

# Réflexions

en Gynécologie-Obstétrique

16

avril-mai  
2011  
Tome 4

## Infectiologie

La coloscopie chez les femmes infectées par le VIH

## Thérapeutique

Les rétrécissements acquis de la vulve et du vagin, vaginisme : quelle place pour l'utilisation de bougies ?

## Sénologie

Mastodynies : prévalence et caractéristiques dans la population française  
Résultats de l'enquête MastoDay

## Congrès

34<sup>ème</sup> congrès de la Société Française de Coloscopie et de Pathologie Cervico Vaginale

## Dossier

# Grossesse et nutrition



Coordination scientifique :  
Jean-Marie Jouannic

## RÉDACTEURS EN CHEF

Conseiller Spécial de la Rédaction :  
Pr Emile DARAÏ (Paris)

Dr Catherine AZOULAY (Paris)  
Pr Roman ROUZIER (Paris)

## COMITÉ DE RÉDACTION

Dr Hélène BORNE, (Paris)  
Pr Jean-Luc BRUN, (Bordeaux)  
Pr Sophie CHRISTIN-MAITRE, (Paris)  
Pr Olivier GRAESSLIN, (Reims)  
Pr Jean-Marie JOUANNIC, (Paris)  
Dr Pierre KHALIFA, (Paris)  
Dr Olivier PARANT, (Toulouse)  
Pr Christophe PONCELET, (Bondy)  
Dr Catherine UZAN, (Villejuif)  
Dr Marie VELUIRE, (Paris)

## COMITÉ SCIENTIFIQUE

Pr Jean-Marie ANTOINE (Paris)  
Dr Yves ARDAENS (Lille)  
Dr Marc BAZOT (Paris)  
Dr Joëlle BELAISCH-ALLART (Sèvres)  
Pr Jean-Louis BENIFLA (Paris)  
Pr Philippe BOUCHARD (Paris)  
Pr Michel CANIS (Clermont-Ferrand)  
Dr Damienne CASTAIGNE (Villejuif)  
Dr Marie CHEVRET-MEAÏSSON (Lyon)  
Pr Bernard CORDET (Lille)  
Pr Michel COSSON (Lille)  
Pr Pierre COSTA (Nîmes)  
Pr Dominique DALLAY (Bordeaux)  
Dr Bernard FLIPO (Nice)  
Dr Marc GANEM (Paris)  
Pr Ulysse GASPARD (Liège)  
Pr Anne GOMPEL (Paris)  
Pr Jean LEVEQUE (Rennes)  
Pr Pierre MARES (Nîmes)  
Pr Philippe MERVIEL (Amiens)  
Dr Sylvain MIMOUN (Paris)  
Pr Bernard-Jean PANIEL (Créteil)  
Pr Christian QUEREUX (Reims)  
Pr Didier RIETHMULLER (Besançon)  
Pr René-Charles RUDIGOZ (Lyon)  
Pr Robert SAURA (Bordeaux)  
Dr Jean-Yves SEROR (Paris)  
Pr Marc SPIELMANN (Villejuif)  
Pr Charles SULTAN (Montpellier)  
Pr Arnaud WATTIEZ (Strasbourg)

## UNE ÉDITION J.B.H. SANTÉ

53, rue de Turbigo - 75003 Paris  
Tél. : 01 44 54 33 54 - Fax : 01 44 54 33 59  
E-mail : la@jbhsante.fr  
Directeur de la publication : Dr Jacques HALIMI  
Secrétariat de rédaction : Yaëlle ELBAZ  
Maquette : Clémence KINDERF  
Service commercial : Nathalie BOREL, Arnaud LACROIX  
Abonnements : Louise ASCOLI

Imprimerie GYSS - Obernai  
ISSN : 1964-9444 - Commission paritaire : T 89620  
Dépôt légal : 2<sup>ème</sup> trimestre 2011

Adhérent au CESSIM

## SOMMAIRE

3 Edito ————— Jean-Marie Jouannic

## DOSSIER

### GROSSESSE ET NUTRITION

- 4 Suivi de la grossesse et organisation de la naissance  
chez les femmes obèses ————— Jacky Nizard
- 7 Impact de l'obésité maternelle sur le développement fœtal  
et les événements périnataux.  
Analyse des déterminants de la croissance fœtale ——— Delphine Mitanchez
- 10 Grossesse après chirurgie bariatrique ————— Pietro Santulli, Louis Marcellin

### SÉNOLOGIE

- 13 Mastodynies : prévalence et caractéristiques dans la population française  
Résultats de l'enquête *MastoDay*  
*Brigitte Letombe et la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale*

### THÉRAPEUTIQUE

- 17 Les rétrécissements acquis de la vulve et du vagin, vaginisme :  
quelle place pour l'utilisation de bougies ? ————— Roman Rouzier

### INFECTIOLOGIE

- 19 La colposcopie chez les femmes infectées par le VIH ——— Isabelle Heard

### CHIRURGIE

- 22 Analgésie locale per opératoire  
en chirurgie gynécologique et mammaire ————— Elisabeth Chéreau et coll.

### CONGRÈS

- 25 Morceaux choisis du 34<sup>ème</sup> congrès de la Société Française de Colposcopie  
et de Pathologie Cervico Vaginale janvier 2011 ————— André Nazac

### 3 ABONNEMENT

18,21,27 RENCONTRES...  
9,24 AGENDA

## COMITÉ DE LECTURE

Dr Aubert AGOSTINI (Marseille)	Pr Serge DOUVIER (Dijon)	Pr Franck PERROTIN (Tours)
Dr Katty ARDAENS (Seclin)	Dr Gilles DUBERNARD (Lyon)	Dr Jean Yves PONS (St Maur)
Dr Catherine AZOULAY (Paris)	Dr Raffaèle FAUVET (Amiens)	Dr Catherine RONGIERES (Strasbourg)
Pr Florence BRETTELLE (Marseille)	Dr Patrick FENICHEL (Nice)	Pr Roman ROUZIER (Paris)
Dr Nathalie CHABBERT-BUFFET (Paris)	Dr Juliette GUIBERT (Poissy)	Dr Marie Victoire SENAT (Clamart)
Dr Pierre COLLINET (Lille)	Dr Gilles KAYEM (Créteil)	Dr Pascale THIS (Versailles, Paris)
Dr Marie-Antoinette de CRÉCY (Ste Geneviève des Bois)	Dr Michèle LACHOWSKY (Paris)	Pr Philippe TOURAINE (Paris)
Pr Emile DARAÏ (Paris)	Dr Marie-Noëlle LAVEISSIERE (Paris)	Dr Vassili TSATSARIS (Paris)
	Dr Brigitte LETOMBE (Lille)	Pr Laurent ZELEK (Bobigny)



# Suivi de la grossesse et organisation de la naissance chez les femmes obèses

JACKY NIZARD

Service de gynécologie obstétrique, GH Pitié Salpêtrière, Paris

## résumé

La mortalité périnatale diminue progressivement en France. L'augmentation de la fréquence de l'obésité maternelle et l'augmentation de l'âge maternel pourraient potentiellement modifier cette évolution dans les prochaines années. En effet, comme nous allons le voir, l'obésité maternelle semble augmenter quasiment toutes les complications, qu'elles soient maternelles ou fœtales. Il est donc important d'en être conscient et d'organiser l'accompagnement et la prise en charge des femmes enceintes qui ont une obésité dès la période préconceptionnelle.

## mots-clés

Grossesse  
Obésité  
Diabète gestationnel

## Consultation pré-conceptionnelle

La situation est la même que pour les femmes avec une pathologie chronique d'organe ou auto-immune. Cette consultation permet d'informer la femme ou le couple sur les risques et les bénéfices à programmer la grossesse au meilleur moment de la maladie. Cette consultation n'est cependant que trop peu voire pas réalisée.

## Suivi de la grossesse

Les particularités du suivi de la grossesse en cas d'obésité maternelle vont dépendre de l'importance de l'obésité et des éventuelles co-morbidités. Il faut également être réaliste car les moyens mis en place vont également dépendre de ceux disponibles dans la structure. Il serait donc raisonnable que les femmes avec un IMC très élevé soient prises en charge dans certains centres uniquement. Le principe et le seuil restent à déterminer entre >40, >45 ou encore >50 kg/m<sup>2</sup>. Nous allons voir les particularités de la prise en charge de ces femmes pour chaque trimestre de la grossesse en sachant qu'une prise en charge débuté au premier trimestre sera poursuivie tout au long de la grossesse.

## Au premier trimestre

### ▶▶▶▶ Diabète

Les risques de diabète antérieur à la grossesse, le plus souvent de type 2, ou de diabète gestationnel, augmentent avec l'IMC.<sup>[1]</sup> La recherche du diabète est donc permanente au cours de la grossesse. Elle se fera le plus souvent par une glycémie à jeun au premier trimestre, un test de charge classique entre 24 et 28 SA, et une recherche à nouveau vers 32 SA. Cette dernière étape peut se faire soit par un nouveau test de charge, soit par des cycles glycémiques.



### Dépistage de la trisomie 21

Les modalités de dépistage de la trisomie 21 n'ont pas de particularités du fait de l'obésité maternelle. Il est cependant indispensable de renseigner le poids de la patiente dans la demande pour les marqueurs sériques du 1<sup>er</sup> ou du 2<sup>ème</sup> trimestre. En revanche, il y a probablement un gain en terme de risque maternel à réaliser une interruption médicale de grossesse le plus tôt possible, idéalement au premier trimestre, en cas d'anomalie et de demande des parents.



### Prise en charge nutritionnelle

Une proportion importante des femmes enceintes avec une obésité n'ont pas de prise en charge nutritionnelle avant ou en tout début de grossesse. L'objectif de cette prise en charge est de « programmer » la grossesse après un équilibre du poids, à distance des grandes variations et en période de stabilité. Cette prise en charge permet également d'informer les femmes sur les objectifs de poids pour la grossesse à venir. Ces objectifs sont adaptés au poids initial et aux capacités de la femme. Ainsi, il est important qu'elle ait un apport nutritionnel suffisant et sans frustration, tout en contrôlant la prise de poids. Ce difficile équilibre nécessite le soutien de tous les intervenants, nutritionnistes/diététiciens et obstétriciens/sages-femmes.



### Pathologies liées à l'obésité

L'obésité, surtout lorsqu'elle est importante, peut être responsable de complications cardiaques et respiratoires, avec notamment le syndrome d'apnées du sommeil (SAS). Le bilan réalisé en début de grossesse va donc dépendre de la prise en charge de cette obésité avant la grossesse. Il est important de le faire pour celles qui n'ont pas de prise en charge antérieure. Pour les autres, il pourra être éventuellement renouvelé plus tard dans la grossesse pour apprécier l'évolution des fonctions cardio-respiratoires. Là encore, ce bilan trouve toute son importance lorsque l'obésité est importante et le seuil sera déterminé localement en fonction des moyens.



### Autres co-morbidités

Leurs bilans doivent être réalisés le plus tôt possible au cours de la grossesse afin d'adapter la prise en charge aux risques spécifiques. Si cette démarche n'est pas spécifique à la prise en charge d'une femme enceinte avec une obésité, ces co-morbidités sont plus fréquentes.

## Au deuxième trimestre



### Diabète

Si le dépistage au premier trimestre est négatif, la poursuite du dépistage avec un test de charge entre 24 et 28 SA doit être systématique.



### Consultation d'anesthésie

C'est un moment important de la prise en charge de ces femmes. Cette consultation doit permettre d'anticiper les problèmes que l'on peut rencontrer lors de la prise en charge en urgence. La conduite de cette consultation est néanmoins standard. Elle s'attardera sur l'accessibilité des voies respiratoires et des moyens spécifiques à mettre en œuvre en cas d'anesthésie générale, l'accessibilité des voies veineuses périphériques et les alternatives, et l'évaluation des co-morbidités en fonction de ce qui a déjà été réalisé. C'est lors de cette consultation que sera le plus souvent abordée la prise en charge respiratoire des femmes avec un SAS lors de leur hospitalisation en pré- ou postpartum.

## Troisième trimestre

Cette étape insiste sur la communication entre les équipes et l'organisation. Cela est d'autant plus important que l'IMC est élevé. Il y a un continuum entre la prise en charge au troisième trimestre et à l'accouchement. Les derniers mois de la grossesse permettent d'organiser le moment de l'accouchement.



### Gestion des co-morbidités

La communication entre les différentes disciplines impliquées est essentielle car il peut y avoir des particularités de la prise en charge lors de l'accouchement.



### Anti-coagulation

La prescription d'anticoagulants au cours de la grossesse va dépendre de plusieurs facteurs et l'obésité à elle seule ne semble pas suffisante. En revanche, l'anti-coagulation dans le postpartum est plus fréquemment prescrite et va dépendre de la voie d'accouchement et du contexte, mais également de la mobilité dans le postpartum immédiat.



### Organisation de l'accouchement

Cela implique une discussion sur la voie d'accouchement avec l'ensemble des intervenants et la patiente. Cette discussion doit permettre d'expliquer l'augmentation modérée du risque d'extraction instrumentale et l'augmentation plus importante du risque de césarienne.<sup>[2,3]</sup> De plus, il faudra informer la femme ou le couple sur les risques maternels accrus lors de la césarienne, risques eux aussi proportionnels à l'importance de l'IMC.<sup>[4]</sup>



### Organisation matérielle

Ce point est dans la continuité du point précédent car la gestion d'une femme avec un poids important demande des structures et du matériel adaptés. Cela entre en ligne de compte également dans le choix de la voie d'accouchement. En effet, l'enregistrement du rythme cardiaque fœtal peut être difficile et peut nécessiter un capteur au scalp, le brancardage peut nécessiter de nombreux intervenants, surtout en cas d'analgésie péridurale, les fauteuils et brancards sont spécifiques dans les poids extrêmes, et même la chambre en suites de couches peut nécessiter des aménagements (lit, toilettes, douches adaptés).

## L'accouchement

Cette étape reprend l'ensemble des points de préparation que nous avons abordés au troisième trimestre : matériels et locaux spécifiques, personnels formés et compétents, réactivité des équipes adaptée à la difficulté de mobilité et de mobilisation... Cette réactivité concerne également les risques de l'accouchement tel que l'hémorragie du postpartum, également plus fréquente en cas d'obésité maternelle.

Concernant le lieu de suivi en postpartum immédiat, certaines équipes considèrent qu'au dessus d'un certain seuil d'IMC, cette surveillance doit se faire en SSPI pour les premières heures ou la première nuit. Il n'y a pas de recommandation en France pour ces femmes, ni de seuil déterminé. C'est donc une discussion à avoir au cas par cas, avec les différents intervenants, et la décision sera adaptée aux capacités de chaque site.

