

COUP D'ŒIL DU CONGRES INFOGYN 2021

Sommaire

FOCUS DERMATO - ARTICLE 1

Les vulvodynies : l'œil du dermatologue.

Magali DUBOIS – Sanary-sur-mer2

Quiz de formation4

QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 1

Insuline & grossesse : aspects pharmacologiques

Gaëlle FLORENCE – Paris.....5

Quiz de formation7

QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 2

Immunité et médecines complémentaires

Camille TALLET – Sage-femme libérale – Lyon.....8

Quiz de formation11

QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 3

Des mycoses à répétition aux dyspareunies

Dr Véronique PRUNARET JULIEN, gynécologue obstétricienne – Écully.....12

Quiz de formation14

QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 4

Prise en charge de la grossesse chez la patiente diabétique de type 1

Dr Frédérique RIMAREIX, endocrinologue – Toulouse.....15

Quiz de formation16

QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 5

Adolescence : Une période à risque. Endométriose : trop souvent méconnue !

Dr ISABELLA CHANAVALZ-LACHERAY, Gynécologue, Bordeaux.....17

Quiz de formation19

QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 6

Microbiote vaginal, microbiote vésical, quels rôles dans les dysbioses ?

Dr Jean Marc BOHBOT, Infectiologue, Paris.....20

Quiz de formation22

QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 7

Psychotropes et grossesses

Florence GRESSIER – Paris.....23

Quiz de formation25

QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 8

Vulvodynies et douleurs : comment les interpréter ?

Olivier BREDEAU, médecin de la douleur – Nîmes.....26

Quiz de formation28

QUAND LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 9

Rapport qualité sur les maisons de naissance (AUDIPOG)

Françoise VENDITTELLI, Catherine FOUHLY – Clermont-Ferrand.....29

Quiz de formation30



Les vulvodynes : l'œil du dermatologue

Magali DUBOIS – Sanary-sur-mer

Article rédigé par Mme Camille TALLET – Sage-femme libérale

Nous qui faisons des consultations gynécologiques, nous devons apprendre à examiner des vulves. De l'extérieur vers l'intérieur, il faut inspecter entre les lèvres, déplier la fourchette vulvaire postérieure, décapuchonner le clitoris... Le diagnostic d'une grande partie des pathologies dermatologiques se fait grâce à la clinique :

Sécheresse :

Lorsqu'une patiente vient en consultation en se plaignant de sécheresse il faut **pousser l'interrogatoire**. Est-ce que cela brûle, dans la journée, dans les rapports ?

Si la vulve est normale, cela permet de faire le diagnostic de vulvodynie. C'est une pathologie qui a une très forte répercussion sur le quotidien. Attention au terrain dépressif potentiel de ces patientes.

On classe les vulvodynies (classification de Dr Moyal-Barracco) **selon si elles sont généralisées ou localisées, permanentes ou provoquées**.

La première des choses à faire est de **nommer la pathologie**, de dire que « ce n'est pas dans la tête », l'examen gynécologique des muqueuses ne montre rien de particulier. **Ce n'est pas un problème de muqueuse mais plus au niveau des petites fibres nerveuses sensibles qui sont hyperexcitées et hyperexcitables et qui envoient en permanence au cerveau une fausse information comme s'il y avait « le feu » alors que non**. Il peut y avoir au départ une pathologie qui a irrité les muqueuses comme des candidoses à répétition ou un lichen, un traumatisme obstétrical, une chirurgie, un herpès... La douleur n'a peut-être pas été bien prise en charge à ce moment-là ce qui peut dérégler les petites fibres nerveuses sensibles.

Il est possible **d'utiliser des antalgiques neurotropes** et de mettre en place une **prise en charge psychologique** si besoin. Cette pathologie n'est ni contagieuse ni infectieuse ni cancéreuse.

Il faudra aussi bien **prendre en charge les muqueuses avec des soins locaux adaptés** : hydratants, œstrogènes locaux.

