

# COUP D'ŒIL DU CONGRES INFOGYN 2022

## Sommaire

« LE CHIFFRE A LA UNE » : 2018.....	2
<b>FOCUS DERMATO - ARTICLE 1</b>	
<b>Maladie de Paget</b>	
<i>Dr Élodie CHANTALAT, Gynécologue-obstétricienne, Toulouse.....</i>	2
Quiz de formation .....	4
<b>QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 1</b>	
<b>Tabac, cannabis et infections sexuellement transmissibles</b>	
<i>Aline NOBLET, Sage-femme, Grenoble.....</i>	5
Quiz de formation .....	7
<b>QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 2</b>	
<b>Les traitements gynécologiques des douleurs de l'endométriose</b>	
<i>Dr Isabella CHANAVAZ-LACHERAY, gynécologue-obstétricienne et médecin de la Reproduction - Bordeaux.....</i>	8
Quiz de formation .....	12
<b>QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 3</b>	
<b>Microbiote et périnée</b>	
<i>Dr Pierre MARES, Gynécologue obstétricien - Nîmes.....</i>	13
Quiz de formation .....	15
<b>QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 4</b>	
<b>Nouveau consensus sur les nausées et vomissements de la grossesse en France</b>	
<i>Olivier JOURDAIN, Gynécologue obstétricien - Bordeaux.....</i>	16
<b>Optimisation de la prise en charge et suivi ambulatoire, pouvons-nous réduire les formes graves ?</b>	
<i>Dr Amira MESSAOUDI, Gynécologue obstétricienne - Houdan.....</i>	18
Quiz de formation .....	18
<b>QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 5</b>	
<b>La transidentité : Prise en charge générale et légale</b>	
<i>Adrien VIDART, Urologue - Suresnes.....</i>	22
Quiz de formation .....	24
<b>QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 6</b>	
<b>La transidentité : Prise en charge endocrinienne et surveillance</b>	
<i>Dr Marie D'ASSIGNY, Endocrinologue-diabétologue - Poitiers.....</i>	25
Quiz de formation .....	29
<b>QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 7</b>	
<b>La transidentité : Principales techniques chirurgicales</b>	
<i>Dr François-Xavier MADEC, Urologue - Suresnes.....</i>	30
Quiz de formation .....	33



2018

**Recommandations pour la prise en charge de l'endométriose :**

La Haute Autorité de Santé (HAS) et le Collège National des Gynécologues et obstétriciens Français (CNGOF) placent la sage-femme comme un acteur de soins primaires, au même titre que le médecin généraliste et le gynécologue.

« Les sages-femmes sont en première ligne dans le dépistage de l'endométriose et l'orientation adéquate et rapide des patientes vers un spécialiste.

**L'amélioration du délai diagnostique est à présent entre leurs mains.**

Cependant, l'endométriose est une pathologie encore sous-diagnostiquée et mal connue des professionnels de première ligne. »



### Maladie de Paget

Dr Élodie CHANTALAT, Gynécologue-obstétricienne, Toulouse

Article rédigé par Camille TALLET - Sage-femme

*C'est une maladie rare, qui se présente sous la forme d'un adénocarcinome intra épidermique le plus souvent. C'est une pathologie HPV indépendante.*

On décrit des maladies de Paget vulvaire, du scrotum, péri-anales, des creux axillaires, des paupières, des conduits auditifs externes et de l'ombilic.

La maladie se développe dans des zones cutanées riches en glandes apocrines.

Il convient de rechercher un cancer sous-jacent.

La forme extra-mammaire ne représente que 6,5 % des maladies de Paget et atteint particulièrement les sujets âgés et plus souvent les femmes.

#### Les caractéristiques de la pathologie

La maladie de Paget vulvaire représente 1 à 2 % des cancers de la vulve. C'est une maladie rare de la femme de plus de 70 ans.

On retrouve un placard leucoplasique : blanc, épais et rugueux. Il est bien délimité et étendu.

Les lésions sont erythro-leucoplasique, uni ou multifocales.

La patiente décrit un prurit, une douleur et des brûlures.

Le diagnostic est difficile car il existe des versions atypiques.

En histopathologie on retrouve de grosses cellules atypiques, un cytoplasme éosinophile en coloration à l'hématoxyline et à l'éosine. Les cellules sont présentes seules ou en grappes.

L'épiderme présente souvent une acanthose avec hyperkératose, une parakératose ou une ulcération.

Il faut des études IH de manière indispensable pour différencier la maladie de Paget primaire ou secondaire. Les mutations sont possibles.

Cette pathologie touche préférentiellement les grandes lèvres.

**Les diagnostics différentiels sont très nombreux** : dermatite, condylome, lichen scléreux, maladie de Bowen, candidose, vulvovaginite...

Contrairement à la maladie de Paget du sein, la majorité des cas de maladie de Paget vulvaire ne s'accompagne pas de cancer sous-jacent (4 à 17 % suspectées cliniquement par une induration ou une tumeur) ou à distance (11 à 20 % de cancers du vagin, du col, des ovaires, de la vessie, du rectum, du colon et du sein).

Attention à la localisation péri-anales qui est plus souvent associée à un cancer anal ou rectal.

La localisation péri-urétrale doit entraîner un bilan urologique.

L'évolution se fait par l'extension des plaques de manière très lente.

#### Les traitements :

Pour les formes limitées non-invasives, le traitement de choix est l'exérèse chirurgicale de la plaque. Les récurrences sont fréquentes : 12 à 61 % dans un délai de 15 mois à 14 ans que les marges soient saines ou non.

On retrouve donc des complications esthétiques et fonctionnelles.

Il existe des traitements alternatifs par laser, imiquimod et photothérapie dynamique.

Il faudra prévoir un bilan d'extension avec un frottis, une coloscopie, une cystoscopie, des marqueurs tumoraux, une mammographie et un TDM.

**Messages clés :**

- La maladie de Paget vulvaire est une affection rare avec une présentation clinique atypique.
- Il faut réaliser une biopsie.
- C'est une pathologie de la femme de plus de 70 ans avec des lésions eczémateuses et leucoplasiques.
- Elle nécessite une exérèse chirurgicale et un suivi rapproché car il y a de fort risque de récurrence.



## QUIZ DE FORMATION

La maladie de Paget vulvaire représente :

- 1) Moins de 10 %
- 2) Plus de 10 % des cancers de la vulve

L'évolution se fait par l'extension des plaques de manière :

- 1) Très lente
- 2) Très rapide

*Retrouvez les réponses pages 30 et 31.*

## Tabac, cannabis et infections sexuellement transmissibles.

Aline NOBLET, Sage-femme, Grenoble

Article rédigé par Camille TALLET - Sage-femme

*La consommation de produits et la santé sexuelle sont 2 sujets intimes et pas toujours abordés dans les parcours de soins classiques.*

*Les produits consommés peuvent avoir un impact sur la prise de risque sexuel de nos patientes et la découverte d'une IST ou d'une grossesse.*

*Dans l'accompagnement, il semble intéressant d'aborder les 2 questions : la sexualité et la consommation afin d'ouvrir le dialogue.*

*On peut donc se poser les questions suivantes :*

- *Y a-t-il un lien entre produits consommés et les IST ?*
- *Quel suivi pour ces patientes ?*

### Les comportements à risques

Les adolescents et les jeunes adultes ont plus l'occasion d'expérimenter des comportements à risques ou dangereux.

