septicémies, des cellulites ou fasciites de la fesse, et à long terme des douleurs chroniques ou des dyspareunies.

► **Mots clés** : bartholinite ; abcès ; drainage ; infection.

Références

Omole F, Simmons B-J, Hacker Y. Management of Bartholin's duct cyst and gland abscess. *Am Fam Physician*, 2003, 68:135-40.
www.docteur-benchimol.com

Index

A

Abandon, 256-9
Abcès, 460
Abcès de paroi, 155
Abcès mammaire, 88
Accident vasculaire cérébral (AVC), 247, 432
Accouchement, 10, 256, 257-8
Aciclovir, 62, 63
Addiction, 11, 112, 115, 192
Adolescence, 174, 196
Adoption, 256, 257, 258, 275-7
Âge maternel, 21
Agression, 262-6
Alcool, 115, 117
Algies pelviennes, 227, 330, 387
Alimentation, 107
Allaitement, 141, 143, 145, 147, 207-10
Aménorrhée, 161, 162
Aménorrhée primaire, 177, 183
Amniocentèse, 13, 16, 20, 64, 66
Analogue de GnRH, 181, 182
Anisoméorrhée, 295-6
Anorexie mentale, 179, 185
Antalgiques, 128
Antibiotiques, 126
Antidépresseur, 166
Antihistaminiques, 129
Antihypertenseur, 100
Antitussifs, 130
Antivitamines K (AVK), 93, 96
ASCUS, 288, 292
Asphyxie périnatale, 27
Aspiration, 36, 45, 46
Atrophie de l'endomètre, 158, 159
Avortement, 34
AZT, 76, 77

B

Bartholinite, 460, 461, 462
Basedow, 109, 110, 111
Benzodiazépines, 124-5
Bicorne, 279
Biphosphonate, 439

Bowen, 454, 455
Brûlure, 458

C

CA, 125, 395, 396
Cancer, 395, 409, 454
Cancer d'intervalle, 353
Cancer de l'endomètre, 310, 315, 316, 317, 318-22, 426
Cancer de l'ovaire, 395
Cancer du col, 284, 285, 289, 331, 405
Cancer du sein, 354, 362, 371, 375, 412
Cancer du sein chimiothérapie, 88
Cardio-vasculaire, 431, 433, 434, 435
Certificat, 260-1, 262, 265
Cervarix, 332
Césarienne, 62, 77
Chirurgie, 344-5
Chlamydia, 383, 384, 385
Cholestase, 91
Cholestérol, 232, 233, 238, 247
Cloison, 278, 279
Coagulation, 242-5
Coelioscopie, 298, 300, 380, 388, 389, 393
Complication précoce, 142
Complications, 33
Complications post-chirurgie, 380
Condylomes, 449, 450, 451, 452
Consultations préconceptionnelles, 189
Contraception, 194-9, 200-3, 207-10, 220, 221, 229-31, 232-4, 235-8, 239-41, 242-5, 246-9, 263, 311
Contraception postcoïtale, 212
Coqueluche, 136
Couple, 8, 9, 10
Croissance, 173, 181
Cystocèle, 344
Cytoponction, 354

D

Décollement décidual marginal, 27
Défèrent, 253
Délai, 33
Délignature, 250-3

Dépistage, 8, 15, 16, 57, 103, 193, 199, 285, 286, 288, 289, 331, 348, 351, 375
 Dépression, 11, 142, 163, 164, 165, 166
 Diabète, 101, 191, 229-31, 434
 Diagnostic anténatal, 13, 68, 72
 Diagnostic prénatal, 53
 Dispositif intra-utérin (DIU), 28, 29, 325
 Douleur abdominale, 150, 152
 Drainage, 460, 461, 462
 Dysgénésie gonadique, 179, 184
 Dysménorrhée, 174, 176, 294-5, 297, 298
 Dyspareunies, 328, 329-30
 Dysplasie, 289, 454
 Dystrophie ovarienne, 300, 302, 303

E
 Échographie, 5, 17, 18, 38, 39, 54, 225, 268, 270, 272, 274, 278, 280, 297, 298, 299, 301, 302, 303, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 312, 316, 317, 355, 360, 395, 397, 423-4, 427
 Échographie endovaginale, 388, 389
 Écoulement mamelonnaire, 362
 Ectasie galactophorique, 365
 Endométriose, 270, 297, 298, 299, 329, 330
 Endométrite, 45, 49, 141, 142, 153, 154, 156, 158, 159, 227, 228, 324, 325, 327
 Entretien du quatrième mois, 8
 Entretien médico-psychosocial, 8
 Épilepsie, 125, 239-41