Lichen scléreux :

Surtout chez les **femmes de plus de 50 ans**, l'examen clinique doit **rechercher un lichen scléreux**. Il faut bien **examiner dans le sillon interlabial à la recherche de fissures** de même que le vestibule postérieur. Si juste en écartant il y a une petite fissure c'est probablement qu'il y a eu un accollement et donc possiblement la présence d'un lichen sous-jacent.

Le lichen peut être plus visible lorsqu'il y a une perte des reliefs des petites lèvres, un encapuchonnement du clitoris, un aspect blanc nacré et un prurit. Ce dernier n'est pas constant et les patientes peuvent se plaindre de brûlures.

Le diagnostic différentiel est l'atrophie due à la carence oestrogénique de la ménopause, qui ne gratte pas.

On écartera aussi le risque de candidose qui peut être à l'origine du prurit.

On le différencie du psoriasis qui ne se trouve pas sur les muqueuses.

Le traitement repose sur l'application de **dermocorticoïdes** (attention le Clarelux a des excipients qui piquent, donc Dermoval ou Diprolène non substituables), 1 fois par jour pendant un mois, tous les 2 jours pendant 1 mois, 2 fois par semaine pendant 1 mois et il faut réévaluer avec la patiente l'efficacité des traitements. Si cela se passe bien on peut rester à 1 fois par semaine ou juste à la demande si la patiente a bien compris qu'il faut remettre des corticoïdes locaux s'il y a une poussée (grattage, inconfort).

Il faut bien montrer à la patiente comment appliquer le corticoïde et en quelle quantité. Il faut bien appliquer le corticoïde sur les muqueuses, le sillon interlabial, l'introït vaginal voir au niveau de l'anus mais jamais là où il y a des poils.

La candidose chronique :

Se différencie de la candidose aiguë car les signes cliniques ne sont pas aussi bruyants. La patiente a pu se gratter au début mais plus maintenant, il n'y a pas de leucorrhées, on retrouve des fissures à la fourchette postérieure.

Le traitement repose sur la **prise de FLUCONAZOLE** par voie orale 200 mg à J1, J3, J7 puis une fois par semaine pendant 1 mois puis une fois tous les 15 jours pendant 3 à 6 mois à réévaluer avec la patiente. **Il faudra prendre en charge la vulvodynie associée qui a pu se mettre en place à cause des douleurs chroniques.** Il faudra prescrire un antalgique neurotrope et une prise en charge de la contraction musculaire réflexe par la rééducation périnéale spécialisée.

Messages clés :

- Faire la différence entre sécheresse, mycose à répétition et lichen scléreux est primordial mais pas toujours évident à l'œil nu.
- Pour les mycoses à répétition et le lichen scléreux il y a des traitements bien spécifiques.
- Il faut bien inspecter les vulves des patientes pour éliminer les causes de douleurs dans la prise en charge des vulvodynies.



QUIZ DE FORMATION

De quelle couleur est la vulve qui présente un lichen scléreux ?

- 1) Rouge
- 2) Blanche nacré
- 3) Noire

Quel est le traitement de la candidose chronique ?

- 1) Ovule/crème antifongique
- 2) Antifongique par voie orale

Retrouvez les réponses pages 31, 32 et 33.



Insuline & grossesse : aspects pharmacologiques

Gaëlle FLORENCE – Paris

Article rédigé par Mme Camille TALLET – Sage-femme libérale

L'insuline est une hormone qui est sécrétée par les cellules BÊTA des îlots de Langerhans du pancréas. Ce sont deux chaînes polypeptidiques A et B reliées par des ponts disulfures qui ont une configuration spatiale sous forme d'hexamère. Quelles sont les différentes insulines et quand pouvons-nous les utiliser dans le cadre d'une grossesse ?

Différentes insulines thérapeutiques sont produites par génie génétique plus particulièrement avec la technique de l'ADN recombinant. Il y a l'**insuline dite humaine** qui a exactement la même séquence d'acides aminés que l'insuline physiologique et l'**insuline dite analogue** qui a une ou plusieurs substitutions permettant de modifier les caractéristiques physico-chimiques mais également la cinétique d'absorption au niveau sous cutanée.