La consommation de substances licites et illicites comme le tabac, le cannabis mais aussi l'alcool et l'ecstasy vont assouplir les inhibitions personnelles, augmenter les prises de risque et engendrer une impulsivité et une recherche de sensations fortes. Il y a aussi une prise de risque concernant les rapports sexuels avec des rapports non protégés, des rapports avec plusieurs partenaires, une sexualité multiple (pénétration vaginale, anale et orale), des rencontres occasionnelles, des partenaires d'un soir.

Tous ces comportements entraînent un risque accru de découverte d'IST et de grossesse non désirée.

### Les Infections Sexuellement Transmissibles

Elles sont classées en 3 catégories :

- **Bactériennes** : Chlamydiae, gonococcies, mycoplasmes, syphilis et le lymphogranulome vénérien.
- **Virales** : VIH, les hépatites A, B et C, les infections à papillomavirus et l'herpès génital.
- **Parasitaires** : trichomonas vaginalis et phtiriase.

Elles sont en recrudescence depuis le début des années 2000 dans la plupart des pays industrialisés. Elles touchent toutes les catégories psycho-sociales. La transmission se fait lors des rapports sexuels avec pénétration, mais aussi lors des rapports bucco-génitaux ou par simple contact intime. Elles sont symptomatiques ou asymptomatiques.

### Le tabac et l'infection HPV

Chez les fumeurs l'infection par l'HPV est 16 fois plus fréquente. Le tabac diminue l'immunité cellulaire et humorale, freine la disparition spontanée du virus en prolongeant sa persistance au niveau des tissus du col utérin et favorise l'évolution des lésions des tissus atteints par l'HPV (surtout le 16). Le risque de cancer est multiplié par 14 chez les femmes fumeuses contre 6 chez les non fumeuses quand il y a une présence d'HPV. La sévérité des lésions cancéreuses dépend

de l'ancienneté du tabagisme et du nombre de cigarettes fumées par jour. Le tabagisme passif augmente de 4,6 % les lésions de hauts grades.

Les infections des voies aéro-digestives supérieures sont favorisées par le tabac, les rapports bucco-génitaux, le nombre de partenaires sexuels, les infractions du col de l'utérus à HPV pour les femmes et le VIH.

### **Le cannabis**

L'expérimentation est en hausse avec 46 % des adultes qui ont déjà testé. 55 % sont des hommes et 38 % sont des femmes. On observe un vieillissement des usages avec des expérimentateurs majoritairement âgés entre 18 et 44 ans.

Le cannabis est fréquemment consommé avant le rapport sexuel. Il participe à la découverte de la sexualité, aux rencontres sexuelles occasionnelles, lève les inhibitions et augmente la fréquence des rapports.

Les consommateurs de cannabis représentent une population plus fragile avec des risques de comportements psychiatrique et des troubles du comportement. On retrouve une tendance à oublier les règles de prévention avec une sexualité plus à risque, il y a une modification des perceptions et de la sensibilité en faveur de la non-utilisation des préservatifs. La consommation de la contraception d'urgence est plus courante chez les fumeuses de cannabis (54 %) et un recours à l'IVG 4 fois plus fréquent.

### **Le Chemsex**

C'est l'utilisation de produits psychoactifs dans un contexte sexuel pour augmenter les performances sexuelles, la désinhibition, son plaisir, sa sociabilité et pour les effets aphrodisiaques et euphorisants propres aux produits (les cathinones, GHB, GBL).

Les risques sont une dépendance au sexe et aux produits et un risque accru d'IST : VIH, syphilis, hépatites.

### **Principe de prise en charge ;**

- Faire le lien avec des centres spécialisés : CAARUD, CAGIDD, Centre de santé sexuelle
- Renouer le lien et écouter
- Questionner sur les produits, les doses, le plaisir et les mauvaises expériences
- Suivre en ambulatoire pour accompagner les pratiques, réduire les risques et réapprendre la sexualité sans produits.

### **L'enjeu des premières consultations :**

- C'est un moment privilégié pour identifier les risques et s'approprier les notions de prévention, de respect de l'autre et de son corps.
- Les aider à acquérir les clés pour effectuer des choix éclairés et adaptés à la prise en charge de leur santé sexuelle.
- C'est une consultation au carrefour entre la santé mentale, psychique, l'estime de soi, la confiance en soi, la santé sexuelle, affective, le rapport à l'autre, la dépendance physique, psychique et les comportements propres aux addictions.

### **Quel suivi proposer ?**

Aborder la sexualité et les comportements touchent à l'intime et peuvent être chronophage. Le frein principal pour les soignants est le temps : temps qu'il faut pour créer un lien de confiance, pour avoir une information suffisante, être à l'aise avec les produits et les différentes pratiques sexuelles.

Les freins pour les patients sont la peur d'être jugé sur leur consommation et leur sexualité, la honte d'un diagnostic de VIH et des consommations socialement stigmatisées.

Attention car le Chemsex est une pratique banalisée dans la communauté homosexuelle.

Le but est donc d'aller l'un vers l'autre avec une prise en charge commune : dans les centres de prise en charge des addictions il faut parler de la prévention des IST et dans les centres de santé sexuelle il faut parler de la prévention des addictions.

Il faut aborder les moyens de contraception type préservatif féminin, masculin et diaphragme qui réduisent les risques de transmission de la plupart des infections, ils sont facilement accessibles et sont distribués gratuitement dans les CeGIDD et les CPEF. Certaines marques (EDEN et Sortez couvert) sont remboursées avec une prise en charge à 100 % jusqu'à 25 ans en pharmacie depuis 2018.

La vaccination HPV est recommandée entre 11 ans et 14 ans des filles et des garçons avec un rattrapage jusqu'à 19 ans inclus. Pour la population masculine la vaccination est recommandée jusqu'à 26 ans avec 3 doses.

La vaccination contre l'hépatite B est obligatoire pour les nourrissons nés à partir de 2018 et recommandée chez les enfants et adolescents dans le cadre du rattrapage jusqu'à l'âge de 15 ans.

Il faut favoriser l'accès au dépistage qui est un élément clé de la réduction de la prévalence des IST :

- Prise de sang : hépatite A, B, C, VIH et syphilis
- Prélèvement 4 sites : vaginal, oral, anal et urinaire pour le Chlamydiæ, l'herpès génital, le papillomavirus et le gonocoque.
- TROD (Test Rapide d'Orientation Diagnostic) pour le VIH et les hépatites B et C
- Un autotest pour le VIH.