## Les suites de couches

Elles posent le problème de la mobilité, donc de l'autonomie de la femme. Outre la discussion de l'utilité des anticoagulants, il faudra être particulièrement attentif aux complications de cicatrices. Classiquement, les complications infectieuses de cicatrice de césarienne surviennent la deuxième semaine, donc après le retour à domicile. La mise en place d'un relai hôpital-ville peut alors trouver un réel intérêt chez certaines de ces femmes.

## Le nouveau-né

La prise en charge multidisciplinaire de ces femmes passe également par le pédiatre qui informera la femme ou le couple sur les risques et besoins du nouveau-né en cas de diabète maternel, et peut participer à la discussion autour de l'intérêt et des difficultés de l'allaitement maternel. Pour toutes les raisons citées dans ce document, les risques d'hospitalisation en néonatalogie sont augmentés en cas d'obésité maternelle.

## Conclusion

La grossesse chez une femme avec une obésité est une situation que nous rencontrons de plus en plus fréquemment. Si la gestion des grossesses chez des femmes avec des IMC < 40 kg/m<sup>2</sup> ne présente pas beaucoup de particularités, celles avec des IMC plus importants méritent que les équipes médicales se posent la question d'une prise en charge adaptée. L'orientation de ces femmes vers des centres spécialisés va progressivement s'imposer comme une évidence, malheureusement parfois après un accident. Cette longue liste de particularités et de complications a pour objectif de sensibiliser les équipes et de permettre une anticipation de ces situations. ■

Conflits d'intérêts : aucun

## RÉFÉRENCES

1. Torloni MR, Betran AP, Horta BL, Nakamura MU, Atallah AN, Moron AF, Valente O. Prepregnancy BMI and the risk of gestational diabetes: a systematic review of the literature with meta-analysis. *Obes Rev* 2009;10:194e203.
2. Heslehurst N, Simpson H, Ellis LJ, Rankin J, Wilkinson J, Lang R, Brown TJ, Summerbell CD. The impact of maternal BMI status on pregnancy outcomes with immediate short-term obstetric resource implications: a meta-analysis. *Obes Rev*. 2008;9:635-83.
3. Alanis MC, Goodnight WH, Hill EG, Robinson CJ, Villers MS, Johnson DD. Maternal superobesity (body mass index > 50) and adverse pregnancy outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand* 89:924-30.
4. Alanis MC, Villers MS, Law TL, Steadman EM, Robinson CJ. Complications of cesarean delivery in the massively obese parturient. *Am J Obstet Gynecol*. 2010;203:271.e1-7.

# Impact de l'obésité maternelle sur le développement fœtal et les événements périnataux.

## Analyse des déterminants de la croissance fœtale

DELPHINE MITANCHEZ

Université Pierre et Marie Curie, Faculté de Médecine;  
Service de néonatalogie, AP-HP, Hôpital Armand Trousseau, Paris

### résumé

Une enquête épidémiologique nationale française sur l'obésité et le surpoids (enquête ObEpi) réalisée entre 1997 et 2006 a révélé qu'en 2006, 23% des femmes sont en surpoids et 13% sont obèses, avec une prévalence particulièrement augmentée (de 2 à 2,5 fois) pour les femmes entre 18 et 39 ans<sup>[1]</sup>.

De plus en plus d'études prouvent que l'obésité maternelle a des conséquences sur le développement et la croissance du fœtus et sur l'adaptation à la vie extra-utérine<sup>[2]</sup>.

La grossesse d'une femme obèse expose à de multiples complications, en particulier à l'hypertension artérielle associée au risque de pré-éclampsie et au diabète gestationnel<sup>[3]</sup>.

Les femmes obèses ou avec obésité morbide ont 3 à 8 fois plus de risque de développer un diabète gestationnel.

Certaines d'entre elles ont un diabète de type 2 préexistant à la grossesse, parfois non diagnostiqué<sup>[4]</sup>.

Beaucoup de complications rapportées en cas d'obésité sont analogues à celle décrites en cas de diabète et il n'est pas toujours aisé de déterminer ce qui est lié à l'obésité ou au diabète.

### mots-clés

Grossesse  
Obésité  
Développement fœtal

### Mortalité fœtale et néonatale

Le lien entre IMC maternel et mort fœtale tardive, c'est-à-dire à partir d'un terme de la grossesse de 28 semaines d'aménorrhée (SA), a été montré par plusieurs études. Le risque de mort fœtale tardive est augmenté de 3 à 4 fois en cas d'obésité maternelle, selon les publications. Une méta-analyse a retrouvé un risque de mort fœtale multiplié par deux en cas d'obésité (OR = 2,07 [1,59-2,74])<sup>[5]</sup>. Ce risque, qui peut être considéré comme modeste, a un impact important en termes de santé publique en raison de la forte prévalence de l'obésité maternelle et de son augmentation régulière. Le risque de décès néonatal précoce, entre la naissance et sept jours de vie, augmente avec l'IMC maternel, mais est particulièrement élevé en cas d'obésité morbide et de nulliparité, de l'ordre de 3 à 5 fois selon les études.

### Prématurité

A ce jour, il est difficile d'évaluer avec précision le risque de prématurité en cas d'obésité maternelle. En général, les études de cohortes montrent que l'obésité est associée à un risque accru de prématurité induite, mais n'augmente pas le risque de prématurité spontanée<sup>[6]</sup>. Plusieurs études de cohortes ont ainsi montré que le risque de prématurité chez la femme obèse n'était pas augmenté après exclusion des femmes hypertendues ou après ajustement sur les complications de la grossesse (hypertension, diabète...).

### Malformations

L'augmentation du risque de malformations fœtales chez les femmes enceintes obèses, est évoqué depuis plusieurs années par différentes études, en particulier les anomalies de fermeture du tube neural (spina bifida, anencéphalie, encéphalocoele...). Une revue de la littérature avec méta-analyse a confirmé récemment que le nouveau-né de mère obèse a un risque significativement augmenté d'anomalie

du tube neural, en particulier de spina bifida, de malformation cardio-vasculaire, de fente labiale et/ou palatine, d'atrésie ano-rectale, d'hydrocéphalie et d'anomalies des membres<sup>[7]</sup>. La plupart des malformations associées à l'obésité maternelle sont aussi décrites en cas de diabète pré-gestationnel, ce qui pose le problème d'une anomalie de l'équilibre glycémique maternel, voire d'un diabète de type 2, méconnu avant la grossesse. Cependant, lorsque les cas avec diabète pré-gestationnel identifié ont été exclus de la méta-analyse, le risque de malformation cardiaque ou du tube neural était peu modifié.

## Morbidité néonatale

Le risque d'asphyxie fœtale, de difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine, objectivées par un score d'APGAR bas à la naissance, et d'inhalation méconiale augmente avec l'IMC maternel (**Tableau 1**). Le risque de dystocie des épaules est multiplié par trois lorsque l'IMC maternel est > 40 kg/m<sup>2</sup><sup>[8]</sup>.

Cependant, le risque de ces complications est particulièrement augmenté en cas de macrosomie. Celle-ci est définie par un poids de naissance > 4500 g ou par un poids supérieur au 90ème percentile ou > +2 DS pour le terme. Les nouveau-nés de mère obèse ont une augmentation du risque de macrosomie en rapport avec l'IMC maternel pré-gestationnel et à la prise de poids maternelle pendant la grossesse.

Les nouveau-nés de mère obèse ont un risque augmenté d'admission en unité de néonatalogie. Les deux raisons principales d'hospitalisation sont la détresse respiratoire et l'hypoglycémie. En dehors des situations d'inhalation méconiale, la tachypnée transitoire est la principale cause de la détresse respiratoire. Elle est favorisée par la naissance par césarienne qui retarde la résorption du liquide pulmonaire.

IMC maternel kg/m <sup>2</sup>	19,8 – 26 (contrôle)	29,1 - 35	35,1 - 40	> 40
Mort fœtale (après 28 SA)	0,3 %	x 1,8	x 2	x 2,8
Dystocie des épaules	0,1 %	x 2	x 2,8	x 3
Césarienne	10,9 %	x 1,8	x 2,3	x 2,7
Inhalation méconiale	0,1 %	x 1,7	x 3	x 3
Apgar < 7 à 5 min	0,9 %	x 1,6	x 1,8	x 3
Macrosomie (poids > 4 500 g)	3,3 %	x 2	x 3	x 3,8
Décès avant 7 jours	0,1 %	x 1,6	x 2	x 3,4

**Tableau 1 :** Risque estimé pour l'association entre l'IMC maternel et une situation donnée chez le fœtus ou le nouveau-né (d'après [8]). Le groupe des femmes avec un IMC entre 19,8 et 26 kg/m<sup>2</sup> constituait le groupe contrôle. L'OR était ajusté sur l'âge maternel, la parité, le tabagisme en début de grossesse. L'étude portait sur plus de 800 000 grossesses et incluait 12 698 femmes avec un IMC entre 35,1 et 40 kg/m<sup>2</sup> et 3 480 femmes avec un IMC > 40 kg/m<sup>2</sup>.

Le lien entre l'obésité maternelle et le risque d'hypoglycémie est difficile à établir. Ce risque semble augmenté, mais il est probablement en rapport avec la fréquence du diabète pendant la grossesse. La macrosomie augmente le risque d'hypoglycémie. On peut donc recommander d'instaurer une surveillance systématique de la glycémie des nouveau-nés de femme obèse, avec un poids de naissance > 90<sup>ème</sup> percentile même en l'absence de diabète maternel connu, et pour les nouveau-nés dont les mères ont un diabète traité par insuline. Les autres troubles métaboliques, hyperbilirubinémie et hypocalcémie, classiquement attribués au diabète maternel n'ont pas été évalués en cas d'obésité maternelle.

## Croissance fœtale et obésité maternelle

Lorsque l'on étudie l'influence de l'obésité maternelle sur la croissance fœtale, il est souvent difficile d'établir le rôle spécifique de l'obésité et du diabète. Cependant certaines études ont montré le rôle indépendant de l'obésité sur le risque de macrosomie. L'augmentation du poids de naissance des nouveau-nés de femmes obèses sans diabète serait liée à une augmentation de la masse grasse mais non de la masse maigre. Le rôle d'un hyperinsulinisme fœtal, qui est classiquement impliqué dans la macrosomie des nouveau-nés de mère diabétique, est évoqué comme facteur possible à l'origine de l'excès de croissance. Une étude récente a montré que le risque d'avoir une augmentation de la masse grasse chez le nouveau-né (évaluée par la somme de la mesure des plis cutanés) augmentait avec l'IMC maternel, particulièrement pour les IMC maternels compris entre 33,0 et 37,4 kg/m<sup>2</sup> (OR = 2,94 [2,30-3,75])<sup>[9]</sup>. L'augmentation de l'IMC maternel contribuait à l'augmentation du poids et de la masse grasse fœtale, indépendamment des variations de la glycémie maternelle et cet effet était en rapport avec un hyperinsulinisme fœtal.

Une étude prospective récente s'est intéressée au lien entre l'IMC maternelle et les apports nutritionnels, et le poids de naissance<sup>[10]</sup>. Cette étude excluait les femmes avec diabète.

L'IMC maternel au premier trimestre était corrélé avec la quantité de macronutriments ingérés (protéines, graisses et glucides). Les apports nutritionnels en graisses étaient corrélés aux taux de certaines hormones du métabolisme, comme la leptine, l'adiponectine et la résistine, et au taux d'IGFBP-1 (Insulin Like Growth Factor Binding Protein-1). En particulier, le taux d'IGFBP-1 au 3<sup>ème</sup> trimestre était inversement corrélé aux apports en graisses. Les auteurs stipulaient que la diminution de ce taux chez la femme obèse augmente la biodisponibilité d'IGF-1 qui stimule le transport placentaire de nutriment.

Ainsi, il existerait un lien entre l'excès de poids et de prise alimentaire maternel et la modification d'hormones du métabolisme de la mère, ce qui induirait un excès de croissance fœtale par augmentation du transport placentaire des nutriments.

L'excès de croissance fœtale serait secondaire à un excès de transport de nutriments et à une sécrétion excessive d'insuline fœtale sans lien formel avec un diabète maternel.

## Conclusion

L'obésité maternelle expose le fœtus et le nouveau-né à des complications spécifiques qui ne sont pas reliées aux autres complications de la grossesse comme le diabète et l'HTA. Ainsi, l'obésité maternelle serait reliée au risque de malformations et à la genèse de la macrosomie. Les mécanismes physiopathologiques à l'origine de ces complications ne sont pas clairement élucidés actuellement.

Les modifications de l'environnement intra-utérin liées à l'obésité maternelle pourraient avoir aussi des conséquences à long terme. Plusieurs études ont montré un lien entre l'obésité maternelle et le risque d'obésité chez l'enfant. Il existe une relation entre l'IMC maternel en début de grossesse et la proportion de masse grasse à l'âge de 9 ans<sup>[11]</sup>. Il est cependant difficile d'établir à partir de ces constatations l'influence d'autres facteurs génétiques ou environnementaux, en particuliers les modalités de nutrition au cours des premières années. Cependant, une étude particulièrement originale, a étudié les risques cardiovasculaires chez des enfants âgés en moyenne de 12 ans, selon qu'ils étaient nés avant ou après une chirurgie bariatrique chez la mère<sup>[12]</sup>. Elle a montré une nette amélioration du bilan métabolique pour ceux nés après la chirurgie accompagnée d'une perte de poids maternel, en particulier pour le bilan lipidique et la sensibilité à l'insuline. Cela démontre plus clairement l'influence du milieu intra-utérin sur le devenir à long terme des enfants nés de mère obèse. ■

Conflits d'intérêts : aucun

## RÉFÉRENCES

1. Charles MA, Eschwege E, Basdevant A. Monitoring the obesity epidemic in france: the obepi surveys 1997-2006. *Obesity (Silver Spring)* 2008;16:2182-6.
2. Vasudevan C, Renfrew M, McGuire W. Fetal and perinatal consequences of maternal obesity. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2010.
3. Rowlands I, Graves N, de Jersey S, et al. Obesity in pregnancy: outcomes and economics. *Semin Fetal Neonatal Med* 2010;15:94-9.
4. Huda SS, Brodie LE, Sattar N. Obesity in pregnancy: prevalence and metabolic consequences. *Semin Fetal Neonatal Med*;15:70-6.
5. Chu SY, Kim SY, Lau J, et al. Maternal obesity and risk of stillbirth: a metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol* 2007;197:223-8.
6. Yogev Y, Visser GH. Obesity, gestational diabetes and pregnancy outcome. *Semin Fetal Neonatal Med* 2009;14:77-84.
7. Stothard KJ, Tennant PW, Bell R, et al. Maternal overweight and obesity and the risk of congenital anomalies: a systematic review and meta-analysis. *Jama* 2009;301:636-50.
8. Cedergren MI. Maternal morbid obesity and the risk of adverse pregnancy outcome. *Obstet Gynecol* 2004;103:219-24.
9. Hyperglycaemia and Adverse Pregnancy Outcome (HAPO) Study: associations with maternal body mass index. *Bjog* 2010;117:575-84.
10. Jansson N, Nilssfelt A, Gellerstedt M, et al. Maternal hormones linking maternal body mass index and dietary intake to birth weight. *Am J Clin Nutr* 2008;87:1743-9.
11. Gale CR, Javaid MK, Robinson SM, et al. Maternal size in pregnancy and body composition in children. *J Clin Endocrinol Metab* 2007;92:3904-11.
12. Smith J, Cianflone K, Biron S, et al. Effects of maternal surgical weight loss in mothers on intergenerational transmission of obesity. *J Clin Endocrinol Metab* 2009;94:4275-83.