Il y a une **insuline à action rapide, intermédiaire et à action prolongée**. Le délai d'action va de 15 minutes à 5 heures, pour les pics d'activité elles vont de 30 minutes à 12 heures et la durée d'action va de 2 à 36 heures : NovoRapid, Insulatard, Lantus... L'élimination de l'insuline se fait à 70 % par le foie.

Toutes les insulines sont autorisées pendant la grossesse car elles ne passent pas la barrière placentaire.

Il n'existe pas de schéma type d'insuline mais le plus souvent, en cas de glycémie à jeun élevée, on privilégie un analogue d'action intermédiaire ou d'action prolongée. En cas d'hyperglycémie postprandiale, on privilégie les analogues d'action rapide.

Chez la femme enceinte qui présente un diabète de type 1, elle est déjà sous insuline. Il va falloir souvent passer à **plusieurs injections du fait de la résistance au cours de la grossesse**. Il est obligatoire d'arrêter les antidiabétiques oraux.

On pourra aussi **prescrire de l'insuline à une femme qui présente un diabète gestationnel si les objectifs glycémiques ne sont pas atteints dans les 7 à 10 jours après la prise en charge diabétique**.

Les objectifs glycémiques sont précis :

- Glycémie à jeun < ou = à 0,95 g/L
- À 1 heure postprandiale ≤ à 1,30 g/L
- Et 2 heures après le repas ≤ à 1,20 g/L.

L'**insuline à action rapide** : administration en **bolus**. Elle a pour objectif de limiter la hausse ponctuelle de la glycémie au moment des repas (il existe 3 types : Humalogue, Novorapid, Apidra).

L'**insuline à action intermédiaire** a une administration en **basale**, elle a pour but de stabiliser la glycémie au long cours et principalement la glycémie au réveil (Insulatard ou Umuline NPH, qui sont couplées à une protéine très volumineuse : la protamine qui nécessite l'intervention d'une enzyme qui explique l'action prolongée dans le temps).

L'insuline à action prolongée avec une administration en **basale** pour contrôler la glycémie au réveil (Détémir : ajout d'acides aminés permet une adhésion prolongée aux tissus interstitiels et dans le plasma).

On préconise 1 à 4 injections par jour : 1 injection d'insuline rapide à chaque repas et 1 d'insuline intermédiaire ou prolongée le soir au moment du coucher uniquement si la glycémie au réveil est élevée. La dose initiale est préconisée à 0,2 UI/kg pour l'insuline basale et pour l'insuline en bolus c'est plutôt 2 à 4 UI et on augmente progressivement de 2 en 2 jusqu'à obtenir les objectifs glycémiques.

Il est très important de dire à la patiente que **l'adaptation glycémique peut être quotidienne**. Il y aura des ajustements à faire si on rate un repas, si on est malade ou si on mange le repas de Noël.

Il existe un certain nombre d'interactions médicamenteuses avec l'insuline.

La surveillance avec la glycémie capillaire doit être réalisée 4 à 6 fois par jour. Pensez à piquer plutôt sur le côté des extrémités des doigts plutôt que sur la pulpe.

L'insuline doit être conservée au réfrigérateur, pas de congélation ni de fortes températures avant ouverture. Lorsque l'insuline est ouverte il est possible de la conserver à température ambiante pendant 3 à 4 semaines ce qui facilite l'injection.

Il faut bien **faire la rotation des sites d'injections**, elle ne doit pas être injectée à moins d'1 cm des précédents sites pour **éviter la lipodystrophie**. Elle peut s'injecter sur le ventre, les cuisses et les avant-bras et rester au moins à 3 cm du nombril.

Il existe **plusieurs calibres d'aiguilles** : 8 mm le plus souvent prescrites, des 4 ou 5 mm peuvent être prescrites à des femmes plus menues et des 12 mm pour des femmes en surpoids ou en obésité.