Enfin, il faut faire de la prévention si un patient présente des comportements à risques :

- Informer des risques de manière éclairée
- Le PREP (Prophylaxie Pré Exposition) pour prévenir le VIH
- Dépistage opportuniste systématique des femmes et hommes sexuellement actifs de 15 à 25 ans pour le Chlamydiæ et les gonocoques (recommandé par HAS).
- Développer des actions d'« aller vers » ou d'action « hors les murs »

Il existe une offre de santé sexuelle à destination des jeunes avec la possibilité de s'affranchir de l'autorité parentale, le droit au secret et à l'anonymat.

Le Pass contraception prévention/santé jeunes pour les 15-25 ans est à recommander.

Les CeGIDD, les centres de santé sexuelle et les CSAPA sont là pour faire du dépistage, de l'information et de l'accompagnement

### Messages clés :

- **Devant une prise de risques sexuels et la consommation de produits type tabac, cannabis, alcool... Il faut penser à rechercher les antécédents de violences (viol, abus sexuel, violence conjugale...). La consommation de ces produits peut être une stratégie d'évitement, pour gérer l'anxiété.**
- **Souvent la sexualité à risque est banalisée, avec un risque d'IST plus jeune, moins d'estime de soi donc pas de protection, et une recherche d'affection accrue.**
- **Il faut adapter le discours, créer du lien et préparer à l'examen gynécologique si besoin.**



## QUIZ DE FORMATION

La prévalence des Infections Sexuellement Transmissibles est-elle :

- 1) En augmentation
- 2) En diminution

Il existe une offre de santé sexuelle à destination des jeunes avec la possibilité de s'affranchir de l'autorité parentale, le droit au secret et à l'anonymat ?

- 1) Vrai
- 2) Faux

*Retrouvez les réponses pages 30 et 31.*



## QUAND LA SCIENCE EN PARLE – ARTICLE 2

---

### Les traitements gynécologiques des douleurs de l'endométriose.

Dr Isabella CHANAVAZ – LACHERAY, Gynécologue-obstétricienne et Médecin de la Reproduction – Bordeaux

*Article rédigé par Camille TALLET - Sage-femme*

*L'endométriose symptomatique est une association de 2 malfaiteurs :*

- *Des îlots de cellules endométriales (implants) qui se greffent dans la cavité abdominale au niveau du plancher pelvien, sur le péritoine mais aussi dans toute la cavité abdominale. Ce mécanisme s'explique par la théorie du reflux des menstruations rétrograde observée chez 90 % des femmes.*
- *Des mécanismes associés favorisant l'inflammation et l'expression de la douleur.*

Chez les femmes qui souffrent d'endométriose, **l'épuration péritonéale est inadaptée** :

- Diminution de l'activité des cellules natural killers et des lymphocytes B et T
- Augmentation des métalloprotéases favorisant l'invasion cellulaire des tissus
- Une surexpression de Nerve Growth Factor participant à l'envahissement nerveux et à l'amplification des douleurs.
- Peut-être des anomalies génétiques et environnementales ?

Les implants vont évoluer pour leur compte pendant plusieurs cycles, sous l'influence des hormones ovariennes.

L'évolution se fait en plusieurs temps (sur des années) : au début ce sont des lésions fraîches, superficielles, puis elles créent de la fibrose (cicatrices rétractiles) et des adhérences pour finir par être de l'endométriose profonde.

Les aspects sont variables selon la localisation, l'ancienneté et les adhérences.

Le premier message est qu'il n'y a **aucune corrélation entre la gravité des symptômes et la gravité des lésions.**

**Le symptôme le plus fréquent est la dysménorrhée**, souvent depuis l'adolescence (absentéisme scolaire), mal soulagée par les antalgiques usuels, un peu mieux avec les AINS, souvent améliorée par la contraception orale.

En général, l'aggravation est progressive (absentéisme professionnel). La patiente peut aller jusqu'à faire des malaises dus à la douleur.

Le deuxième message est la **recherche de l'aménorrhée grâce au traitement médical.**

### Les avantages sont :

- Supprimer le mécanisme de la maladie et en suspendre son évolution
- Éteindre l'inflammation intrapéritonéale
- Confirmer le diagnostic
- Éviter la récurrence après chirurgie
- Améliorer l'ensemble des symptômes

### Les inconvénients sont :

- Obtenir l'aménorrhée est la plupart du temps facile, mais elle peut être parfois compliquée et quelquefois impossible.
- Convaincre la patiente et son entourage (y compris médical) que l'aménorrhée est une bonne chose.
- Il y a le problème lié à la gestion des effets secondaires indésirables et des « épuisements » d'efficacité.
- Le problème des prescriptions hors AMM.

### En pratique :

#### Surtout pas de stérilet au cuivre !

Le traitement doit être au long cours, sans d'interruption.

Il n'y a pas une pilule meilleure qu'une autre, il y a le bon traitement pour chaque femme, c'est-à-dire : pas de règles, donc pas de douleurs de règles, puis vérifier l'amélioration des autres douleurs et limiter les effets secondaires.

**En 1ère intention** (et le plus facile) on peut **enchaîner les plaquettes de pilule de type contraception oestro-progestative (COP)**, monophasique, en précisant « schéma sans règles » et **en commençant par les 2ème générations** (remboursées) : LEELOO®, MINIDRIL®

Les inconvénients sont les contre-indications classiques de la COP : tabac et antécédents thrombo-emboliques et le problème des spotting.

Si on constate des problèmes d'effets secondaires, il est possible de proposer une pilule de 3ème génération (non remboursée) : MERCILON®, JASMINE®, NUVARING®

On peut aussi utiliser quelques associations comme :

- DIANE 35® : Acétate de cyprotérone 2 mg et Ethinyl estradiol 35µg
- ZOELY® : Nomegestrol 2,5 mg et 17 bêta estradiol 1,5 mg
- QLAIRA® (sans les placebos) : Diénogest 2 mg puis 3 mg et Valérate d'estradiol 1, 2 ou 3 mg
- MISOLFA® Diénogest 2 mg et Ethinyl estradiol 30

**En 2ème intention** on peut proposer soit :

- Un **micro-progestatif oral** avec blocage de l'ovulation en continu de type Désogestrel (CERAZETTE®, ANTIGONE®) ou NEXPLANON® mais l'aménorrhée (effet II) n'est pas toujours obtenue, il y a des spotting fréquents, voire des métrorragies douloureuses. C'est à tester pendant 3 mois, puis à réévaluer.
- Le DIU au lévonorgestrel 52 mg (MIRENA®) est à éviter si la patiente a une atteinte ovarienne car il ne bloque pas l'ovulation.
- Le Dienogest 2 mg (VISANNE®) agit en inhibant la croissance des implants endométriosiques, il est généré depuis 2020 : DIMETRUM®, SAWIS® et ENDOVELA®, c'est le seul à avoir l'AMM exclusive endométriose. L'ovulation est inhibée par le Dienogest à 2 mg et à 3 mg mais il n'y a pas d'indice de Pearl même s'il est contraceptif.

### En 3ème intention on peut proposer les macroprogestatifs continus :

- Avec AMM : ORGAMETRIL®, PRIMOLUT-NOR® : ne sont plus délivrés, le DUPHASTON® (dydrogesterone), n'est pas adapté car c'est un progestatif naturel, sans action anti-gonadotrope donc qui ne supprime pas les règles !