F
 Fausse couche, 38, 49, 40, 44, 48, 51
 Fibrokystique, 358, 360
 Fibrome, 302, 306, 307, 309, 310
 Fièvre, 78, 79, 142
 14 SA, 31, 32
 Fracture, 436
 Frottis, 284-8, 289
 Frottis cervico-utérin, 289-92

G
 Galactographie, 364
Gardasil, 332
 Gémellaire, 17, 18, 19
 Génétique, 350
 Gonocoques, 218-19, 383, 384
 Grippe, 135
 Grossesse, 4, 5, 6, 8, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 28, 29, 60, 61, 62, 63, 66, 67, 68, 72, 75, 76, 77, 79, 80, 84, 85, 87, 88, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 101, 102, 105, 107, 109,

110, 111, 115, 116, 117, 120, 121, 123, 124, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 134, 135, 336, 450, 451
 Grossesse extra-utérine (GEU), 28, 29, 38, 39, 41, 42, 112, 381, 387, 388

H
 hCG, 39, 42, 382
 Hématome rétroplacentaire, 23, 24
 Hémorragie de la délivrance, 27
 Héparine, 96
 Héroïne, 132
 Herpès, 60, 384, 458
 Hormonothérapie, 402, 406, 412, 413, 417, 425, 430, 433, 435
 HPV, 289, 331
 Hymen, 261
 Hyperandrogénie, 184
 Hyperplasie atypique, 374
 Hypertension, 98
 Hypertension artérielle (HTA), 236, 237
 Hypertension artérielle chronique, 190
 Hyperthyroïdie, 109, 110, 111
 Hypogonadisme, 274
 Hypogonadisme hypogonadotrope, 178
 Hypogonadisme hypergonadotrope, 179, 184
 Hypoplasie, 279-80
 Hypothyroïdie, 109, 111
 Hystérocèle, 344
 Hystéroscopie, 307, 316, 427

I
 Immunoglobulines anti-D, 39, 40
 Immunologique, 52
 Impubérisme, 178, 184
 Incidence, 353
 Incontinence, 343, 344, 345
 Incontinence anale, 337, 338, 340
 Incontinence urinaire, 337, 340, 342
 Incontinence urinaire rééducation, 338
 Infarctus, 432
 Infection génitale haute, 388
 Infection sexuellement transmissible (IST), 383
 Infections, 78, 80, 266, 384, 385, 460, 461, 462
 Infertilité, 269, 273, 277
 Insuline, 101, 102
 Interruption médicale de grossesse, 16, 53
 Interruption volontaire de grossesse (IVG), 31, 34, 44, 47, 212

K

Kystes ovariens, 302, 303, 382, 390, 392, 393

L

Lésion intra-épithéliale, 292

Lichen, 446

Ligature tubaire, 251

Listeria, 78, 81

Lymphangite, 145

Lymphodème, 369

M

Macrobiopsie, 371, 373

Maladies sexuellement transmissibles (MST), 452

Malformations, 14, 15, 54

Mammographie, 349, 350, 351, 355, 360, 368, 414, 415, 416

Mammotome, 374

Marqueurs sériques, 13

Mastodynies, 87, 146, 358, 359, 361

Mastopathie, 358, 360

Médicaments, 120, 123, 126

Ménarche, 173, 175, 182

Ménopause, 402, 405, 416, 417, 419, 420, 421, 422, 426

Ménorragies, 174, 175, 205, 305-7, 424

Métastase, 367

Méthadone, 132

Méthotrexate, 42

Métrorragies, 23, 205, 225, 308-10, 423, 426, 428

Microbiopsie, 356, 371

Microcalcification, 371

Mifégyne, 49, 56

Mifépristone, 35, 36, 37

Mineure, 32

Misoprostol, 35, 36, 37, 49

Mortalité, 348, 349, 353

Mutation génétique, 377

Mutations génétiques BRCA 1, 375

Mycose, 442, 444, 448

N

Nuque, 16, 20, 21

O

Obésité, 105, 106

Obstacle, 274

Œstrogène, 402, 403, 410

Œstroprogostatifs, 196-7, 199, 202, 229, 230, 231, 233, 235, 237, 239, 240, 241, 242, 294, 406