## AGENDA

**Gyné Pô**  
Bordeaux

20-21 Mai 2011

1<sup>ères</sup> Journées organisées par le Pôle de Gynécologie Obstétrique  
et Reproduction du CHU Bordeaux

Palais de la Bourse, Bordeaux

Coordination : Jean-Luc Brun

# Grossesse après chirurgie bariatrique

PIETRO SANTULLI, LOUIS MARCELLIN

*Service de gynécologie obstétrique et médecine de la reproduction, hôpital Saint-Vincent-de-Paul, pavillon Lelong, centre hospitalier universitaire Cochin-Saint-Vincent-de-Paul, groupe hospitalier universitaire Ouest, Assistance publique-Hôpitaux de Paris, université Paris-Descartes, Paris*

## résumé

Le surpoids et l'obésité sont reconnus comme facteurs de mauvais pronostic maternel, obstétrical et fœtal. Ils doivent être considérés comme des situations à risque pour le déroulement normal de la grossesse qui nécessite une surveillance en milieu spécialisé. La chirurgie bariatrique est efficace contre l'obésité. Elle réduit le surrisque obstétrical et périnatal. Elle ne contre-indique pas la grossesse et serait associée à une amélioration du pronostic périnatal. Néanmoins, une prise en charge adaptée par des équipes pluridisciplinaires spécialisées de ces patientes est nécessaire en raison des répercussions potentielles de la chirurgie bariatrique sur le déroulement physiologique de la grossesse.

## mots-clés

Grossesse  
Obésité  
Chirurgie bariatrique

## Grossesse après chirurgie bariatrique

La prévalence mondiale de l'obésité a doublé depuis 1980 et est actuellement en expansion en Europe<sup>(1)</sup>. Elle affecte les femmes en âge de procréer et sa prévalence chez les femmes enceintes atteint 38,3% des cas dans certains pays industrialisés. Les femmes obèses gestantes encourent un risque accru de complications obstétricales et périnatales. Leur incidence augmente avec la sévérité de l'obésité<sup>(2)</sup>.

Diverses stratégies ont été utilisées pour contrôler l'obésité. Aux conseils diététiques, s'associent les traitements pharmacologiques et les thérapies comportementales. En cas d'échec la chirurgie bariatrique offre le traitement le plus efficace contre l'obésité morbide<sup>(3)</sup>. Elle permet une perte de poids importante et induit une régression des co-morbidités associées<sup>(2, 4)</sup>.

Le nombre d'interventions bariatriques réalisées annuellement augmente à travers le monde ; une grande partie des patientes opérées sont des femmes en âge de procréer (jusqu'à 83% des procédures)<sup>(5)</sup>. Deux stratégies chirurgicales dominent actuellement la prise en charge chirurgicale de l'obésité morbide : l'anneau gastrique et le Bypass gastrique ou Roux-en-Y. Un antécédent de chirurgie bariatrique ne constitue pas un obstacle au bon déroulement de la grossesse et permet une réduction des risques obstétricaux et fœtaux liés à l'obésité<sup>(6)</sup>.

Plusieurs séries ont montré une réduction des risques de diabète gestationnel, de macrosomie et de troubles hypertensifs de la grossesse, chez les femmes ayant bénéficié d'une chirurgie bariatrique, par rapport aux femmes ayant une obésité morbide<sup>(7, 8)</sup>.

Concernant le poids moyen de naissance des enfants, les séries ne montrent aucune différence significative entre les patientes obèses opérées et non opérées<sup>(5)</sup>. Récemment une étude française a mis en évidence l'existence d'un petit poids de naissance des nouveaux nés de mère opérées d'un Bypass par rapport aux nouveaux nés des patientes contrôles de poids normal ou obèse (2,948 g vs. 3,368 g et 3,441 g, respectivement,  $p < 0,0001$ )<sup>(9)</sup>. Les auteurs évoquent la possibilité d'une restriction nutritionnelle spécifique aux grossesses après Bypass à l'origine de cette différence. Par ailleurs, il n'y a pas plus de complications néonatales chez les femmes avec un antécédent de chirurgie bariatrique<sup>(5)</sup>.

Néanmoins, la chirurgie bariatrique peut avoir d'importantes répercussions nutritionnelles et chirurgicales, secondaires aux changements anatomiques spécifiques de la technique opératoire employée.

## Délai de conception

Il n'y a pas d'attitude consensuelle concernant le délai de conception à respecter après une chirurgie bariatrique. Sheiner et al. ont comparé les grossesses de 105 femmes ayant conçu dans les 12 mois au décours d'une chirurgie bariatrique à 385 femmes ayant conçu dans un délai supérieur à 12 mois sans qu'il n'y ait de différence d'issue périnatale entre les deux groupes<sup>(10)</sup>. On peut alors conseiller, par mesure de précaution, de respecter un intervalle de 12 mois entre la chirurgie bariatrique et la mise en route d'une grossesse. Cette durée correspond à la fin de la période de perte de poids rapide et à sa stabilisation. Par ailleurs elle constitue un intervalle permettant la détection et la correction d'éventuels troubles nutritionnels et métaboliques qui pourront être corrigés en antéconceptionnel par des suppléments adaptés.

## Complications métaboliques après chirurgie bariatrique

La grossesse est à l'origine de changements métaboliques particuliers chez la femme enceinte, qui peuvent être exacerbés par l'antécédent de chirurgie bariatrique.



### Vomissements

La fréquence des vomissements (50 % au premier trimestre) est accrue par la diminution du volume de la poche gastrique (technique restrictive) ainsi que par le ralentissement du péristaltisme, secondaire aux progestatifs et à l'augmentation de la pression abdominale induite par l'accroissement du volume utérin<sup>(11)</sup>. Toutefois, ils peuvent être le symptôme princeps de pathologies gravidiques graves (cholestase gravidique, stéatose hépatique aiguë gravidique, HELLP syndrome), de troubles hydro-électrolytiques et enfin révélateur d'éventuelles complications d'ordre chirurgical spécifiques du traitement bariatrique. Au cours d'une grossesse après anneau gastrique il existe une exacerbation possible des vomissements gravidiques. Actuellement le desserrage systématique d'un anneau gastrique au premier trimestre ne paraît pas généralisable et devra être réalisé seulement en cas de mauvaise tolérance<sup>(12)</sup>.



### Dumping syndrome

Le dumping syndrome est un événement consécutif à la chirurgie bariatrique, surtout après Bypass gastrique. Il peut provoquer des lipothymies ou des malaises secondaires à l'hypoglycémie<sup>(13)</sup>. Dans ce contexte, le dépistage du diabète gestationnel par des tests de surcharge (test d'O'Sullivan ou HGPO) ne peut être conseillé parce que mal toléré par les patientes. Il est ainsi préférable de leur proposer un dépistage par des dosages de glycémies à jeun et post prandiales ou par des cycles de surveillance répétés des glycémies capillaires pluri-quotidiennes pendant 3 jours.



### Carences nutritionnelles

Le court-circuit gastro-duodéal, spécifique du Bypass gastrique, provoque un défaut d'absorption de nombreux éléments nutritionnels. En revanche, chez les femmes porteuses d'un anneau gastrique, il ne semble pas exister de carences nutritionnelles en cas de grossesse<sup>(14)</sup>. Néanmoins, il existe un risque de dénutrition protéique lié à une diminution de la masse maigre.

Une carence en fer est estimée affecter 30-50 % des femmes enceintes. L'association Bypass et grossesse entraîne une majoration du risque d'anémie profonde<sup>(11, 15)</sup>.

La prévalence de déficit en vitamine B12 est estimée à 12-33%<sup>(15)</sup>. Il est responsable d'anémie mégalo-blastique chez la mère et des cas de nouveau-nés carencés en Vitamine B12 par allaitement maternel strict sont décrits.

La carence en folates semble plus rare que les autres micronutriments, mais peut être responsable d'une anémie mégalo-blastique et d'anomalies de fermeture du tube neural fœtal. Dans la littérature, 4 cas d'anomalies de fermeture du tube neural fœtal, chez 3 patientes opérées de Bypass, sont décrits<sup>(16)</sup>.

Le retard de mise en contact du mélange gastrique avec les enzymes pancréatiques et biliaires induit un déficit par malabsorption des vitamines liposolubles (ADEK), de calcium, d'oligoéléments (zinc, magnésium et sélénium) et d'acides gras<sup>(17)</sup>. Ces carences sont le plus souvent asymptomatiques. La gestion et l'anticipation des carences nutritionnelles en cas de chirurgie bariatrique et de Bypass en particulier représentent un enjeu majeur de la prise en charge préconceptionnelle de ces femmes pour assurer un déroulement harmonieux de la grossesse.

## Complications chirurgicales après chirurgie bariatrique

La spécificité du montage chirurgical du Bypass gastroduodéal est à l'origine de complications potentiellement graves qui peuvent se manifester en cours de grossesse.

Il existe environ 5% d'occlusions intestinales après Bypass: le plus souvent elles sont secondaires à des hernies internes. Ce risque est réduit à 1,5% par les techniques antéro-coliques. Il faut porter une attention particulière aux autres causes de syndromes occlusifs: le volvulus et l'intussusception. La prévalence des complications chirurgicales en cours de grossesse et l'impact de la grossesse sur la survenue de telles complications ne sont pas connus. Cependant dans la littérature, 13 cas de complications chirurgicales sévères en cours de grossesse sont décrits, mais aussi 9 cas d'hernies internes, 1 cas de strangulation jéjunale, 1 cas d'intussusception et enfin 2 cas de volvulus du grêle, parmi lesquelles une mort maternelle, une mort materno-fœtale et deux morts fœtales.

Concernant les grossesses après anneau gastrique plusieurs complications chirurgicales ont été décrites. Il s'agit essentiellement de complications infectieuses, de péritonites, ou de cas de perforation gastrique, voire de migration intragastrique de l'anneau<sup>(18)</sup>.

Tous les cas de mortalité fœtale et/ou maternelle étaient en rapport avec un retard de prise en charge et une méconnaissance de ce type de complications potentielles au cours de la grossesse. Leur diagnostic peut être particulièrement difficile, lié au caractère pauciforme et frustré de la symptomatologie

induit d'une part par les changements physiologiques et anatomiques de la grossesse et d'autre part par difficultés diagnostiques secondaire au surpoids ou à l'obésité.

Devant tout syndrome douloureux abdominal en cours de grossesse, après chirurgie bariatrique, le clinicien doit porter une attention particulière à la plainte et réaliser les examens complémentaires appropriés à un diagnostic rapide. Aucun examen, en particulier radiologique conventionnel, n'est contre-indiqué au cours de la grossesse si l'état maternel ou fœtal le justifie.

Au total des complications chirurgicales potentiellement graves existent en cours de grossesse après chirurgie bariatrique, spécialement après Bypass, et méritent une prise en charge active dans des centres de référence.

## Conclusions

La chirurgie bariatrique n'est pas une contre-indication à la grossesse. La préparation de la grossesse, l'anticipation des carences nutritionnelles, sa surveillance en particulier tensionnelle et glycémique doit respecter un cahier des charges précis orchestré par une équipe pluridisciplinaire compétente dans la gestion des risques. Une attention et vigilance particulières seront portées au risque de complications chirurgicales. Cette stratégie est garante de la sécurité des femmes et du bien être de l'enfant à venir. ■

Conflits d'intérêts : aucun

## RÉFÉRENCES

1. Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, et coll. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet* 2011;377:557-567
2. ACOG Committee Opinion number 315, September 2005. Obesity in pregnancy. *Obstet Gynecol* 2005;106:671-675
3. Sjostrom L, Lindroos AK, Peltonen M, et coll. Lifestyle, diabetes, and cardiovascular risk factors 10 years after bariatric surgery. *N Engl J Med* 2004;351:2683-2693
4. Buchwald H, Avidor Y, Braunwald E, et coll. Bariatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *JAMA* 2004;292:1724-1737
5. Maggard MA, Yermilov I, Li Z, et coll. Pregnancy and fertility following bariatric surgery: a systematic review. *JAMA* 2008;300:2286-2296
6. Sheiner E, Levy A, Silverberg D, et coll. Pregnancy after bariatric surgery is not associated with adverse perinatal outcome. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:1335-1340
7. Bennett WL, Gilson MM, Jamshidi R, et coll. Impact of bariatric surgery on hypertensive disorders in pregnancy: retrospective analysis of insurance claims data. *BMJ* 2010;340:c1662
8. Burke AE, Bennett WL, Jamshidi RM, et coll. Reduced incidence of gestational diabetes with bariatric surgery. *J Am Coll Surg* 2010;211:169-175
9. Santulli P, Mandelbrot L, Facchiano E, et coll. Obstetrical and neonatal outcomes of pregnancies following gastric bypass surgery: a retrospective cohort study in a French referral centre. *Obes Surg* 2010;20:1501-1508
10. Sheiner E, Edri A, Balaban E, et coll. Pregnancy outcome of patients who conceive during or after the first year following bariatric surgery. *Am J Obstet Gynecol* 2011;204:50 e51-56
11. Woodard CB. Pregnancy following bariatric surgery. *J Perinat Neonatal Nurs* 2004;18:329-340
12. Ducarme G, Revaux A, Luton D. [Bariatric surgery and obstetrics]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 2009;38:107-116
13. Wax JR, Heersink D, Pinette MG, et coll. Symptomatic hypoglycemia complicating pregnancy following Roux-en-Y gastric bypass surgery. *Obes Surg* 2007;17:698-700
14. Dixon JB, Dixon ME, O'Brien PE. Birth outcomes in obese women after laparoscopic adjustable gastric banding. *Obstet Gynecol* 2005;106:965-972
15. Folope V, Coeffier M, Dechelotte P. [Nutritional deficiencies associated with bariatric surgery]. *Gastroenterol Clin Biol* 2007;31:369-377
16. Hadow JE, Hill LE, Kloza EM, et coll. Neural tube defects after gastric bypass. *Lancet* 1986;1:1330
17. Poitou Bernert C, Ciangura C, Coupaye M, et coll. Nutritional deficiency after gastric bypass: diagnosis, prevention and treatment. *Diabetes Metab* 2007;33:13-24
18. Kirshtein B, Lantsberg L, Mizrahi S, et coll. Bariatric emergencies for non-bariatric surgeons: complications of laparoscopic gastric banding. *Obes Surg* 2010;20:1468-1478