Il reste le LUTERAN® (chlormadinone) 5 et 10 mg et la COLPRONE® (medrogestone) avec une AMM pour une prescription discontinue et l'aménorrhée est considérée comme un effet secondaire.

- Sans AMM : LUTENYL® (normegetrol) 3,75 et 5 mg, l'ANDROCUR® (acétate cyprotérone) à ne plus utiliser sauf cas particuliers car il provoque des méningiomes. SLINDA® (drospironone 4 mg) est le seul macroprogestatif avec une AMM contraception.

Les mini-DIU n'ont pas été étudiés dans l'endométriose.

Dans le cas d'un désir de grossesse, on peut proposer :

- Un traitement pour diminuer l'inflammation : PONSTYL®, ANTADYS®,
- Un traitement pour diminuer la douleur avec des antalgiques de palier I ou II
- Et un traitement pour diminuer l'abondance des règles avec de l'EXACYL®.

Il faudra avoir une stratégie active de prise en charge pour une obtention rapide de la grossesse.

La chirurgie peut permettre la guérison après un bilan d'extension complet, au bon moment avec des opérateurs expérimentés et si elle est suivie par une mise en aménorrhée.

Si les douleurs persistent malgré le traitement hormonal, il faut insister pour obtenir l'aménorrhée en changeant de molécule et de posologie.

Si la patiente garde une douleur d'organe malgré l'aménorrhée, il ne faut pas changer de pilule il faut envisager d'autre prise en charge comme la chirurgie, l'embolisation, l'ostéopathie, la kinésithérapie...

### Messages clés :

- **La prise d'une hormonothérapie a pour but l'obtention de l'aménorrhée pour stopper l'évolution de la maladie.**

- Elle doit être recherchée activement sans négliger les effets secondaires pour la patiente.
- Si les douleurs persistent ou si l'aménorrhée n'est pas obtenue c'est seulement la que se posera la question de la chirurgie.



## QUIZ DE FORMATION

Dans le cadre de la prise d'un moyen de contraception de première intention indiqué dans la prise en charge de l'endométriose, il est possible d'enchaîner les plaquettes de pilule de type contraception oestro-progestative (COP), monophasique, en précisant « schéma sans règles » et en commençant par les 2<sup>ème</sup> générations ?

- 1) VRAI
- 2) FAUX

Quel est le moyen de contraception contre-indiqué dans la prise en charge de l'endométriose ?

- 1) Un DIU au lévonorgestrel 52 mg
- 2) Un stérilet au cuivre
- 3) Une pilule macroprogestative continue

*Retrouvez les réponses pages 30 et 31.*

### Microbiote et périnée.

Dr Pierre MARES, Gynécologue-obstétricien – Nîmes

Article rédigé par Camille TALLET - Sage-femme

*L'écosystème vaginal joue un rôle essentiel dans la santé des femmes. Il protège des différents pathogènes (bactérie, virus) en inhibant leur croissance par des sécrétions bactéricides (acidification du pH vaginal et création d'un biofilm protecteur) et en inhibant l'adhésion des pathogènes sur l'épithélium vaginal. Il a aussi une action d'immuno-stimulation et enzymatique qui augmente l'effet barrière de la muqueuse vaginale avec un effet anti-sècheresse.*

Ce microbiote est composé de lactobacilles. Il est différent du microbiote intestinal car il est moins diversifié et plus stable. Ces lactobacilles créent le biofilm, produisent de l'acide lactique et des substances antibactériennes. Il est composé essentiellement des lactobacilles Crispatus, Gaseri et Rhamnosus.

LA classification de RAVEL montre que le microbiote périnéal est modifié selon l'état de la muqueuse vulvo-vaginale.

Le microbiote vaginal et l'immunité de la femme sont deux facteurs intimement imbriqués. Il joue un rôle clé dans le maintien d'une bonne santé, tout en réduisant le risque de survenue d'une pathologie uro-vaginale comme une vaginite atrophique.

Le dogme de l'urine « stérile » est faux, plusieurs études démontrent l'existence d'un microbiote du tractus urinaire assez voisin dans sa composition du microbiote vaginal. Une corrélation a été établie entre dysbiose uro-vaginale et persistance ou réapparition de symptômes urinaires post-chirurgie pelvienne. La sévérité des symptômes était corrélée avec la présence d'*Atopobium vaginae* dans la vessie et dans le vagin.

Il faudrait donc par principe vérifier le microbiote vaginal chez les patientes qui présentent des cystites récidivantes.

Une bonne flore prévient de l'apparition des vaginoses et des mycoses.

#### **Il existe des facteurs favorisant la dysbiose vaginale :**

- Les agressions anti-lactobacilles : antibiotiques, antiseptiques, hygiène inadaptée, douches vaginales.
- L'hypo-ostéogénie : ménopause, micro-contraceptif, tabac...

La sexualité peut jouer un rôle dans la dysbiose avec une modification de la flore lors des changements de partenaires, et on observe plus de dysbiose chez les femmes homosexuelles.

Il existe aussi un microbiote endométrial beaucoup moins riche que celui du vagin. Il est composé principalement de Protéobactéria, Firmicutes et Actinobactéria. Il est impliqué dans la création du microbiote placentaire, dans l'implantation de la grossesse et dans la survenue de pathologies endométriales de type polype, endométrite, cancer... On pourrait suggérer la vérification d'un score de Nugent négatif pour toutes les femmes en protocole de FIV et prescrire une cure de probiotiques en cas de Nugent > 3.

L'endométriopse et la ménopause ont aussi des conséquences sur le microbiote et inversement. Il serait intéressant de surveiller la qualité de la flore dans ces deux cas aussi. Les lactobacilles par eux-mêmes sont plus importants que le pH pour maintenir un bien-être après la ménopause. Il existe un rôle important des œstrogènes locaux qui sont une source de nourriture pour les lactobacilles.

L'intérêt d'un équilibre des microbiotes en pré-conceptionnel est donc primordial pour diminuer la dysbiose responsable de l'infertilité. Pendant la grossesse il y a une évolution du microbiote qui peut être responsable de prématurité due à cette dysbiose. À l'accouchement on sait que

le nouveau-né par voie basse ou par césarienne ne présente pas le même microbiote, il faudrait donc corriger la flore intestinale de ces nouveau-nés nés par césarienne. Il existerait même un lien entre césarienne, dysbiose et obésité.

#### Les principales complications obstétricales de la vaginose bactérienne sont

- L'accouchement avant 37 SA
  - La fausse couche avant 24 SA
  - La naissance d'enfants dont le poids est inférieur à 2 500 g
  - La chorioamniotite
  - La rupture des membranes
  - Les infections maternelles dans le post-partum.
- 
- Le dépistage des femmes à faible risque est actuellement non recommandé.
  - Le dépistage des femmes à haut risque est actuellement débattu.
  - Le traitement des formes symptomatiques est nécessaire.