Les bandelettes ont des dates de péremptions de 3 à 4 mois après ouverture et il y a un code barre sur le flacon qui permet à la femme de réaliser le calibrage de son lecteur pour que le dosage soit le plus fiable possible.

Il existe des études en cours pour que les diabétiques oraux puissent être utilisés pendant la grossesse.

Messages clés :

- Il existe de l'insuline dite humaine qui a exactement la même séquence d'acides aminés que l'insuline physiologique.
- Il n'existe pas de schéma type d'insuline mais le plus souvent, en cas de glycémie à jeun élevée, on privilégie un analogue d'action intermédiaire ou d'action prolongée.
- En cas d'hyperglycémie postprandiale, on privilégie les analogues d'action rapide.
- On préconise 1 à 4 injections par jour : 1 injection d'insuline rapide à chaque repas et 1 d'insuline intermédiaire ou prolongée le soir au moment du coucher uniquement si la glycémie au réveil est élevée.



QUIZ DE FORMATION

Combien de fois par jour une femme enceinte doit-elle surveiller sa glycémie ?

- 1) 2 à 4
- 2) 4 à 6
- 3) 6 à 8 fois par jour ?

Existe-t-il une résistance à l'insuline pendant la grossesse ?

- 1) Oui
- 2) Non

Retrouvez les réponses pages 31, 32 et 33.



QUAND LA SCIENCE EN PARLE – ARTICLE 2

Immunité et médecines complémentaires

Camille TALLET – Sage-femme libérale – Lyon

Article rédigé par Mme Camille TALLET – Sage-femme libérale

L'immunité désigne la capacité de l'organisme à se défendre contre des agents étrangers (virus, bactéries, champignons, parasites, etc.). Elle peut être naturelle, c'est-à-dire active depuis notre naissance, ou acquise grâce à notre mémoire immunitaire.

L'immunité acquise fait référence à la capacité du corps à apprendre, à s'adapter et à se souvenir d'une menace. Ainsi, dans le cas où nous rencontrons à nouveau certaines maladies déjà contractées, notre corps peut libérer les anticorps et les défenses immunitaires adéquates pour la combattre.

En revanche, si l'organisme n'a jamais été confronté à une maladie auparavant, cette mémoire immunitaire n'est pas présente et le corps a davantage de mal à s'organiser pour réagir promptement et efficacement. C'est la raison pour laquelle **il est important de renforcer son immunité naturelle.**

Cette immunité naturelle, également appelée immunité innée, permet de neutraliser la plupart des agents infectieux. Elle se compose principalement des barrières naturelles que constituent la peau, les larmes ou les muqueuses. Cette immunité naturelle peut être fragilisée ou renforcée en fonction des habitudes et des pratiques de chacun.

→ **L'INNÉ** (non spécifique) :

- **Des barrières physico-chimiques** : peau = barrière physique, les sécrétions sébacées sudoripares, muqueuses ORL, bronchopulmonaires et digestives.
- **Des molécules normalement présentes dans les fluides corporels** comme les lysozymes et le complément.
- **Des cellules phagocytiques et cytotoxiques** comme les neutrophiles, les macrophages, ou les "natural killer".

→ **L'ACQUIS** (spécifique) : représenté par les **LYMPHOCYTES T et B.**

L'immunité innée donne la réponse inflammatoire : très rapide, quand la barrière est franchie, non spécifique, qui n'augmente pas lors d'une nouvelle infection. La réponse inflammatoire se manifeste par de la rougeur, de la chaleur, de l'œdème et de la douleur.

Rôle du système immunitaire :

- **Protection contre les agents pathogènes** : 208 virus, 538 bactéries, 317 levures, 287 vers, 57 parasites et protozoaires.
- **Promotion du fonctionnement normal de l'organisme** (tolérance des nutriments, nettoyage des tissus, réparation des blessures).
- **Élimination des cellules anormales** dont les cellules cancéreuses.

Il peut être parfois la cause de maladie lorsque la réponse est inadaptée : allergies, auto-immunité, rejets de greffe...

Qu'est-ce qui peut affaiblir le système immunitaire ?