# Mastodynies :

## prévalence et caractéristiques dans la population française

### Résultats de l'enquête *MastoDay*

BRIGITTE LETOMBE  
ET LA FÉDÉRATION NATIONALE DES COLLÈGES DE GYNÉCOLOGIE MÉDICALE



#### ►►►► Que retenir

- L'enquête *MastoDay* permet d'estimer la prévalence des mastodynies à 21,8 % dans la population féminine française.
- L'âge moyen des femmes souffrant de mastodynies dans cette étude est 41,2 ans.
- La prévalence la plus élevée des mastodynies s'observe chez la femme en péri-ménopause.
- Dans plus de la moitié des cas, les circonstances de découverte des mastodynies sont fortuites, ce qui souligne la nécessité de leur recherche systématique à l'examen clinique (interrogatoire, palpation des seins).
- Les mastodynies sont cycliques dans la moitié des cas.
- Les paroles rassurantes dispensées par le gynécologue occupent, en première intention, une place prépondérante dans le cadre de la prise en charge des mastodynies.
- Lorsqu'un traitement général est prescrit (14,6 % des cas), il est dans près de trois quarts des cas, hormonal (le plus souvent, progestatif de synthèse antigonadotrope).
- Une surveillance particulière des femmes présentant des mastodynies cycliques, considérées comme un marqueur indépendant de risque de cancer du sein, est à instaurer.

Les données disponibles sur l'épidémiologie descriptive des mastodynies sont principalement issues de la littérature anglo-saxonne. Près de 70 % des femmes souffrent de mastodynies au cours de leur vie dans les pays occidentaux où elles représentent le symptôme mammaire le plus fréquent en consultation spécialisée<sup>[1,2,9]</sup>. En revanche, il existe peu de données françaises publiées sur ce sujet. Dans ce contexte, il nous a paru intéressant d'évaluer la prévalence des mastodynies en France, leurs caractéristiques et leur prise en charge au moyen de *MastoDay*, enquête nationale de type transversal sur un jour, menée chez le gynécologue.

Les mastodynies ont été définies comme des douleurs mammaires actuelles (présentes le jour de consultation et/ou ayant existé au cours du dernier mois écoulé), à l'exclusion des douleurs d'origine extra-mammaire et hors grossesse et allaitement.

#### Matériel et Méthodes

*MastoDay* a été proposée à l'ensemble des médecins gynécologues membres de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM), en

respectant des quotas sur la base du nombre d'adhérents de chaque collège et s'est déroulée en France métropolitaine le 13 ou le 15 mai 2008.

Toutes les femmes, à l'exclusion des femmes enceintes ou allaitantes, consultant ce jour donné ont été incluses dans l'étude, quel que soit leur motif de consultation (méthode en grappes).

Pour chacune d'entre elles, le médecin participant a rempli un questionnaire lors de la consultation afin de recueillir les caractéristiques générales de la patiente (âge, statut ménopausique...) et, pour celles souffrant de mastodynies telles que définies précédemment, les caractéristiques de celles-ci : les circonstances de leur découverte (plainte spontanée lors de la consultation ou bien découverte fortuite suite à leur recherche systématique à l'examen clinique, interrogatoire et/ou palpation des seins), leur type (douleurs uni- ou bilatérales, cycliques ou non), leur intensité, leur durée moyenne dans le mois, leur ancienneté (douleurs d'apparition récente (un mois ou moins) ou récurrentes), leur caractère isolé ou non (douleurs associées à un syndrome prémenstruel, des lésions organiques du sein...) ainsi que les modalités de leur prise en charge.

## Résultats

Sur les 400 gynécologues de la FNCGM volontaires pour participer à l'enquête, 347 ont renvoyé des questionnaires, ce qui représente un taux de participation de 86,75 %.



### Caractéristiques générales de la population incluse

5 635 patientes, d'âge moyen 43,8 + 15,4 ans [13-93], ont été incluses. 32,9 % d'entre elles sont ménopausées et 67,1 % en période d'activité ovarienne ; en particulier, 9,1 % sont en périménopause.



### Prévalence des mastodynies

Dans cette population, excluant les femmes enceintes et allaitantes, la prévalence globale des mastodynies (à l'exclusion des douleurs d'origine extramammaire) est de 21,8 %.

Les mastodynies sont significativement plus fréquentes avant qu'après la ménopause : 25,7 % des femmes en période d'activité ovarienne souffrent de mastodynies le jour de la consultation et/ou en ont souffert durant le mois précédent, contre 13,1 % des femmes ménopausées ( $p < 0,0001$ ). La prévalence des mastodynies est significativement plus élevée en périménopause (33,7 %) qu'en période d'activité ovarienne hors périménopause (24,4 %) (*Tableau 1-A*).

Les résultats obtenus par tranches d'âge sont similaires (*Tableaux 1-B et 2*).



### Caractéristiques des mastodynies

Les patientes souffrant de mastodynies ( $n = 1231$ ) sont âgées en moyenne de 41,2 + 13 ans [14-89].

Les mastodynies représentent, lors de la consultation, une plainte spontanée de seulement 46,4 % des femmes qui

en souffrent. Chez 45,2 % d'entre elles, elles sont découvertes à l'interrogatoire et pour 8 %, uniquement à la palpation des seins. Ainsi, dans plus de la moitié des cas (53,2 %), les circonstances de découverte des mastodynies sont fortuites, lors de leur recherche systématique à l'examen clinique. Dans 0,4 % des cas, elles n'ont pas été renseignées. La majorité des femmes présentent des mastodynies bilatérales (76,6 %) et chez la moitié d'entre elles (50,6 %), les mastodynies sont cycliques ; il convient cependant de souligner que pour 25,8 % des femmes, cet item « cyclique/non cyclique » n'a pas été renseigné.

Les mastodynies durent en moyenne dans le mois 7 jours ou moins chez plus des deux tiers des femmes qui en souffrent (67,3 %) (*Tableau 3*).

Elles sont d'apparition récente (depuis 1 mois ou moins) chez 22,7 % d'entre elles et dans plus de trois quarts des cas (76,2 %), les mastodynies sont récurrentes avec une ancienneté moyenne de 5,6 + 7,3 ans. Elles sont d'intensité légère chez 44,1 % des femmes tandis que plus de la moitié d'entre elles (55,9 %) rapportent des mastodynies modérées à sévères (*Tableau 4*).

Le plus souvent, elles sont isolées (dans 62,1 % des cas). Chez les autres femmes (37,9 %), les mastodynies sont principalement associées à un syndrome prémenstruel (dans 54,4 % des cas) et/ou à des lésions organiques du sein (38,3%) qui se répartissent en lésions bénignes, le plus souvent kystes ou adénofibromes (75,7 %), malignes (11,9 %) ou en cours d'exploration (12,4 %).

Parmi les patientes prenant un traitement susceptible d'entraîner les mastodynies dont elles souffrent (29,4 %), 60,2 % utilisent une contraception hormonale, essentiellement estroprogestative, et 18,3 % sont sous traitement hormonal de la ménopause (THM).

1-A. Statut hormonal			
Période d'activité ovarienne %			Ménopause %
25,7			13,1
Hors périménopause %	Périménopause %		
24,4	33,7		

1-B. Tranches d'âge			
< 30 ans %	30 à 39 ans %	40 à 49 ans %	≥ 50 ans %
21,9	22,7	32,3	14,6

**Tableau 1 :** Prévalence des mastodynies dans la population étudiée en fonction du statut hormonal (1-A) et de l'âge (1-B) des femmes ( $N = 5453$ ) ( $p < 0,0001$ ).

Tranches d'âge	Statut hormonal		
	Période d'activité ovarienne hors périménopause %	Périménopause %	Ménopause %
< 30 ans	37,9	0,4	0,3
30 à 39 ans	35,7	2,5	0,2
40 à 49 ans	25	59	3,7
≥ 50 ans	1,3	38,1	95,7

**Tableau 2 :** Répartition de la population étudiée en fonction du statut hormonal et de l'âge ( $N = 5355$ ).

Durée	Femmes souffrant de mastodynies %
	1 à 3 jours
4 à 7 jours	33
8 à 15 jours	17
> 15 jours	13
Données manquantes	2,7

**Tableau 3 :** Répartition des femmes en fonction de la durée moyenne des mastodynies dans le mois ( $n = 1231$ ).

Intensité	Femmes souffrant de mastodynies %
	légère
modérée	44,9
sévère	11

**Tableau 4 :** Répartition des femmes en fonction de l'intensité des mastodynies ( $n = 1220$ ).



**Prise en charge des mastodynies à l'issue de la consultation**

Des paroles rassurantes sont dispensées seules dans 32,5 % des cas ou associées à une ou plusieurs autres options thérapeutiques (mesures hygiéno-diététiques, traitement local et/ou général, hormonal ou non, ajustement ou arrêt d'une thérapeutique en cours...) dans 32,3 % des cas, soit au total à 64,8 % des femmes souffrant de mastodynies. Si l'on considère la prise en charge des mastodynies en fonction de leur intensité, les paroles rassurantes représentent la seule option thérapeutique de 47,2 %, 23,4 % et 11,9 % des mastodynies, respectivement légères, modérées et sévères. Les mesures hygiéno-diététiques sont proposées dans l'ensemble dans 16,8 % des cas ; elles ne représentent que rarement l'unique modalité de prise en charge (dans 2,5 % des cas).

Un traitement local est administré chez 31,6 % des femmes (seul dans 9,3 % des cas). Il est hormonal dans 54,6 % des cas, non hormonal dans 41 % des cas et associe les deux types dans 4,4 % des cas.

Un traitement général est administré à 14,6 % des femmes et ce, de façon isolée dans 4,2 % des cas. Il est hormonal dans 62,8 % des cas : progestatif synthétique (67,6 %), utilisé principalement selon une séquence antigonadotrope (71,2 %), ou progestérone naturelle (32,4 %) (*Figure 1*).

Un ajustement ou un arrêt d'une thérapeutique en cours a été pratiqué chez 15,6 % des femmes souffrant de mastodynies : il concerne le plus souvent une contraception hormonale (62 % des cas) ou un THM (29,2 %).

Un bilan sénologique (mammographie et/ou échographie mammaire) a été demandé à l'issue de la consultation chez environ 3,7 % des femmes souffrant de mastodynies.

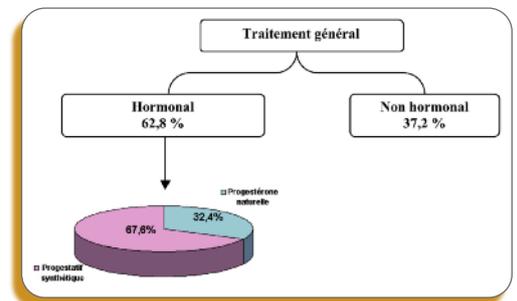
Dans la majorité des cas, la prise en charge des mastodynies n'est pas univoque mais associe les diverses modalités thérapeutiques disponibles

et ce, à des degrés variables en fonction, notamment, de l'intensité des mastodynies. En effet, plus l'intensité des mastodynies est importante, plus le taux d'utilisation de plusieurs traitements est élevé. Les paroles rassurantes (seules ou en association à une autre modalité thérapeutique) occupent une place prépondérante dans la prise en charge des mastodynies d'intensité légère ou modérée. L'utilisation d'un traitement local ou général augmente, à l'inverse, avec l'intensité des mastodynies (*Tableau 5*; *Figure 2*).

**Discussion**

Cette étude transversale *Mastoday* réalisée par des gynécologues de ville permet d'estimer la prévalence des mastodynies dans la population féminine française à 21,8 %. Leur prévalence est plus élevée chez les femmes en période d'activité ovarienne qu'à la ménopause. Les données françaises de prévalence des mastodynies publiées dans la littérature sont quasi inexistantes et indirectes. Dans une étude cas-témoins française destinée à évaluer la relation entre les mastodynies cycliques et le risque de cancer du sein, G. Plu-Bureau et coll. [6] ont apparié 210 femmes non ménopausées, âgées de moins de 45 ans, atteintes d'un cancer du sein, à 210 contrôles issues d'une population générale française suivie dans un programme de soins annuels. Des mastodynies cycliques (définies dans cette étude comme un gonflement douloureux bilatéral des seins, prémenstruel et disparaissant pendant les règles, de durée allant de 4 jours à 3 semaines par cycle pendant 6 mois) sont retrouvées chez 46 % des cas contre 23 % des contrôles. Cette prévalence de 23 % est proche de celle que nous avons observée ; cependant, *MastoDay* ne se limitait pas au recueil des seules mastodynies cycliques.

Deux études américaines [1,2], avec recueil rétrospectif des données par autoquestionnaires, montrent une prévalence des mastodynies cycliques récentes (dans les 6 mois précédents) dans une population de femmes non ménopausées (hors grossesse, allaitement et prise de traitements hormonaux) consultant dans une clinique générale de gynécologie-obstétrique ou en ambulatoire dans un département de chirurgie mammaire, respectivement de 67 % et 75 %. Ces prévalences tombent à 20 et 30 % respectivement, si l'on se restreint aux

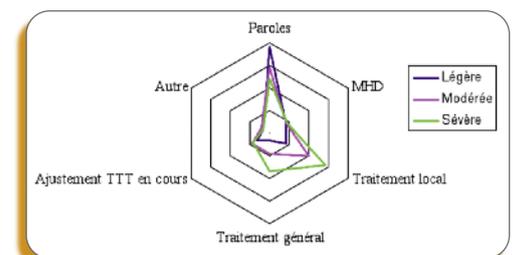


*Figure 1 : Traitement général des mastodynies : répartition des modalités (n = 180).*

Prise en charge	Intensité		
	légère %	modérée %	sévère %
Paroles rassurantes	76,4	58	48,5
Mesures hygiéno-diététiques	16,5	17,1	17,9
Traitement local	16,9	40	56
Traitement général	6,1	18,4	33,6
Arrêt ou ajustement d'un traitement en cours	12,4	18,2	16,4
Autre*	6,3	8,6	6,7

*Tableau 5 : Modalités de prise en charge des mastodynies en fonction de leur intensité (n = 1220).*

\* Autre : explorations radiologiques ou biologiques, ponction, biopsie...