#### Le microbiote et le cancer du col

La dysbiose vaginale favoriserait la progression des lésions cervicales de bas grade vers des lésions de haut grade. Une action préventive efficace a été prouvée avec 2 souches de lactobacilles. *Lactobacillus Gasseri* accélèrent la clairance du HPV par acidification du milieu vaginal par la production d'acide lactique isomère D et *Lactobacillus Crispatus* a une action sur HPV 18.

#### Le microbiote et le syndrome génito-urinaire de la ménopause

Une association oestriol 0,03 mg et *Lactobacillus acidophilus* a montré une action positive versus placebo chez les patientes atteintes de syndrome génito-urinaire de la ménopause. On retrouve une prolifération et une maturation de l'endothélium vaginal, une restauration d'un microbiote vaginal dominé par des lactobacilles, une diminution significative des symptômes cliniques et une amélioration de la qualité de vie.

#### Messages clés :

- Le microbiote vaginal et l'immunité de la femme sont deux facteurs intimement imbriqués.
- Une bonne flore prévient de l'apparition des vaginoses, des mycoses, des fausses couches précoces, de l'HPV...
- Il existe une grande diversité de microbiote : vaginal, urinaire, digestif, utérin...
- Il a des fonctions positives à toutes les étapes de la vie de la femme.



#### QUIZ DE FORMATION

Il est composé essentiellement des lactobacilles *Crispatus*, *Gaseri* et *Rhamnosus* ?

- 1) Vrai
- 2) Faux

La vaginose bactérienne n'entraîne pas de complications obstétricales ?

- 1) Vrai
- 2) Faux

*Retrouvez les réponses pages 30 et 31.*



## QUAND LA SCIENCE EN PARLE – ARTICLE 4

### Nouveau consensus sur les nausées et vomissements de la grossesse en France.

Olivier JOURDAIN, Gynécologue-obstétricien – Bordeaux

### Optimisation de la prise en charge et suivi ambulatoire, pouvons-nous réduire les formes graves ?

Dr Amira MESSAOUDI, Gynécologue-obstétricienne – Houdan

Article rédigé par Camille TALLET - Sage-femme

*Les nausées et vomissements gravidiques sont une manifestation fréquente du 1er Trimestre de la grossesse : 80 à 85 %. Le pic de fréquence est vers 9 à 11 semaines de grossesse avec une amélioration vers la 14e semaine. Elle persiste rarement après 20 SA (5 %).*

Le grand risque est la banalisation de cette pathologie par l'entourage familial et même le corps médical du fait de sa fréquence.

On définit les nausées et vomissements gravidiques comme des nausées et vomissement débutant au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse en l'absence d'autres étiologies.

L'évaluation initiale de la sévérité des nausées et vomissements gravidiques repose sur 3 critères cliniques :

- La perte de poids rapportée au poids avant la grossesse,
- La recherche de signes cliniques de déshydratation
- Et le score PUQE modifié (Pregnancy Unique Quantification of Emesis and nausea).

95 % des femmes atteintes de nausées et vomissements gravidiques présentent des symptômes au-delà du matin.

Choose the answer that describe the best your situation in the worst day of NVP in their current pregnancy, which could have occurred recently or several weeks before the questionnaire.

Score	1	2	3	4	5
<b>Question 1.</b> For how long have you felt nauseated or sick to your stomach?	Not at all	< 1 hour	1 to 3 hours	3 to 6 hours	> 6 hours
<b>Question 2.</b> How many times do you vomit or throw up?	Never	1 to 2	3 to 4	5 to 6	≥ 7
<b>Question 3.</b> How many times have you had retching or dry heaves without bringing anything up?	Never	1 to 2	3 to 4	5 to 6	≥ 7

PUQE total score; mild if the score was between 3–6 points, moderate if 7–12 points, severe if 13 points or higher.

**Les nausées et vomissements gravidiques non compliqués** se définissent comme associés à une perte de poids < 5 %, sans signes cliniques de déshydratation et un score PUQE < = 6.

Il est proposé de ne pas réaliser de bilan biologique ou d'imagerie (à l'exception d'une échographie obstétricale) en cas de nausées et vomissements non compliqués.

**L'hyperémèse gravidique** se définit comme des nausées et vomissements gravidiques associés au moins un des signes suivants :

- Une perte de poids  $\geq 5\%$ ,
- Un ou des signes cliniques de déshydratation
- Et/ou un score PUQE  $\geq 7$ .
- 

Il est proposé de réaliser devant toute hyperémèse gravidique un dosage de la kaliémie, de la natrémie, de la créatinémie et une bandelette urinaire complète.

Il est recommandé, en cas de persistance et/ou d'aggravation des symptômes après un traitement bien conduit, que le bilan puisse être complété par un dosage des transaminases, de la lipase, la réalisation d'une échographie abdominale, d'une numération leucocytaire et d'un dosage de la CRP, de la TSH, de la T4 à la recherche d'un diagnostic différentiel.

Il est conseillé que les patientes avec des nausées et vomissements gravidiques non compliqués puissent bénéficier d'une prise en charge externe.

Il est proposé une hospitalisation en cas d'hyperémèse gravidique lorsqu'elle est associée à au moins un des critères suivants :

- Perte de poids  $> 10\%$ ,
- Un ou des signes cliniques de déshydratation,
- Un score de PUQE  $> 13$ ,
- Hypokaliémie  $< 3\text{ mmol/L}$ ,
- Hyponatrémie  $< 120\text{ mmol/L}$ ,
- Élévation de la Créatinine  $> 100\text{ umol/L}$
- Et résistance au traitement.

**Quelles sont les règles hygiéno-diététiques à recommander ?**

**Arrêter les vitamines prénatales et les supplémentations en fer et de privilégier la supplémentation en acide folique seule.**

- La supplémentation en fer au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse semble aggraver les symptômes.
- Adapter le régime alimentaire,
- Réserver le Gingembre si PUQE  $< 6$ ,
- Réserver la vitamine B6 si PUQE  $< 6$ ,
- Ne pas utiliser l'aromathérapie,
- Réserver l'acupression, l'acupuncture et l'électrostimulation si PUQE  $< 6$ .

**Privilégier la prise en charge non médicamenteuse** si les nausées et vomissements gravidiques sont non compliqués sans utiliser l'aromathérapie. La femme peut fractionner les repas toutes les 2 heures avec une hydratation en petites quantités, éliminer les repas riches, gras et épicé, éviter les odeurs fortes.

**Ne pas mettre à l'isolement les patientes hospitalisées pour l'hyperémèse gravidique**, en raison d'absence de données suggérant une quelconque efficacité de cette mesure.

**Offrir un soutien psychologique** à toutes les patientes hospitalisées pour l'hyperémèse gravidique en raison de l'impact négatif de cette pathologie sur le bien-être psychique.

**Informez les femmes souffrant d'hyperémèse gravidique de l'existence d'association de patientes** investies dans l'accompagnement de ces femmes et de leur entourage.

**L'hyperémèse gravidique a un impact sur la santé des femmes** à cause de l'isolement social, de l'incapacité à prendre soin de soi et des autres. Il y a des effets négatifs **sur le plan psychologique** avec des envies suicidaires et **sur le désir de continuer la grossesse ou d'être enceinte une autre fois.**

Il est proposé d'organiser la prise en charge des femmes souffrant d'hyperémèse gravidique autour d'un médecin référent lors de leur retour à domicile après l'hospitalisation.