Oncogénétique, 376

Ostéodensitométrie, 436

Ostéoporose, 416, 417, 436

Oubli, 198, 199

Ovaire, 270, 409

Ovulation, 269, 270

P

Papillomavirus humains (HPV), 331, 332, 449, 451

Papillome, 365

Pathologie thromboembolique pelvienne, 156

Pathologie tubaire, 304

Pemphigoïde gestationis, 90

Pilule, 204, 205

Pilule du lendemain, 211-14

Placenta prævia, 24

Polype, 307, 310

Post-partum, 142, 150, 151, 154, 155, 157, 160, 161, 163, 164, 165, 166, 208, 209, 336

Pré-éclampsie, 99

Prématuré pubarche, 181

Prématuré thélarche, 181

Préménopause, 350

Préparation à la naissance, 9

Préservatif, 194, 197, 198, 215

Prévalence, 353

Prévention, 377

Progestatif, 230, 232, 233, 235, 236, 237, 242, 244, 246, 247-8, 361, 403

Prolapsus, 339, 340, 343, 344, 345

Prurit, 90, 91, 92, 446, 447, 454, 456

Psychose, 163, 164, 167

Puberté, 172, 173, 177, 178, 180-2, 184

Puberté précoce centrale, 182

Puberté prématurée, 173

Pyélonéphrite, 80

Pyométrie, 327

Pyramidectomie, 364

R

Raloxifène, 414, 420, 439

Rectocèle, 344

Rééducation, 339, 341

Reperméabilisation, 253

Réseau, 10

Retard de croissance, 98, 99

Retard de croissance intra-utérin, 113

Retard pubertaire, 177, 178-9, 184

Rétention, 46, 47, 49, 50, 325, 327

Rétention placentaire, 158
 Rubéole, 68, 135, 136, 192

S

Salpingite, 324, 325-6, 327
 Sein, 143, 148, 149, 367, 371, 373
 Sérologie, 6, 7, 65, 69, 71
 Sevrage, 114, 115, 117, 148, 149
 Sheehan, 161, 162
 Sida, 76
 Soja, 419
 Spanioménorrhée, 174, 175
 Spermogramme, 272, 273-4
 Spotting, 205
 Stades avancés, 397
 Stades précoces, 397
 Stérilet, 29, 202, 204, 220-2, 223-5, 226-8, 229, 232, 239, 241, 242, 245
 Stérilet du lendemain, 214
 Stérilité, 276
 Strontium, 439
Subutex, 131
 Surveillance, 291, 292, 318-22, 367, 368, 382, 395
 Syndrome d'alcoolisation fœtal, 116
 Syndrome des ovaires polykystiques (SOPK), 184
 Syphilis, 218, 384, 385

T

Tabac, 112, 114, 238, 246, 247, 248
 TDM, 397
 Techniques, 32-3
 Thrombophilie, 52, 93, 242, 243, 429, 430
 Thrombose, 429, 430
 Tibolone, 419-20
 Torsion annexielle, 389
 Toxicomanie, 132
 Toxoplasmose, 4, 64, 192
 Traitement hormonal, 322, 409, 410

Traitement hormonal substitutif (THS), 400, 409, 412, 415, 418, 422, 423, 424, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 436
 Traitement médical, 43, 49
 Tranchées utérines, 150-1
 Trichomonas, 384
 Triglycérides, 233
 Trisomie 21, 4, 20, 21
 Trompe, 250-2, 270
 Troubles du cycle menstruel, 296
 Tumeur hypothalamo-hypophysaire, 182, 185
 Tumeur ovarienne, 181
 Tumeur surrénalienne, 182
 Turner, 178, 185

U

Utérus, 51, 278, 279, 280, 315-17, 318-21, 405

V

Vaccin, 134, 331
 Vaccin cancer du col, 333
 Vacciner, 192
 Vagin, 450
 Vaginite, 442, 443, 444, 447
 Vaginose, 442, 443
 Valaciclovir, 459
 Varicelle, 72, 135
 Vasectomie, 251, 252
 Vésicule, 458
 VHB, 217
 VHC, 75, 217
 Viol, 262
 Virginité, 260-1
 Virus de l'immunodéficience humaine (VIH), 75, 215, 217, 218
 Vomissement, 84, 85, 86
 Vulve, 449, 450, 454, 455
 Vulvite, 445, 447, 456
 Vulvovaginite, 329