*Figure 2 : Profils de la prise en charge des mastodynies en fonction de leur intensité*  
MHD = mesures hygiéno-diététiques  
TTT = traitement

mastodynies cycliques récentes « cliniques », définies comme les douleurs et/ou tensions mammaires, modérées à sévères, durant 5 jours ou plus chaque mois.

Le même auteur<sup>[3]</sup>, dans une autre étude menée chez des femmes de 18 à 44 ans interrogées par téléphone, échantillon représentatif de la population générale de l'état de Virginie aux Etats-Unis, rapporte une prévalence des mastodynies cycliques récentes (au cours des 3 derniers cycles) de 68 %, qui chute à 22 % si l'on ne considère que les mastodynies d'intensité modérée à sévère. Là encore, les comparaisons sont difficiles, vu les critères diagnostiques utilisés différents, l'hétérogénéité des populations étudiées et la variabilité des outils d'évaluation.

Toutefois, une étude allemande récente<sup>[10]</sup>, destinée à évaluer les plaintes gynécologiques subjectives dans la population féminine allemande et réalisée auprès d'un échantillon de femmes de 14 à 77 ans, rapporte une prévalence de douleurs mammaires de 13 %, proche de celle que nous avons observée dans *MastoDay* où les plaintes spontanées ne représentent la circonstance de découverte des mastodynies que chez 46,4 % des femmes qui en souffrent, soit 10,1 %. En effet, plus de la moitié des mastodynies dans notre étude sont de découverte fortuite, ayant nécessité leur recherche systématique à l'examen clinique. Les mastodynies sont, d'une façon générale, insuffisamment signalées : dans une étude réalisée au Pays de Galles sur une population de femmes professionnellement actives, 21 % des femmes interrogées ont rapporté des mastodynies sévères mais moins de la

moitié d'entre elles avait consulté pour avoir un avis médical<sup>[5,9]</sup>.

Par ailleurs, dans notre enquête, les douleurs mammaires sont cycliques dans 50,6 % des cas, alors que les études anglo-saxonnes rapportent des mastodynies cycliques dans deux tiers des cas, chez des femmes âgées généralement de 20 à 40 ans, et non cycliques dans moins d'un tiers des cas, chez des femmes de la quarantaine le plus souvent<sup>[4]</sup>. La moindre fréquence des mastodynies cycliques observée ici semble pouvoir être liée à la difficulté de situer la survenue des douleurs mammaires dans le cycle menstruel (donnée non renseignée dans près de 26 % des cas).

Les paroles rassurantes dispensées par le gynécologue occupent une place prépondérante dans la prise en charge et ce, d'autant que l'intensité des mastodynies est plus faible. La peur du cancer du sein est une préoccupation majeure des femmes, sa prise en compte par le médecin est indispensable dans l'évaluation du contexte psychologique de ses patientes souffrant de mastodynies. Bien que les mastodynies soient rarement le seul signe d'appel d'un cancer du sein, elles peuvent toutefois être présentes<sup>[6]</sup>. Par ailleurs, dans son étude cas-témoins, PLU-BUREAU G et coll.<sup>[6]</sup> ont rapporté une augmentation du risque de cancer du sein en cas d'antécédent de mastodynies cycliques, avec un effet durable. Des résultats similaires sont retrouvés par le même auteur dans une étude prospective de cohorte plus récente<sup>[7]</sup>. Les mastodynies, lorsqu'elles sont cycliques, doivent donc inciter à la plus grande prudence car elles semblent être associées à un risque plus élevé de cancer du sein (marqueur de

susceptibilité de la glande mammaire aux estrogènes ou marqueur indépendant de risque de cancer du sein).

Par ailleurs, notre enquête confirme l'utilisation en France des progestatifs dans le traitement des mastodynies : en effet, lorsqu'un traitement général est prescrit, il est dans près de trois quarts des cas, hormonal et tout particulièrement, progestatif.

## Conclusion

Cette enquête montre une prévalence non négligeable des mastodynies, qui semblent concerner plus d'un cinquième de la population féminine française. Elle souligne, de plus, l'intérêt de la recherche systématique des mastodynies à l'examen clinique lors de toute consultation médicale puisqu'elles constituent une plainte spontanée dans moins d'un cas sur deux, afin notamment d'instaurer une surveillance toute particulière des femmes à risque potentiel mammaire. Dans la majorité des cas, l'écoute des patientes et des paroles rassurantes sont en première intention la seule prise en charge des mastodynies. ■

Conflits d'intérêts : aucun

> **Remerciements** aux Présidents de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNGCM) en 2008 : Suzanne DAT (Midi) ; Pia DE REILHAC (Ouest) ; Jean DERRIEN (Rhône-Alpes) ; Béatrice GUIGUES (Normandie) ; Anne-Marie KERN (Bordeaux-Sud-Ouest) ; Brigitte LETOMBE (Présidente de la FNGCM) ; Monique LOISON-ALLEZ (Marseille-Provence) ; Françoise MOUSTEQU (Sud-Est) ; Elisabeth PAGANELLI (Centre-Val de Loire) ; Isabelle PAGNIEZ (Nord) ; Michèle SCHEFFLER (Lorraine-Régions Est) ; David SERFATY (Paris-Ile de France) et aux 347 gynécologues ayant participé à cette étude, réalisée avec le soutien du Laboratoire THERAMEX.

## RÉFÉRENCES

1. Ader DN, Browne MW. Prevalence and impact of cyclic mastalgia in a United States clinic-based sample. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 126-32.
2. Ader DN, Shriver CD. Cyclical mastalgia: prevalence and impact in an outpatient breast clinic sample. *J Am Coll Surg* 1997; 85: 466-70.
3. Ader DN, South-Paul J, Adera T, et coll. Cyclical mastalgia: prevalence and associated health and behavioral factors. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2001; 22: 71-6.
4. Holland PA, Gateley CA. Drug therapy of mastalgia. What are the options? *Drugs* 1994; 48: 709-16.
5. Maddox PR, Mansel RE. Management of breast pain and nodularity. *World J Surg* 1989; 13: 699-705.
6. Plu-Bureau G, Thalabard JC, Sitruk-Ware R, et coll. Cyclical mastalgia as a marker of breast cancer susceptibility: results of a case-control study among French women. *Br J Cancer* 1992; 65: 945-9.
7. Plu-Bureau G, Le MG, Sitruk-Ware R, et coll. Cyclical mastalgia and breast cancer risk: results of a French cohort study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2006; 15: 1229-31.
8. Rosolowich V, Saettler E, Szuck B, et coll. Mastalgia. *J Obstet Gynaecol Can* 2006; 28: 49-71.
9. Smith RL, Pruthi S, Fitzpatrick LA. Evaluation and management of breast pain. *Mayo Clin Proc* 2004; 79: 353-72.
10. Weidner K, Richter J, Bittner A, et coll. [A German survey of subjective gynaecological complaints]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2009; 59: 345-53.

## Les rétrécissements acquis de la vulve et du vagin, vaginisme : quelle place pour l'utilisation de bougies ?

ROMAN ROUZIER - Service de Gynécologie-obstétrique, Hôpital Tenon, Paris

La prise en charge des rétrécissements acquis de la vulve et du vagin est complexe car il s'agit d'une situation rare qui est peu intégrée dans l'enseignement actuel. Les étiologies des rétrécissements acquis de la vulve et du vagin sont nombreuses et très diverses quant à la pathogénie du rétrécissement : séquelle d'une dermatose (lichen scléreux vulvaire, lichen plan), hypo-oestrogénie majeure, conséquence d'une thérapeutique (radiothérapie, réaction du greffon contre l'hôte, chirurgie), traumatique (mutilation génitale féminine),...<sup>[1]</sup>. Le principal signe clinique témoignant d'un rétrécissement acquis de la vulve ou du vagin est la dyspareunie. Chez les patientes qui n'ont plus d'activité sexuelle, ce sont les symptômes propres à la maladie ou bien une dysurie qui peuvent amener la patiente à consulter. Le vaginisme se définit quant à lui comme une contraction musculaire prolongée ou récurrente des muscles du plancher pelvien qui entourent l'ouverture du vagin. Cette action réflexe, et par la même involontaire et incontrôlable, rend impossible toute pénétration vaginale désirée, même par un doigt ou un simple tampon hygiénique. La source du vaginisme est certes psychologique, mais peut être la conséquence d'une pathologie (traumatisme, radiothérapie,...). Sa prévalence chez la femme serait comprise entre moins de 5% et jusqu'à 10% suivant les statistiques<sup>[2]</sup>. Le vaginisme peut être primaire, survenant

dès les premiers rapports sexuels, ou bien secondaire, survenant après une période prolongée de rapports sexuels sans problème. Le vaginisme secondaire survient en général après un traumatisme, physique ou psychique (mauvaise expérience), de toute nature ou entraîne une dyspareunie.

Ces situations sont source de désarroi pour les patientes qui tardent à consulter et sont peu informées sur la survenue possible de cet événement. Le retentissement psychologique de la dyspareunie peut être important car il génère une anxiété du fait de la perplexité des médecins consultés. La perte d'estime peut aussi être majeure par le sentiment de perte de la féminité. La patiente peut entrer dans un cercle non vertueux qui a pour conséquences l'évitement des rapports sexuels, la diminution de la libido et la crainte de perdre le partenaire en raison de l'espacement voire de l'absence de rapports sexuels.



### Prise en charge de la pathologie

En cas de pathologie identifiée, un traitement spécifique est nécessaire : il s'agit essentiellement des oestrogènes en cas d'hypo-oestrogénie et de corticoïdes locaux en cas de lichen. Le traitement de choix du lichen scléreux ano-génital est l'utilisation d'un dermo-

corticoïde extrêmement puissant tel le Dermoval® en pommade (clobétasol propionate à 0,05 p. 100, topique corticostéroïde de classe I). Il est recommandé d'appliquer et de faire pénétrer sur la vulve une quantité de la grosseur d'un petit pois extra-fin chaque soir pendant les quatre premières semaines ; puis un soir sur deux pendant quatre semaines ; et enfin une fois par semaine pendant quatre semaines<sup>[3,4]</sup>. Ainsi, un tube de 30 g dure en général 3 mois. Cependant les corticoïdes ont peu d'effet sur les remaniements établis et seule la chirurgie permet leur correction<sup>[1]</sup>.

Si le lichen scléreux vulvaire ne peut être responsable que de sténose vulvaire (il n'atteint jamais le vagin), le lichen plan peut être responsable de synéchies vaginales. Seule la chirurgie, relayée par des dilatations à l'aide de bougies, va permettre de rétablir l'anatomie tout en sachant que cette affection récidivante et évolutive limite l'efficacité de la chirurgie. Secondairement, le traitement repose sur les dermocorticoïdes, les rétinoïdes, la PUVAthérapie. La corticothérapie per os, bien que souvent prescrite, reste à évaluer. Le traitement est mal codifié, mais la corticothérapie locale, à base de clobétasol en crème pour la muqueuse vulvaire et de Colofoam pour le vagin (applications quotidiennes puis plus espacées), peut juguler généralement les poussées. L'application de dermo-corticoïde par l'intermédiaire d'une bougie peut aussi s'avérer utile.



## Dilatation, utilisation des bougies

Les dilatations à la bougie constituent la méthode la plus simple pour restaurer l'anatomie ou bien surmonter le vaginisme. Elle permet à la femme de comprendre le problème et de se reconnecter avec sa vulve et son vagin. Les résultats dépendent beaucoup du retentissement psychosomatique de la sténose ou du vaginisme. Pour la dilatation, la position recommandée est allongée sur le dos, les genoux pliés et légèrement écartés. Il est possible également de procéder debout avec un pied posé sur une chaise. Les bougies sont difficiles à se procurer par l'intermédiaire des pharmacies. Elles peuvent être commandées à l'adresse suivante : Owen Mumford France ; BP444 ; 27204 Vernon Cedex (Tél : 02 32 51 88 70

Fax : 02 32 21 96 95 / <http://www.owenmumford-fr.com/Amielle/>).

Le coût est de 45 euros en Août 2009 pour un set de 4 bougies (Amielle Comfort ou Amielle Care). Une demande de remboursement peut être effectuée auprès de la sécurité sociale par l'établissement d'un certificat. Les bougies peuvent se visser sur un support (peu utile en réalité). Elles doivent être utilisées avec du gel hydrosoluble. Il convient de commencer avec la plus petite bougie ; les bougies Amielle Comfort s'avèrent plus utiles car plus profilées. La bougie doit être introduite le plus loin possible puis laissée en place pendant 5 minutes. Des mouvements circulaires et de va-et-vient peuvent être réalisés surtout si il existe des adhérences dans le vagin. Ces soins peuvent être réalisés 3 à 4 fois par semaine ou plus (parfois bi-quotidiens) sans limitation de durée.

Dans le cas de la radiothérapie externe et de la curiethérapie qui font partie de l'arsenal thérapeutique des cancers de l'endomètre et du col utérin, l'examen du vagin peu après une irradiation pelvienne retrouver une sténose vaginale très fréquemment. Cette sténose résulte à la fois d'adhérences et d'une fibrose circonférentielle de la partie supérieure du vagin. Cela aboutit à une rétraction du dôme vaginal et à un raccourcissement du vagin. En plus des conséquences fonctionnelles pour l'activité sexuelle (dyspareunie, saignements post-coïtaux), ces changements anatomiques diminuent la qualité du suivi clinique. Dans un but de prévention, certaines équipes ont recommandé l'utilisation de bougies vaginales quand la poursuite des relations sexuelles n'est pas possible [5,6]. ■

Conflits d'intérêts : aucun

## RÉFÉRENCES

1. Rouzier R, Haddad B, Deyrolle C, Pelisse M, Moyal-Barracco M, Paniel, BJ Perineoplasty for the treatment of introital stenosis related to vulvar lichen sclerosus. *Am J Obstet Gynecol* 2002;186, 49-52.
2. Crowley T, Goldmeier D, Wadsworth J, Hiller J, Diagnosing and managing vaginismus. *BMJ* 2009;338:b2284
3. Powell JJ, Wojnarowska F. Lichen sclerosus. *Lancet*. 1999;353:1777-83.
4. Lewis FM. Vulval lichen planus. *Br J Dermatol* 1998;138:569-75.
5. Denton AS, Maher EJ. Interventions for the physical aspects of sexual dysfunction in women following pelvic radiotherapy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(1):CD003750.
6. Decruze SB, Guthrie D, Magnani R. Prevention of vaginal stenosis in patients following vaginal brachytherapy. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 1999;11:46-8.