**Quels traitements proposer ?**  
Seule l'association Doxylamine/Pyridoxine a l'AMM dans les nausées et vomissements de la grossesse.

**Messages clés :**

- Une prise en charge précoce et adaptée est nécessaire afin d'améliorer la qualité de vie et réduire la morbidité des femmes atteintes de nausées et vomissements gravidiques.
- Le pic de fréquence est vers 9 à 11 semaines de grossesse avec une amélioration vers la 14e semaine.
- Le grand risque est la banalisation de cette pathologie par l'entourage familial et même le corps médical du fait de sa fréquence.



## QUIZ DE FORMATION

Il existe un score pour connaître la sévérité des nausées et vomissements gravidiques ?

- 1) Vrai
- 2) Faux

Il est proposé de mettre à l'isolement les patientes hospitalisées pour l'hyperémèse gravidique ?

- 1) Vrai
- 2) Faux

*Retrouvez les réponses pages 30 et 31.*

### La transidentité : Prise en charge générale et légale.

Adrien VIDART, Urologue – Suresnes

*Article rédigé par Camille TALLET - Sage-femme*

*La transidentité est un phénomène troublant de cause inconnue. Elle engendre une souffrance intense sans critère formel de diagnostic positif. Il n'y a actuellement aucun test, aucune prise de sang et aucune imagerie pour la dépister.*

*Au niveau politique et sociétal, cela ne devrait pas créer de discussion médicale puisque le conseil d'État a récemment accordé l'utilisation du nouveau prénom de la personne transgenre et que le médecin lorsqu'il prononce ses vœux s'engage à « respecter toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. » La prise en charge reste lourde et nécessite un suivi psychiatre et endocrinologue solide.*

La transidentité a une prévalence de 0,6 % dans la population générale en 2019.

La prise en charge des patients est hormono-chirurgicale, avec une efficacité prouvée et un taux de satisfaction des patients de 90 %.

Cette prise en charge améliore le pronostic vital car il diminue le taux de suicide : le taux de tentative de suicide est de 41 % versus 15 % dans la population générale.

#### Qu'est-ce que c'est que faire une transition ?

C'est l'ensemble des démarches pour modifier soit son genre social, soit son apparence physique, soit son état civil ou bien une combinaison de ces éléments, voire tous ces éléments. Aucune de ces démarches n'est obligatoire.

Les différentes étapes sont encadrées par des psychologues, psychiatres, l'état civil, l'endocrinologue et les chirurgiens.

La France est un pays précurseur car en 2010 grâce à la loi Bachelot, le terme de « transsexualisme » et de « troubles précoces identités de genre » de la liste des affections mentales. La loi de modernisation de la justice de XXI<sup>e</sup> siècle du 18 novembre 2016 permet de modifier son état civil (prénom) au TGI sans devoir apporter de preuve de traitements médicaux, le ou la requérante doit prouver qu'il ou elle est connu(e) et qu'elle (il) se présente dans le sexe revendiqué.

En mai 2019, l'OMS adopte une nouvelle classification des maladies (CIM 11) où la transidentité n'est plus une maladie mentale mais une « incongruence de genre » dans le chapitre de santé sexuelle.

Grâce à l'ALD 31 les soins sont pris en charge à 100 %, mais il est nécessaire de remplir les critères pour le certificat.

#### Un peu de vocabulaire :

**Personne TRANS** : personne qui vit ou qui souhaite vivre dans un genre différent de celui qui lui a été attribué à la naissance. Et cela, que la personne prenne des traitements ou non ou soit ou non opéré :

**F to M** = Ft = Homme trans = garçon trans = Trans masculine

**M to F** = Mt = Femme trans = fille trans = Trans féminine.

**Autodétermination** : principe selon lequel chacun.e a la possibilité de choisir son parcours, ses médecins, les traitements, opérations, actions qu'ils veut ou non, c'est un parcours libre.

Lors de la consultation médicale, il faudra porter une attention particulière à l'utilisation du bon pronom du genre souhaité, si on commet une erreur il est possible de simplement s'excuser et de peut-être anticiper les futures rencontres en annotant le dossier médical de façon à s'en

souvenir plus facilement. Si une situation est ambiguë, on pourra utiliser le nom de famille par exemple.

**Messages clés :**

- Depuis 2019, la transidentité n'est plus considérée comme une maladie mentale mais comme une « incongruence de genre » dans le chapitre de santé sexuelle.
  - Sa prise en charge doit être pluridisciplinaire et bienveillante pour diminuer le taux de suicide.
  - Il faudra essayer d'utiliser les bons termes et le bon pronom lors des consultations.
- 



## QUIZ DE FORMATION

Une personne TRANS c'est une personne qui vit ou qui souhaite vivre dans un genre différent de celui qui lui a été attribué à la naissance ?

- 1) Vrai
- 2) Faux

Depuis novembre 2016 il est possible de modifier son état civil (prénom) au TGI sans devoir apporter de preuve de traitements médicaux ?

- 1) Vrai
- 2) Faux

*Retrouvez les réponses page 30 et 31.*

### La transidentité : Prise en charge endocrinienne et surveillance.

Dr Marie D'ASSIGNY, Endocrinologue-diabétologue – Poitiers

Article rédigé par Camille TALLET - Sage-femme

*Quels sont les aspects endocrinologiques de la transidentité, quelles surveillances mettre en place ? Autant de questions que nous sommes amenés à, de plus en plus souvent, nous poser.*

#### Quels sont les aspects endocrinologiques ?

Il faut établir l'éligibilité à l'hormonothérapie, informer sur les types d'hormonothérapie, sur les effets escomptés, les détails d'apparition, les effets secondaires et prévoir la surveillance du traitement.

« Le cadre de prescription de l'hormonothérapie doit être sécurisé pour les personnes et pour les médecins prescripteurs. Cela suppose de surmonter l'absence actuelle d'autorisation de mise sur le marché. L'ouverture de la primo prescription de testostérone aux médecins généralistes permettrait par ailleurs de faciliter l'accès aux traitements et de réduire les risques de l'automédication « hors cadre ». » *Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes transgenres.*

#### Les critères d'éligibilité à l'hormonothérapie sont (7<sup>e</sup> édition de la WPATH)

- Antécédents et persistance de la dysphorie de genre
- Capacité à donner un consentement éclairé
- Âge de la majorité requise dans le pays
- Si des problèmes mentaux ou médicaux sont présents, ils doivent être raisonnablement contrôlés.

**Les objectifs de l'hormonothérapie** sont de diminuer le taux d'hormones du sexe « génétique » et d'atténuer les caractères sexuels secondaires. La prescription de l'hormonothérapie du sexe revendiqué doit se faire à doses physiologiques, en conservant la qualité de vie et en répondant aux attentes. Cette prescription est hors AMM jusqu'au changement d'état civil.

Il y a une grande variabilité individuelle de la réponse au traitement sans garantie de dose/molécule/réponse.

Le ou la patient.e peut avoir recours à la médecine et/ou la chirurgie esthétique.

La surveillance régulière se fait à long terme.

Lors de l'interrogatoire il faudra demander les antécédents médicaux, chirurgicaux, psychiatriques, gynécologiques et les allergies. On demandera aussi les consommations de toxiques.

Il faut connaître la liste des traitements actuels et s'il y a déjà une hormonothérapie. On s'assurera qu'il n'y a pas de problèmes cardiovasculaire et thromboembolique.

Il faut connaître la situation personnelle, familiale et professionnelle du ou de la patient.e, l'état du parcours de changement d'état civil et la mention de genre.

On pourra évaluer les difficultés socioprofessionnelles et le projet envisagé.

**L'examen clinique sera orienté selon la clinique** en demandant l'autorisation de le réaliser.

#### Les examens paracliniques sont

- Dosages hormonaux : FSH, LH, TT, E2, PRL
- Bilan biologique standard : NFS, bilan métabolique, bilan hépatique, hémostase, ionogramme, fonctions rénales, autre selon le contexte

- Bilan sérologique et syphilis
- Échographie pelvienne ou testiculaire selon le contexte
- Densitométrie osseuse : risque accru de facteur de risque d'ostéoporose y compris chez les jeunes : tabac, sédentarité, carence vit D...

Il n'y a **pas d'indication à faire un caryotype** hors contexte évocateur, pas de dépistage VIH hors d'un contexte à risque et pas d'exploration hormonale spécifique (bilan d'hyperandrogénie si contexte évocateur chez un garçon trans).

#### Hormonothérapie masculinisante :

- Progestatifs en continu (avant chirurgie) pour aménorrhée
- Testostérone par voie injectable :
  - Enantate de testostérone (Androtardyl 250), posologie variable 1/3 d'ampoule tous les 10 jours à 1 ampoule par mois, il y a peu de contre-indications, bonne tolérance, remboursement Sécurité Sociale. Il est possible de faire fluctuer les doses.
  - Undécanoate de Testostérone (Nebido) : 1 ampoule pendant 10 à 12 semaines (attention au coût onéreux)
- Testostérone par Voie percutanée (gel ou patch) :
  - Peu de fluctuations, assez commode,
  - Le prix est accessible.
  - Il faut s'assurer de l'efficacité.

#### Les effets et délais des hormones masculinisantes

Effets	Début attendu	Effet maximal attendu
Voix plus grave	3-12 mois	1-2 ans
Croissance des poils	3-6 mois	3-5 ans
Croissance du clitoris	3-6 mois	1-2 ans
Arrêt des menstruations	2-6 mois	-
Redistribution des graisses	3-6 mois	2-5 ans
Peau grasse / Acné	1-6 mois	1-2 ans
Calvitie	Variable	Variable
Augmentation de la masse musculaire	6-12 mois	2-5 ans
Atrophie vaginale	3-6 mois	1-2 ans

#### Hormonothérapie féminisante :

- Antiandrogène :
  - À arrêter si orchidectomie :
  - Objectif testostéronémie < 0,5 ng/ml (1,7 nmol/L)
- Oestrogénothérapie :
  - 17 bêta œstradiol, à long terme... Jusqu'à la ménopause
  - Objectif œstradiol 100-200 pg/ml (< 735 nmol/L)
    - Voie orale : Provames, Oromone : 2 à 3 fois la dose habituelle utilisée, initiée à 1 ou 2 mg, pallier de 4 à 8 semaines, maximum 8 mg par jour en deux prises pour limiter les nausées.

- Voie transdermique : Oestrodose, Estreva : excellente tolérance, 2 pressions/ jour à augmenter progressivement suivant la clinique et la biologie, attention au risque d'automédication.
- Patch transdermique : Vivelledot, Dermestryl : approvisionnement difficile, début à 100 microg/j, changement 2 fois par semaine.
- Acétate de Cyprotérone :
  - Progestatif antiandrogénique : posologie < 25-50 mg,
  - Dose minimale efficace,
  - Surveillance accrue car risque de méningiome.
- Agoniste de GnRH :
  - Baisse de la production de testostérone par inhibition de la LH,
  - Injection en intra musculaire de la forme LP mensuelle (3 mg) ou trimestrielle (11,25 mg),
  - Il y a peu d'effet indésirable.
- Spironolactone :
  - Diurétique avec action gonadotrope : pas d'effet direct sur la production de la testostérone,
  - Posologie : 100- 300 mg : tolérance moyenne,
  - Attention aux patients à risques.

#### Les effets et délais des hormones féminisantes

Effets	Début attendu	Effet maximal attendu
Croissance des seins	3-6 mois	2-3 ans
Diminution des érections	1-3 mois	3-6 mois
Diminution de la taille des testicules	3-6 mois	2-3 ans
Redistribution des graisses	3-6 mois	2-5 ans
Diminution de la masse musculaire	3-6 mois	1-2 ans
Peau plus douce	3-6 mois	Incertain
Diminution de la libido	1-3 mois	1-2 ans
Ralentissement de la pousse de poils	6-12 mois	Plus de 3 ans

Il y a un intérêt à gérer drastiquement les facteurs de risques cardiovasculaires, et la densité minérale osseuse surtout chez les patients qui arrêtent l'hormonothérapie après une gonadectomie.

Le dépistage pourra être réalisé chez les hommes trans 10 ans après le début du traitement par testostérone, puis tous les 10 ans. Il faudra compléter en calcium et vitamine D les patients qui ont bénéficié d'une gonadectomie, quel que soit l'âge (homme trans avec testostérone +++).

Au niveau gynécologique, il faudra **prendre en charge la contraception, la fertilité et sa préservation.**

- Homme Trans :
  - Progestatif en continu : effet contraceptif et arrêt des menstruations,
  - Stérilet au cuivre.
- Femme Trans :
  - Décapeptyl,
  - Progestatif et/ou œstrogène.

Le vécu des examens de dépistage, comme les mammographies pour les MtF et les frottis vaginaux pour les FtM, peut être difficile voire douloureux autant sur le plan physique que psychologique.

Il existe un risque accru de cancer du sein chez les MtF par rapport aux hommes cis genre. Pour les MtF et les FtM qui n'ont pas subi de mastectomie, les recommandations sont de réaliser un dépistage par mammographie à partir de 50 ans. Pour la prévention du cancer de l'utérus, il faut réaliser une échographie pelvienne tous les ans.

La suite de la prise en charge sera adaptée en fonction des traitements médicamenteux et/ou chirurgicaux.

**Messages clés :**

- Le parcours de soins est centré sur le patient grâce à la pluridisciplinarité des acteurs de santé.
- Prendre en compte la note de cadrage de l'HAS de 2022 qui propose un parcours de transition des personnes transgenres.
- La prise en charge est discutée avec le/la patient.e, son efficacité et ses effets secondaires doivent être évalués.



## QUIZ DE FORMATION

Les objectifs de l'hormonothérapie sont de diminuer le taux d'hormones du sexe « génétique » et d'atténuer les caractères sexuels secondaires ?