## RENCONTRES . . .

### Symptômes de la vaginose : des femmes qui souffrent sous omerta

Le laboratoire Codépharma s'attache depuis des années à lever un à un tous les tabous qui concernent la santé des femmes et à faire reconnaître l'impact de ces tabous sur la dégradation de leur qualité de vie. Après avoir accompagné et même suscité l'émergence d'informations sur l'incontinence urinaire et la sécheresse vaginale dans la presse, Codépharma s'attaque aujourd'hui à une pathologie particulièrement fréquente puisqu'un tiers des femmes en souffrent durant la période que dure leur fertilité : la vaginose.

A toutes les femmes touchées par une vaginose et qui souffrent en silence de ces symptômes particulièrement pénibles à supporter, **Codépharma apporte une solution simple, discrète et efficace dans le temps : RepHresh®, un gel vaginal qui élimine rapidement odeurs et pertes vaginales anormales, et assure 3 jours d'efficacité en une seule application.**

RepHresh®, dont l'efficacité a été objectivée par deux études cliniques :

- restaure le pH à sa valeur optimale pendant 72 h,
- élimine rapidement odeurs et pertes désagréables,
- soulage les irritations et démangeaisons,
- assure une sensation de fraîcheur durable (86% des femmes n'ont présenté aucune récurrence, même 6 semaines après l'arrêt du traitement).

Site internet : [www.rephresh.fr](http://www.rephresh.fr)



D'après un communiqué de presse de Codepharma

# La colposcopie chez les femmes infectées par le VIH

ISABELLE HEARD

Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, Centre National de Référence des HPV, Institut Pasteur  
INSERM, U943; UPMC Université Paris 06, Paris, France

## Introduction

C'est grâce à des études épidémiologiques de cohortes que l'histoire naturelle de l'infection par les papillomavirus humains (HPV) et son retentissement clinique ont pu être connus dans les années 90. Deux études de cohortes ont été mises en place aux USA dès le début des années 90 pour évaluer l'effet du VIH sur la santé des femmes et en particulier sur la pathologie liée à l'infection par les HPV. Ces études ainsi que d'autres effectuées en Europe ont toutes montré que l'infection par les HPV est retrouvée chez 20 à 40% des femmes séropositives pour le VIH, quelque soit leur âge<sup>(2)</sup>. Le taux de clairance spontanée est environ deux fois plus faible que dans la population générale<sup>(3, 4)</sup>.

### mots-clés

Colposcopie,  
VIH,  
Lésions cervicales

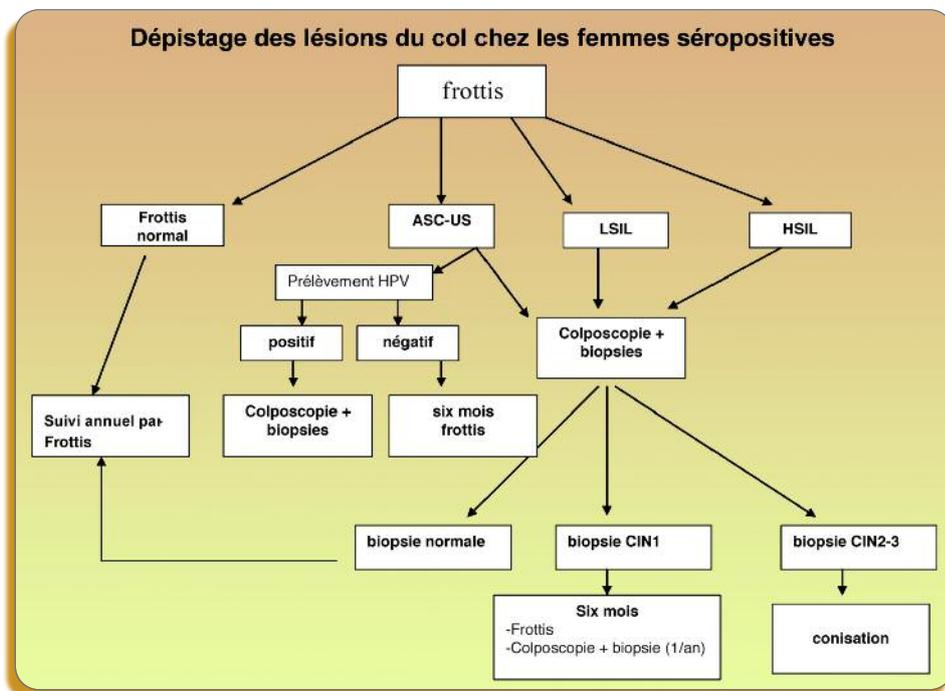


Figure 1

## Les études

Alors que la prévalence des lésions cervicales est d'environ 3 % dans la population générale, plusieurs études ont montré qu'elle varie de 20 à 40 % chez les femmes séropositives pour le VIH<sup>(5)</sup>. Les données de la littérature analysées par

Mandelblatt avaient fait apparaître dès le début des années 90 que les femmes séropositives avaient un risque relatif de survenue de lésions cervicales environ cinq fois plus élevé que les femmes séronégatives (4,9,95% CI, 3,0-8,2)<sup>(6)</sup>. La prévalence élevée des CIN chez les femmes séropositives semble étroitement corrélée au degré d'immunodépression<sup>(7)</sup>.

Cependant, dix ans après l'arrivée des traitements antirétroviraux, qui agissent en restaurant l'immunité, cette prévalence reste environ dix fois plus élevée chez les femmes infectées par le VIH que dans la population générale. Dans ce contexte, d'autres types d'interactions entre le VIH et les HPV ne peuvent être exclus.

L'évolution spontanée des lésions du col est également différente chez les femmes séropositives pour le VIH. L'évolution non traitée montre une persistance des lésions dans 60 à 90 % des cas chez ces femmes, alors qu'elle est d'environ 20% dans la population générale<sup>(8)</sup>. Après traitement chirurgical, le taux de récurrence et/ou de persistance est supérieur à 60%<sup>(9)</sup>, il est fonction du degré d'immunodéficience, mais semble indépendant des modalités du traitement chirurgical<sup>(10)</sup>.

Dans ce contexte de prévalence élevée de lésions et de risque sévère de persistance/récurrence après traitement chirurgical, la place des outils de dépistage et de confirmation des lésions, c'est à dire du frottis, de la colposcopie et des biopsies doit être évaluée. La sensibilité du frottis pour la détection des lésions précancéreuses (néoplasies intraépithéliales de haut grade, CIN3) a été évaluée et varie selon les études entre 20 et 80 %<sup>(11, 12)</sup>.

**Dans une étude portant sur 241 femmes infectées par le VIH** comparées à 991 femmes séronégatives, l'accord entre la cytologie et le résultat combiné de la colposcopie et de l'histologie était bon avec toutefois un kappa supérieur pour le groupe contrôle que pour les femmes séropositives pour le VIH ( $k=0,789$ , IC 95% 0,723-0,856 et  $=0,593$ , IC95% 0,475-0,712, respectivement).

Les conclusions de cette étude étaient que la sensibilité, la spécificité et le taux de faux négatif du dépistage cytologique étaient comparables chez les femmes

infectées par le VIH et chez les femmes séronégatives<sup>(13)</sup>.

L'intérêt de la colposcopie systématique en complément du frottis a été évaluée dans différentes études.

**Dans une étude transversale portant sur 248 femmes séropositives pour le VIH** et 220 femmes non infectées, avec une prévalence d'anomalies cytologiques de 33% chez les premières contre 8% chez les secondes, la pratique de la colposcopie systématique permettait de détecter 38% de tous les CIN, qui ne l'auraient pas été par la pratique seule du frottis<sup>(12)</sup>.

**Dans une étude plus récente**, portant sur une cohorte de 1534 femmes séropositives en Europe et en Afrique du sud, l'utilisation de la colposcopie, associée au test pour la détection de l'infection HPV (Hybrid Capture II) et à la cytologie a permis d'estimer au mieux le taux de CIN2-3. Dans cette étude, aucune lésion de haut grade confirmée histologiquement n'était associée à un frottis normal. Il apparaissait donc que le frottis était suffisant pour la détection des CIN2-3, que le test HPV était peu spécifique avec une mauvaise valeur prédictive positive et que finalement, il n'y avait pas de bénéfice à faire une colposcopie systématique<sup>(14)</sup>.

Ces études montrent finalement que la sensibilité de la colposcopie pour la détection des CIN3 est relativement semblable chez les femmes séropositives (83-96%) et chez les femmes séronégatives (86%)<sup>(15)</sup>. Par contre, la spécificité est toujours inférieure chez les femmes séropositives.

À l'examen clinique, les lésions vues au colposcope chez les femmes séropositives apparaissent souvent multifocales et étendues. Elles associent souvent des zones de transformation atypique de grades différents.

**En France, un groupe d'experts réactualise régulièrement les recom-**

**mandations de prise en charge des personnes vivant avec le VIH.** Les dernières recommandations ont été émises en 2008. Elles stipulent que le frottis cervical étant un bon outil de dépistage chez les femmes séropositives, il n'y a pas lieu d'y associer une colposcopie systématique. De plus, la recherche des HPV à potentiel oncogène a les mêmes recommandations que pour la population générale (atypies cellulaires de signification indéterminée). La place de la colposcopie est la suivante : elle doit être systématiquement réalisée devant toute anomalie cytologique (ASC-US, lésion de bas grade ou LSIL, lésion de haut grade ou HSIL). Elle doit explorer tout le tractus génital à la recherche de lésions associées. Lorsque la colposcopie ne permet pas d'observer l'intégralité des lésions cervicales, notamment vers le canal endocervical, elle est considérée comme non satisfaisante et doit être suivie d'un curetage de l'endocol. En cas de détection d'une lésion, la conduite dépend du grade de la lésion. Les lésions histologiques malpighiennes de bas grade (CIN 1) bénéficieront d'une surveillance à type de frottis et colposcopie tous les 6 mois avec biopsie annuelle (sauf en cas de modification mise en évidence à la colposcopie qui impose une biopsie immédiate). Les lésions histologiques malpighiennes de haut grade (CIN 2 et 3) : les lésions CIN 2 et 3 doivent être traitées. Les méthodes de résection (électrorésection à l'anse ou conisation au bistouri) sont indiquées mais la vaporisation-laser est contre-indiquée. Les modalités de surveillance post-thérapeutique des CIN doivent tenir compte de la fréquence élevée des récurrences chez les femmes séropositives. Une surveillance régulière doit être proposée avec un premier contrôle entre 3 et 6 mois (frottis cervical plus colposcopie et biopsies dirigées ou curetage endocervical si la lésion était de siège endocervical). Les examens

seront répétés tous les 6 mois. En cas de récurrence ou de persistance des lésions, le traitement des lésions résiduelles confirmées par l'histologie dépendra de leur sévérité et de leur

situation sur le col (nouvelle conisation, hystérectomie). Enfin, l'hystérectomie peut être envisagée en cas de pathologie associée (fibromes, etc.) ou de récurrence après conisation. Après

hystérectomie, la surveillance comporte des frottis vaginaux réguliers du fait du risque de survenue de lésions à ce niveau<sup>(16)</sup>. ■

Conflits d'intérêts : aucun

## RÉFÉRENCES

- Centers for disease control and prevention. 1993 revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. *MMWR*. 1993; 41:1-19.
- Duerr A, Kieke B, Warren D, Shah K, Burk R, Peipert JF, et al. Human papillomavirus-associated cervical cytologic abnormalities among women with or at risk of infection with human immunodeficiency virus. *Am J Obstet Gynecol*. 2001 Mar;184(4):584-90.
- Palefsky J. Biology of HPV in HIV infection. *Adv Dent Res*. 2006;19(1):99-105.
- Koshiol JE, Schroeder JC, Jamieson DJ, et coll. Time to clearance of human papillomavirus infection by type and human immunodeficiency virus serostatus. *Int J Cancer*. 2006 Oct 1;119(7):1623-9.
- Massad LS, Seaberg EC, Wright RL, et coll. Squamous cervical lesions in women with human immunodeficiency virus: long-term follow-up. *Obstet Gynecol*. 2008 Jun;111(6):1388-93.
- Mandelblatt JS, Fahs M, Garibaldi K, et coll. Association between HIV infection and cervical neoplasia: implications for clinical care of women at risk for both conditions. *AIDS*. 1992;6:173-8.
- Heard I, Tassie J-M, Schmitz V, et coll. Increased risk of cervical disease among human immunodeficiency virus-infected women with severe immunosuppression and high human papillomavirus load. *Obstet Gynecol*. 2000;96(3):403-9.
- Maiman M, Fruchter RG, Serur E, et coll. Recurrent cervical intraepithelial neoplasia in human immunodeficiency virus-seropositive women. *Obstet Gynecol*. 1993;82(2):170-4.
- Fruchter RG, Maiman M, Sedlis A, et coll. Multiple recurrences of cervical intraepithelial neoplasia in women with the human immunodeficiency virus. *Obstet Gynecol*. 1996;87(3):338-44.
- Heard I, Potard V, Foulot H, et coll. High Rate of Recurrence of Cervical Intraepithelial Neoplasia After Surgery in HIV-Positive Women. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2005 Aug 1;39(4):412-8.
- Robinson W. Invasive and preinvasive cervical neoplasia in human immunodeficiency virus-infected women. *Semin Oncol*. 2000;27:463-70.
- Maiman M, Fruchter RG, Sedlis A, et coll. Prevalence, risk factors, and accuracy of cytologic screening for cervical intraepithelial neoplasia in women with the human immunodeficiency virus. *Gynecol Oncol*. 1998;68(3):233-9.
- Spinillo A, Capuzzo E, Tenti P, et coll. Adequacy of screening cervical cytology among human immunodeficiency virus-seropositive women. *Gynecol Oncol*. 1998 May;69(2):109-13.
- Kitchener H, Nelson L, Adams J, et coll. Colposcopy is not necessary to assess the risk to the cervix in HIV-positive women: an international cohort study of cervical pathology in HIV-1 positive women. *Int J Cancer*. 2007 Dec 1;121(11):2484-91.
- Mitchell MF, Schottenfeld D, Tortolero-Luna G, et coll. Colposcopy for the diagnosis of squamous intraepithelial lesions: a meta-analysis. *Obstet Gynecol*. 1998;91(4):626-31.
- Yeni P. Prise en charge médicale des personnes infectées par le VIH. *Médecine-Sciences Flammarion*. 2006.

## R E N C O U R S . . .

### 4<sup>èmes</sup> Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle (Nantes, 31 mars au 4 avril)

Après Strasbourg, Lille et Reims, Nantes a accueilli cette année pendant 4 jours près de 700 sexologues, cliniciens et thérapeutes, « pour dialoguer avec les autres disciplines ».

« Depuis toujours, a souligné Nadine Grafeille, présidente d'honneur du congrès (médecin sexologue et psychiatre à Bordeaux) les sexologues ont travaillé non seulement avec l'individu dans la totalité de son être mais aussi sur les deux entités que forme le couple. Cette année, le choix de ce sujet et de toutes les conférences qui ont animé ces journées nous ont acheminé vers l'interface des différentes spécialités invitées afin d'amplifier nos interactions médicales et scientifiques : psychiatrie, chirurgie, cardiologie, dermatologie, gynécologie, sociologie, neurobiologie, génétique... »

Ces 4<sup>èmes</sup> Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle ont ainsi réuni sexologues et sexo-thérapeutes ; elles sont organisées par deux grandes associations scientifiques françaises, l'Association Inter Hospitalo- Universitaire de Sexologie (AIHUS) et la Société Française de Sexologie Clinique (SFSC), sous l'égide de la Fédération Française de Sexologie et de Santé Sexuelle.

La sexologie est une discipline qui se veut scientifique en contribuant à la connaissance de la sexualité et de ses troubles. Elle est enseignée dans douze universités en France au sein du DIU de sexologie délivré aux médecins en trois ans..

Aujourd'hui, les praticiens en sexologie intègrent l'**approchement MPSC (médicale, personnelle, sociale et de couple)** : la recherche d'une cause médicale à la souffrance exprimée par la personne est certes d'autant plus prioritaire qu'elle peut se traiter efficacement sur le plan médical mais il faut accorder tout autant d'importance aux facteurs psychogènes personnels passés et présents ainsi qu'aux facteurs sociaux (milieu familial, professionnel et relationnel). Enfin la notion de couple est dominante pour appréhender certaines difficultés.

Alcoolisme, diabète, dépression, maladies cardiaques, visages de la dépendance, sex-addiction, fragilité de l'adolescente, grossesse, oncologie... et sexualité, telles ont été les principales sessions durant ces 4 jours. Elles ont été concoctées par Patrice Lopes (Nantes) et Mireille Bonierbale (Marseille) et présidées comme chaque année par Pierre Costa et Marc Ganem, 1<sup>er</sup> président d'une toute nouvelle **Chaire de santé sexuelle à l'Unesco**.

Docteur Jacques HALIMI  
D'après une conférence de presse des Assises

# Analgésie locale per opératoire en chirurgie gynécologique et mammaire

ELISABETH CHÉREAU<sup>(1)</sup>, BÉNÉDICTE LESIEUR<sup>(1)</sup>, MÉLANIE CAYRAC<sup>(1)</sup>,  
LINDA AMASSE<sup>(2)</sup>, ROMAN ROUZIER<sup>(1)</sup>

1. Service de Gynécologie Obstétrique et Médecine de la Reproduction

2. Service d'Anesthésie Réanimation

Hôpital Tenon, Paris

## Introduction

En gynécologie comme dans d'autres spécialités, la chirurgie ambulatoire et la chirurgie mini invasive se développent de plus en plus. Les douleurs post opératoires peuvent constituer un frein à cette chirurgie. L'enjeu actuel est donc de réduire ces douleurs et de favoriser une réhabilitation et une sortie précoce des patientes. Dans ce dessein, plusieurs techniques d'analgésie per opératoire, réalisées en fin d'intervention chirurgicale ont été décrites : l'infiltration des tissus sous cutanés sur le trajet des cicatrices ou l'instillation au niveau du site opératoire notamment en coelioscopie. Ces techniques utilisent des anesthésiques locaux et différents anesthésiques ont été testés dans cette indication.

nerveuses et des terminaisons libres et donc le blocage de l'inflammation et de l'influx nociceptif initial.

Lors de l'administration d'un agent analgésique dans une séreuse (péritoine, plèvre, synoviale articulaire), l'absorption systémique du produit est différente par rapport à l'administration

sous-cutanée (*Figure 4*). C'est pourquoi certains préfèrent employer dans ce cas le terme d'**instillation**. L'instillation permet de lutter contre l'inflammation par action directe sur les séreuses et par diminution de l'acidité du péritoine par tamponnement avec le produit anesthésique.



Figures 1 et 2 : Infiltration des orifices cutanés par de la ropivacaine en fin de coelioscopie.



Figure 3 : Infiltration de la paroi abdominale en fin de laparotomie.



Figure 4 : Instillation de ropivacaine en fin de coelioscopie.

## Définitions

L'analgésie par **infiltration** est l'injection d'un agent analgésique dans un espace sous-cutané ou dans une paroi musculo-aponévrotique, en cherchant à obtenir une action par diffusion locale du produit à proximité de la cicatrice opératoire (*Figures 1, 2 et 3*). L'infiltration permet le blocage des petites fibres

## Indications de l'analgésie locale en chirurgie gynécologique

L'infiltration des trajets des incisions chirurgicales peut être proposée aussi bien en laparotomie qu'en coelioscopie qu'a cours d'une intervention au niveau mammaire. L'instillation au niveau du site opératoire est plus fréquemment réalisée en coelioscopie, mais peut aussi se discuter lors d'une laparotomie.

## Anesthésiques locaux utilisés

La molécule la mieux adaptée aux infiltrations est la **ropivacaïne (Naropeine®)**, grâce à son profil pharmacodynamique et son index thérapeutique supérieur à celui de la bupivacaïne (Marcaïne®).

Elle est par ailleurs le seul anesthésique local à posséder l'autorisation de mise sur le marché pour les infiltrations. Les contre-indications à l'administration de ropivacaïne sont l'hypersensibilité à la ropivacaïne ou aux autres anesthésiques locaux à liaison amide.

Le volume utilisé est le plus souvent 20 ml en instillation intra péritonéale et 20 ml en infiltration sous cutanée (volume de conditionnement de la ropivacaïne).

## Chirurgie pelvienne (Tableau 1)

Plusieurs études ont évalué la douleur post opératoire, la consommation de produits morphiniques et les suites post opératoires après réalisation d'une infiltration ou d'une instillation en fin d'intervention chirurgicale que ce soit en coelioscopie ou en laparotomie pour des chirurgies programmées ou en urgence. Certains auteurs ont aussi évalué l'effet d'instillations répétées ou

Référence	Type de chirurgie	Produits utilisés	Type analgésie	Effet retrouvé
Glodstein 2000 (4)	Cœlioscopie	- bupivacaïne - ropivacaïne - sérum physiologique	Instillation	Diminution de la consommation de morphiniques. Ropivacaïne > bupivacaïne
Dreher 2000 (2)	Cœlioscopie	- ropivacaïne - sérum physiologique	Instillation	Diminution des douleurs et des antalgiques intra veineux
Saleh 2001 (9)	Cœlioscopie	- bupivacaïne - sérum physiologique	Instillation	Diminution des douleurs limitée aux 30 minutes suivant l'intervention
Kaufman 2008 (5)	Cœlioscopie	- ropivacaïne - sérum physiologique	Instillation	Aucune différence entre les deux groupes (douleur, consommation d'antalgiques)
Callesen 1999 (1)	Cœlioscopie	- ropivacaïne - sérum physiologique	Instillation Infiltration	Diminution des douleurs (4 heures), des nausées et des vomissements (72 heures). Diminution de la consommation de morphiniques.
Ghezzi 2005 (3)	Cœlioscopie	- ropivacaïne - sérum physiologique	Infiltration	Aucune différence entre les deux groupes (douleur, consommation d'antalgiques)
Ng 2002 (6)	Laparotomie	- bupivacaïne + épinephrine - sérum physiologique	Instillation Infiltration	Diminution de la consommation de morphiniques dans les 4 premières heures suivant la chirurgie.
Updike 2003 (10)	Laparotomie	- ropivacaïne - sérum physiologique	Infiltration pré opératoire	Aucune différence entre les deux groupes (douleur, consommation d'antalgiques)
Perniola 2009 (8)	Laparotomie	- levobupivacaïne - sérum physiologique	Instillation continue (48h)	Aucune différence entre les deux groupes (douleur, consommation d'antalgiques)
Zohar 2004 (11)	Laparotomie	- ropivacaïne 0,1% - ropivacaïne 0,2%	Instillation continue (6h)	Aucune différence entre les deux concentrations de ropivacaïne
Papadima 2009 (7)	Cœlioscopie	- levobupivacaïne - sérum physiologique	Instillation répétée à 8h	Diminution des douleurs Diminution de la consommation de morphiniques.

Tableau 1 : Revue de la littérature de l'utilisation des analgésiques locaux en cœlioscopie et en laparotomie.

continues au moyen d'un cathéter laissé en place en fin d'intervention.

L'analyse de ces données permet de conclure à l'efficacité de la ropivacaïne lors de son utilisation en instillation à la fin de la cœlioscopie (1,2,4,5,9). Elle permet une diminution des douleurs post opératoires et une diminution de la consommation de produits morphiniques dans 4 études sur 5. Cette action est néanmoins temporaire et maximale dans le post opératoire immédiat (de 30 minutes à 4 heures selon les études) (1). L'infiltration des orifices de trocarts ne semble pas améliorer les douleurs post opératoires (3).

L'utilisation de l'analgésie per opératoire par infiltration en laparotomie réduit aussi les douleurs et la nécessité d'antalgiques post opératoires en cas d'infiltration réalisée à la fin de l'intervention (6,10). En revanche, l'infiltration de la paroi abdominale en début d'intervention ne semble pas mettre en évidence de bénéfice en termes de douleurs post opératoires (10). L'instillation réalisée en continu en post opératoire ne paraît de même peu concluante (8). Seule l'instillation répétée diminue les douleurs post opératoires (7). Par ailleurs l'étude comparant différentes concentrations de

ropivacaïne n'a pas mis en évidence de différence entre les deux dosages (0,1 et 0,2%). De plus, la seule étude comparant la ropivacaïne à la bupivacaïne retrouve des résultats en faveur de la ropivacaïne<sup>(11)</sup>.

## Chirurgie mammaire

Les études menées sur l'analgésie locale en fin d'intervention de chirurgie mammaire ne semblent pas mettre en

évidence de bénéfice en termes de douleurs post opératoires avec utilisation de ropivacaïne<sup>(12,13)</sup>.

## Conclusion

Il semble légitime au vue des données de la littérature de réaliser une instillation d'analgésiques locaux en fin d'intervention chirurgicale réalisée par voie cœlioscopique. En cas de laparotomie, l'infiltration des tissus sous-cutanés paraît plus adaptée.

L'utilisation dans ces conditions des analgésiques locaux permet de réduire les douleurs post opératoires dans les heures qui suivent l'intervention et de diminuer le recours aux antalgiques classiques ou morphiniques. Dans la chirurgie mammaire, l'infiltration cutanée ne semble par apporter de bénéfice sur les douleurs post opératoires. La ropivacaïne est l'analgésique local le plus efficace dans ces situations. Il est par ailleurs le seul à posséder une autorisation de mise sur le marché dans cette indication. ■

Conflits d'intérêts : aucun

## RÉFÉRENCES

1. CALLESEN TP, HIJORT DP, MOGENSEN TP, et al. Combined field block and i.p. instillation of ropivacaine for pain management after laparoscopic sterilization. *Br J Anaesth* 1999;82:586-90.
2. DREHER JKP, NEMETH DP, LIMB RP. Pain relief following day case laparoscopic tubal ligation with intra-peritoneal ropivacaine: a randomised double blind control study. *Aust N Z J Obstet Gynaecol* 2000;40:434-7.
3. GHEZZI FP, CROMI AP, BERGAMINI VP, et al. Preemptive port site local anesthesia in gynecologic laparoscopy: a randomized, controlled trial. *J Minim Invasive Gynecol* 2005;12:210-5.
4. GOLDSTEIN AP, GRIMAUULT PP, HENIQUE AP, KELLER MP, FORTIN AP, DARAI EP. Preventing postoperative pain by local anesthetic instillation after laparoscopic gynecologic surgery: a placebo-controlled comparison of bupivacaine and ropivacaine. *Anesth Analg* 2000;91:403-7.
5. KAUFMAN YP, HIRSCH IP, OSTROVSKY LP, et al. Pain relief by continuous intraperitoneal nebulization of ropivacaine during gynecologic laparoscopic surgery--a randomized study and review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol* 2008;15:554-8.
6. NG AP, SWAMI AP, SMITH GP, DAVIDSON ACP, EMEMBOLU JP. The analgesic effects of intraperitoneal and incisional bupivacaine with epinephrine after total abdominal hysterectomy. *Anesth Analg* 2002;95:158-62.
7. PAPANIKOLAOU AP, LAGOUDIANAKIS EEP, ANTONAKIS PP, et al. Repeated intraperitoneal instillation of levobupivacaine for the management of pain after laparoscopic cholecystectomy. *Surgery* 2009;146:475-82.
8. PERNIOLA AP, GUPTA AP, CRAFOORD KP, DARVISH BP, MAGNUSON AP, AXELSSON KP. Intraabdominal local anaesthetics for postoperative pain relief following abdominal hysterectomy: a randomized, double-blind, dose-finding study. *Eur J Anaesthesiol* 2009;26:421-9.
9. SALEH AP, FOX GP, FELEMBAN AP, GUERRA CP, TULANDI TP. Effects of local bupivacaine instillation on pain after laparoscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2001;8:203-6.
10. UPDIKE GMP, MANOLITSAS TPP, COHN DEP, et al. Pre-emptive analgesia in gynecologic surgical procedures: preoperative wound infiltration with ropivacaine in patients who undergo laparotomy through a midline vertical incision. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:901-5.
11. ZOHAR EP, SHAPIRO AP, PHILLIPOV AP, HOPPENSTEIN DP, KLEIN ZP, FREDMAN BP. The postoperative analgesic efficacy of wound instillation with ropivacaine 0.1% versus ropivacaine 0.2%. *J Clin Anesth* 2004;16:399-404.
12. Baudry G, Steghens A, Laplaza D, Koeberle P, Bachour K, Bettinger G, Combiere F, Samain E. [Ropivacaine infiltration during breast cancer surgery: postoperative acute and chronic pain effect]. *Ann Fr Anesth Reanim*. 2008 Dec;27(12):979-86.
13. Johansson A, Kornfält J, Nordin L, Svensson L, Ingvar C, Lundberg J. Wound infiltration with ropivacaine and fentanyl: effects on postoperative pain and PONV after breast surgery. *J Clin Anesth*. 2003 Mar;15(2):113-8.