- 1) Vrai
- 2) Faux

Il n'y a pas d'indication à faire un caryotype hors contexte évocateur ?

- 1) Vrai
- 2) Faux

*Retrouvez les réponses pages 30 et 31.*

### La transidentité : Principales techniques chirurgicales.

Dr François-Xavier MADEC, Urologue – Suresnes

Article rédigé par Camille TALLET - Sage-femme

*Quelles sont les différentes techniques chirurgicales dans le cadre de la transidentité, quels traitements prescrire ?*

**Les critères pour la mastectomie et la création d'une poitrine masculine pour les patients femme-vers-homme (FtM) sont :** (WPATH)

- Dysphorie de genre persistante et bien documentée ;
- Capacité de décider et de donner un consentement éclairé au traitement (information nécessaire à la prise de décision et consentement au traitement) ;
- Âge de la majorité requise dans le pays (si plus jeune, suivre les SDS pour les enfants et adolescents) ;
- Si des problèmes mentaux ou médicaux sont présents, ils doivent être raisonnablement contrôlés.

**Les critères pour l'augmentation mammaire (implants/remodelage) chez les patients homme-vers-femme (MtF) sont :**

- Dysphorie de genre persistante et bien documentée ;
- Capacité de donner un consentement éclairé (information nécessaire à la prise de décision et consentement au traitement) ;
- Âge de la majorité requise dans le pays (si plus jeune, suivre les SDS pour les enfants et adolescents) ;
- Si des problèmes mentaux ou médicaux sont présents, ils doivent être raisonnablement contrôlés.

Bien que ce ne soit pas un critère explicite, il est **recommandé que les patients homme-vers-femme (MtF) soient sous hormonothérapie depuis au moins 12 mois avant la chirurgie d'augmentation mammaire**, le but étant de maximiser la croissance des seins pour un meilleur résultat chirurgical (esthétique).

**Le choix des traitements, des interventions est centré sur les besoins et les demandes du patient.** Le dossier du patient passe en RCP pour validation. Le suivi dure 2 ans avec une attestation écrite cosignée en RCP par le psychiatre, l'endocrinologue et le chirurgien qui suit le patient. C'est un partage de la responsabilité des professionnels de santé car cette décision implique des changements corporels irréversibles.

En général, la **première étape est d'apparier l'apparence avec l'anatomie visible en public. La deuxième étape est d'apparier l'apparence avec l'anatomie génitale.**

- **75,6 % des femmes trans, optent pour une vaginoplastie.** Le taux de satisfaction est de 78 à 100 %, en cas d'insatisfaction les retouches sont possible 6 mois à 1 an après la chirurgie. Le vagin aura une profondeur moyenne de 8 à 13 cm, la satisfaction sexuelle est présente pour 67 à 90 % des cas, 71 % des femmes trans ont des rapports sexuels pénétrants et 80 % atteignent l'orgasme.
- **80 % des hommes trans, souhaite une chirurgie des organes génitaux internes** afin notamment d'arrêter les règles et le suivi gynécologique pour frottis.
- **Pour ce qui est de la chirurgie génitale des organes génitaux des personnes FtM seulement 33 % des hommes trans optent pour la chirurgie.** Le premier objectif est de pouvoir uriner debout. Malheureusement les résultats de cette chirurgie ne sont

actuellement pas très bons. C'est une chirurgie difficile techniquement avec un taux élevé de complications physiques et psychologiques.

**Messages clés :**

- Le choix des traitements, des interventions est centré sur les besoins et les demandes du patient.
- Le dossier du patient passe en RCP pour validation.
- Le suivi se fait par le psychiatre, l'endocrinologue et le chirurgien qui suit le patient.
- En général la première étape est d'apparier l'apparence avec l'anatomie visible en public.
- La deuxième étape est d'apparier l'apparence avec l'anatomie génitale.
- La satisfaction est très bonne pour les MtF alors que pour les FtM c'est encore compliqué.



## QUIZ DE FORMATION

Les hommes trans optent plus pour la chirurgie que les femmes trans ?

- 1) Vrai
- 2) Faux

Avant la chirurgie le dossier du patient passe en RCP ?

- 1) Vrai
- 2) Faux

*Retrouvez les réponses pages 30 et 31.*

# Réponses aux quiz

## FOCUS DERMATO

Article : Maladie de Paget

La maladie de Paget vulvaire représente :

- **Moins de 10 % - entre 1 à 2 %.**

L'évolution se fait par l'extension des plaques de manière :

- **Très lente.**

## QUAND LA SCIENCE EN PARLE

Article : Tabac, cannabis et infections sexuellement transmissibles.

La prévalence des Infections Sexuellement Transmissibles est-elle :

- **En Augmentation.**

Il existe une offre de santé sexuelle à destination des jeunes avec la possibilité de s'affranchir de l'autorité parentale, le droit au secret et à l'anonymat ?

- **Vrai.**

Article : Les traitements gynécologiques des douleurs de l'endométriose.

Dans le cadre de la prise d'un moyen de contraception de première intention indiqué dans la prise en charge de l'endométriose, il est possible d'enchaîner les plaquettes de pilule de type contraception oestro-progestative (COP), monophasique, en précisant « schéma sans règles » et en commençant par les 2ème générations ?

- **Vrai.**

Quel est le moyen de contraception contre-indiqué dans la prise en charge de l'endométriose ?

- **Un stérilet au cuivre.**

Article : Microbiote et périnée.

Il est composé essentiellement des lactobacilles Crispatus, Gaseri et Rhamnosus ?

- **Vrai.**

La vaginose bactérienne n'entraîne pas de complications obstétricales ?

- **Faux.**

## Article : Nouveau consensus sur les nausées et vomissements de la grossesse en France & Optimisation de la prise en charge et suivi ambulatoire, pouvons-nous réduire les formes graves ?

Il existe un score pour connaître la sévérité des nausées et vomissements gravidiques ?

- **Vrai.**

Il est proposé de mettre à l'isolement les patientes hospitalisées pour l'hyperémèse gravidique ?

- **Faux.**

## Article : La transidentité : Prise en charge générale et légale.

Une personne TRANS c'est une personne qui vit ou qui souhaite vivre dans un genre différent de celui qui lui a été attribué à la naissance ?

- **Vrai.**

Depuis novembre 2016 il est possible de modifier son état civil (prénom) au TGI sans devoir apporter de preuve de traitements médicaux ?

- **Vrai.**

## Article : La transidentité : Prise en charge endocrinienne et surveillance.

Les objectifs de l'hormonothérapie sont de diminuer le taux d'hormones du sexe « génétique » et d'atténuer les caractères sexuels secondaires ?

- **Vrai.**

Il n'y a pas d'indication à faire un caryotype hors contexte évocateur ?

- **Vrai.**

## Article : La transidentité : Principales techniques chirurgicales.

Les hommes trans optent plus pour la chirurgie que les femmes trans ?

- **Faux.**

Avant la chirurgie le dossier du patient passe en RCP ?

- **Vrai.**

NAOS est l'une des premières entreprises indépendantes de Skincare au monde.  
NAOS a créé 3 marques inspirées de l'écobiologie.