## AGENDA

JMG 2<sup>es</sup> Journées Méditerranéennes de Gynécologie

Jeudi 12 et Vendredi 13 mai 2011

Président : Pr. Thierry MAUDELONDE  
Président d'honneur : Pr. Emile DARAI

Retrouvez toutes les informations sur [www.jmg-nice.fr](http://www.jmg-nice.fr)

Hôtel Holiday Inn  
Port de Saint-Laurent-du-Var (aéroport Nice Côte d'Azur)

## Morceaux choisis

### 34<sup>ème</sup> congrès de la Société Française de Colposcopie et de Pathologie Cervico Vaginale - janvier 2011

ANDRÉ NAZAC - Gynécologue obstétricien

**L**e thème de ce 34<sup>ème</sup> congrès annuel de la société de colposcopie était « le col à tous les âges ».

L'assistance était nombreuse montrant un intérêt constant pour ces pathologies et la colposcopie en particulier.

▶▶▶▶

#### Le dépistage est préconisé de 25 ans à 65 ans tous les 3 ans

Le dépistage organisé existe dans plusieurs pays européens, pas en France hormis dans 4 départements depuis quelques années et dans 9 autres départements pilotes depuis quelques mois.

Il semblerait que cette option devienne organisée sur tout le territoire à court terme.

En effet une enquête menée par la société de colposcopie a montré que les cancers du col survenaient à 67% chez des femmes non ou sous dépistées.

Les recommandations officielles de la HAS préconisent désormais un Frottis Cervico Utérin (FCU) de dépistage à partir de 25 ans, les 2 premiers à 1 an d'intervalle, puis tous les 3 ans en cas de normalité. Ceci jusqu'à 65 ans.

Bien sûr, cette attitude est à moduler en fonction de l'histoire de chaque patiente. Ainsi une patiente qui a eu un antécédent de CIN 2+ devra faire un FCU annuel à vie.

▶▶▶▶

#### Pas de test HPV dans le dépistage primaire

La première présentation (C.Bergeron) a fait l'état des connaissances de la pratique du dépistage en fonction de l'âge.

Aucune attitude autre que celle de la HAS n'a sa place pour le moment, mais des pistes semblent intéressantes.

Ainsi un dépistage par détection HPV est plus sensible mais moins spécifique, aboutissant à un sur-traitement de lésions qui régresseraient spontanément chez des femmes de moins de 35 ans. Chez les femmes plus jeunes, pour éviter l'écueil du sur-traitement, des études évaluent le dépistage primaire associant la protéine p16 et le Ki 67. D'autres techniques sont évaluées mais leur coût sera sensiblement supérieur à l'actuel FCU.

Il n'y aura pas de dépistage autre que celui fait par FCU tant qu'il ne sera pas organisé sur tout le territoire.

▶▶▶▶

#### Pas de recommandations du type de dépistage chez les femmes vaccinées contre le HPV

La vaccination a été recommandée à partir de 14 ans en France, contrairement à d'autres pays qui l'intègre dans le calendrier vaccinal. Aucune recommandation officielle n'a été faite pour ce groupe de femmes. Il reste à trouver

le meilleur test de dépistage que ces femmes pourront commencer probablement plus tard et faire moins souvent.

▶▶▶▶

#### En cas de FCU ASC-US, faire un typage HPV ou un contrôle du FCU à 6 mois

La deuxième présentation (JJ.Baldauf) a fait le point sur la prise en charge des FCU rendant le résultat ASC-US.

Derrière cette terminologie se cachent dans 5 à 15% des cas des dysplasies de haut grade (H-SIL).

La première option est de faire un typage HPV, notamment si un FCU monocouche a été effectué, évitant une reconvoction de la patiente, afin de savoir si cette anomalie cytologique est associée à un HPV dit à haut risque. Si c'est le cas, une colposcopie s'avère nécessaire car le taux de CIN2+ est accru dans ce groupe.

La deuxième option est de contrôler le frottis tous les 6 mois pendant 2 ans afin de vérifier l'absence d'apparition d'une dysplasie sévère.

La dernière option, est de faire une colposcopie d'emblée mais la rentabilité de cet examen est dans ce cas modeste. Aucun traitement ne devrait être envisagé sans confirmation histologique d'une lésion.

▶▶▶▶

**En cas de FCU L-SIL (bas grade), faire FCU de contrôle à 6 mois**

La présentation suivante (J.Monsonogo) a traité du cas des lésions de bas grade (L-SIL) désormais mieux codifiées.

Il n'y a pas d'indication à faire un triage par l'HPV du fait d'une prévalence très élevée dans cette situation.

Les recommandations rejoignent celle des FCU ASC-US, c'est à dire soit faire un FCU de contrôle à 6 mois, soit faire une colposcopie d'emblée en sachant sa faible rentabilité dans cette situation cytologique.

▶▶▶▶

**Importance de situer la zone de jonction en colposcopie en utilisant la terminologie internationale**

En séance plénière, une présentation (J.Marchetta) a été faite sur les différents états colposcopiques typiques en fonction de l'âge avec des images illustrant chaque situation.

Il a été rappelé à cette occasion la terminologie internationale pour définir la localisation de la zone de jonction pavimento-cylindrique (zone de transformation = ZT) :

ZT 1 où la ligne de jonction est exocervicale.

ZT 2 où une partie de la jonction est endocervicale mais visible

ZT 3 où tout ou partie de la jonction est endocervicale et non visible.

L'interprétation de la colposcopie est très dépendante de cette dernière notion, car une situation ZT 3 conduit à classer l'examen colposcopique comme « non satisfaisant », c'est à dire que la jonction n'ayant pas été entièrement explorée, la colposcopie n'a pas analysé la totalité du revêtement épithélial malpighien. La colposcopie devient ainsi non contributive pour la prise des décisions thérapeutiques, notamment si la cytologie qui a motivé l'exploration colposcopique est de « haut grade ».

▶▶▶▶

**Toute anomalie glandulaire (AGC) doit conduire à la méfiance**

Une mise au point (I.Cartier, J.C.Boulangier) a été faite sur les cytologies concluant à des anomalies glandulaires.

D'une manière générale, les anomalies glandulaires, représentant moins de 10% des problèmes cytologiques, ne sont que peu améliorées par les campagnes de dépistage.

Ainsi en Finlande où le dépistage organisé existe depuis longtemps, la mortalité par cancer du col a diminué notablement hormis la mortalité due aux adénocarcinomes du col qui reste stable.

Du fait du manque de sensibilité de la cytologie, de la faible spécificité de la colposcopie, il est conseillé devant toute anomalie cytologique glandulaire (AGC), quelque soit son degré, de faire une colposcopie avec curetage de l'endocol ; tout en sachant que la sensibilité du curetage endocervical est faible.

▶▶▶▶

**Les femmes vaccinées devront bénéficier d'un dépistage**

La dernière présentation (J.Levêque) en séance plénière a traité de la prise en charge des femmes vaccinées qui auront un FCU pathologique.

Une étude récente a montré que seuls 18% des jeunes filles de 14 ans étaient vaccinées en France, et parmi celles-là, seuls 46% avait un schéma vaccinal complet (3 injections) pourtant indispensable pour conférer une protection. Une méta analyse européenne de 2009 estime les lésions cytologiques dues à des HPV non 16 et 18 à 66,7% dans les FCU L-SIL (bas grade) et 48,3 dans les FCU H-SIL (haut grade).

Ces données confirment la place indispensable que doit garder le dépistage malgré la vaccination.

▶▶▶▶

**Le dépistage devrait suivre les mêmes recommandations pour une femme vaccinée que pour une femme non vaccinée à ce jour**

Les nouvelles technologies qui en sont pour le moment au stade de l'évaluation auront probablement leur place dans le dépistage des femmes correctement vaccinées.

En attendant, l'existence d'un FCU très suspect (H-SIL, ASC-H, AGC) impose la colposcopie d'emblée chez les femmes vaccinées.

Les recommandations HAS 2002 (citées plus haut) restent d'actualité en cas de FCU moins suspect (ASC-US, L-SIL) chez les femmes vaccinées.

Un certain nombre de communications libres ont clôturé le congrès.

▶▶▶▶

**Après 65 ans quelle stratégie de dépistage ?**

Une étude rétrospective (AL.Lemay) menée en Rhône Alpes portant sur 53644 femmes suggère l'utilité de poursuivre un dépistage après 65 ans sans préciser quelle stratégie est adaptée à ce genre de population en fonction de ses antécédents cytologiques.

Cette question des bornes d'âge pour le dépistage reste d'actualité, notamment pour la borne haute, puisque le cancer touche également des femmes de 65 ans et plus (exceptionnellement avant 25 ans).

Reste à définir la meilleure stratégie qui sera sûrement différente du FCU tous les 3 ans.

▶▶▶▶

**Pas de modification de la qualité de vie sexuelle après conisation**

Une étude de l'équipe marseillaise (C.Sadoun) a enquêté sur l'influence des conisations sur la qualité de vie sexuelle.

Il s'agit d'une enquête prospective sur une centaine de patientes. Les conclusions ont fait sourire l'audience car elles ont montré significativement un désir et un plaisir accrus après une conisation.

▶▶▶▶

### La colposcopie a une bonne sensibilité mais une mauvaise spécificité

L'équipe du Kremlin Bicêtre (A.Nazac) a rappelé que la colposcopie a une bonne sensibilité mais une spécificité médiocre. Les résultats de leur étude prospective sur une nouvelle technique

optique, appelée l'ellipsométrie, associée à la colposcopie n'ont pas montré de bénéfice en terme de spécificité.

Plusieurs équipes dans le monde travaillent à améliorer la spécificité de la colposcopie.

Au terme de ce congrès, sont apparues des notions nouvelles : nouvelles stratégies de dépistage, nouvelles techniques de dépistage qui devront être mieux évaluées avant de prendre une place à part entière dans la prise en charge des lésions du col utérin.

Ont été confirmées un certain nombre de connaissances qui ne sont pas assez répandues ou respectées telles que la stratégie de dépistage comprenant un FCU tous les 3 ans de 25 ans à 65 ans, telle que la place du typage HPV dans le dépistage.

Mais la principale notion, qui seule permettra de faire diminuer le nombre de cancers du col utérin et qui seule permettra de proposer des stratégies plus fines, est l'organisation sur tout le territoire du dépistage. ■

Conflits d'intérêts : aucun

## RENCONTRES...



### Naissance de ALFA WASSERMANN

Le groupe IPRAD, repris en 1988 par Pierre-Marie DEFRANCE, s'est rapidement développé en gynécologie avec des produits comme Saforelle ou Secnol ; après 2000, l'apparition d'une gamme gastro-entérologie composée essentiellement de médicaments remboursés (Météoxane, Parapsyllium...) a diversifié l'activité du groupe.

Les produits de gynécologie ont été regroupés dans une entité du groupe : **les laboratoires IPRAD Santé**

Les produits de gastro-entérologie se retrouvant dans l'autre entité : **Les laboratoires IPRAD**

A la fin de l'année 2010-le 11 Octobre exactement, le groupe Italien Alfa Wassermann a acquis les laboratoires IPRAD dans le but d'en faire sa filiale française.

Ce groupe possède une importante division recherche et développement qui lui permet de proposer des molécules originales et innovantes dont certaines, commercialisées en Europe et aux Etats-Unis connaissent un succès considérable (en particulier la Rifaximine, antibiotique destiné de pathologies digestives)

Cela permet aux laboratoires IPRAD, devenus **AlfaWassermann pharma**, filiale Française du Groupe, (DG/ Dr D. Fagnen) un bel avenir dans un futur proche, en particulier dans le domaine de la gastro-entérologie.

*D'après une conférence de presse des Laboratoires IPRAD*

### Ménophytea

Les causes de la sécheresse vaginale sont multiples et bien connues du gynécologue :

- hormonales (post partum, allaitement, carence oestrogénique)
- locales (infectieuses, liées à l'hygiène intime ou iatrogènes)
- associées à une maladie générale (diabète, dépression, affections neurologiques).

La ménopause est bien sûr la plus grande pourvoyeuse de sécheresse vaginale : la muqueuse vaginale devient plus pâle, s'amincit et ses plis sont moins marqués et moins nombreux. Le vagin perd sa souplesse et son élasticité et la sécheresse vaginale altère alors la qualité de vie de la patiente : apparition d'inconforts vulvo-vaginaux (brûlures, démangeaisons...) et dyspareunie superficielle et profonde.

La gamme Ménophytea, formulée pour aider les femmes à passer le cap de la cinquantaine le plus sereinement possible propose une réponse à ce problème spécifique : **Ménophytea Hydratation Intime**. Il s'agit d'un complément alimentaire par voie orale qui aide à maintenir le bon fonctionnement des muqueuses et à réduire le phénomène de sécheresse vaginale au quotidien. **L'huile de graines de bourrache et l'huile de pépins de cassis**, sélectionnées pour leur richesse en acide gamma-linolénique, limitent les pertes en eau et maintiennent un niveau local d'hydratation optimal. **L'extrait de pépins de raisins**, riche en flavanols, au fort pouvoir antioxydant, protège le collagène de sa dégradation et favorise la microcirculation locale. **La vitamine A** enfin (30% des AJR), active la synthèse des protéines de structure et de soutien cellulaire, pour favoriser l'adhésion tissulaire inter-cellulaire.

#### Conseils d'utilisation :

- en traitement d'attaque : 2 capsules matin et soir, pendant 3 mois sans interruption.
- en traitement d'entretien, il est possible de réduire la prise à 2 capsules par jour.

Ménophytea Hydratation Intime est disponible en pharmacie et en parapharmacie, au prix de vente conseillé de 16,50 € la boîte de 40 capsules (soit 10 à 20 jours d'utilisation).

C.A.

*d'après le dossier de presse Pythéa*