- Le changement de saison
- La fatigue
- Le stress
- Le surmenage
- Le manque de sommeil...

Notre système immunitaire est un extraordinaire mécanisme qui nous aide à lutter contre les maladies les plus diverses. Mais ce système de défense reste fragile.

Comment booster le système immunitaire ?

- Grâce à une **bonne hygiène de vie**, une alimentation saine et une activité physique régulière.
- Il est également possible de se tourner vers des **compléments alimentaires** et des **huiles essentielles pour renforcer ses défenses naturelles**.
- Mais si on souhaite agir sur le long terme et sans effet secondaire, **l'homéopathie reste une thérapeutique sûre pour soutenir le système immunitaire**. C'est donc une thérapeutique tout indiquée pour **booster son immunité naturelle à l'approche de l'hiver, éviter l'apparition de maladies ou tout du moins minimiser leurs effets**.

Quels sont les remèdes homéopathiques que l'on peut utiliser ?

- Thymuline

Le thymus est un organe situé dans la partie supérieure du thorax en arrière du sternum, qui intervient dans le processus de défense de l'organisme. Grâce à la sécrétion d'hormones thymiques, il permet la production et la maturation des lymphocytes T (variété de globules blancs) qui vont permettre à l'organisme de se défendre contre les agents pathogènes (virus, bactéries...).

La thymuline est une hormone thymique obtenue par synthèse. La thymuline absorbée à dose infinitésimale agit comme un immunomodulateur : **elle stimule le système immunitaire au travers des anticorps produits et des lymphocytes T et elle limite les inflammations en contrôlant les réactions immunitaires**.

Ce médicament homéopathique s'utilise de l'automne au début du printemps lors des pathologies infectieuses hivernales.

Elle diminue de façon significative le nombre et la durée des infections.

La Thymuline stimule l'immunité lors de rhinopharyngites récidivantes, lors de pathologies infectieuses avec baisse de l'immunité, lors de cystites mais aussi dans certaines affections virales comme l'herpès ou la grippe par exemple.

La Thymuline est un remède homéopathique préventif efficace lorsque l'organisme est confronté aux agents pathogènes souvent présents pendant la saison froide et humide.

La Thymuline se présente sous forme de granules et de doses sous diverses dilutions : 5 CH, 7 CH, 9 CH, 12 CH, 15 CH, 30 CH.

Protocole préventif : Thymuline en 9 CH. Prendre 1 dose 9 CH par semaine pendant 1 mois dès le mois d'octobre puis 1 dose par mois jusqu'à la fin de l'hiver. Pour le très jeune enfant et la personne âgée, Thymuline peut être pris en 7 CH.

Les doses sont à mettre sous la langue jusqu'à complète dissolution. Les doses sont à prendre de préférence en dehors des repas.

- **Influenzinum 9 CH**

C'est un médicament homéopathique **indiqué en cas d'état grippal mais permet également de favoriser le rétablissement après la grippe.**

Ce médicament est élaboré par dilution et dynamisation du vaccin antigrippal de l'année en cours.

En prévention de la grippe :

Prendre une dose d'Influenzinum 9 CH pendant 3 semaines avant la période de prolifération de la grippe. Puis, prendre une dose par mois pendant les 2 à 3 mois suivants.

En traitement de la grippe :

Prendre une dose de granules chaque matin pendant 4 jours.

- **Le Sérum de Yersin**

Médicament homéopathique traditionnellement **conseillé en cas d'épidémie de grippe pour ses propriétés immunostimulantes.**

Le Sérum de Yersin a été préconisé et utilisé dans des gripes graves avec syndrome toxique et effondrement des défenses.

En prévention des virus

Prendre une dose de Sérum de Yersin 9 CH par semaine, une dose de Phosphorus 9 CH par semaine deux jours plus tard et 5 granules par jour d'Echinacea 5 CH.

En Prévention de la grippe

Prendre une dose d'Influenzinum par semaine pendant 4 semaines. La dernière semaine associer une dose de Sérum de Yersin. Puis prendre 1 dose d'Influenzinum + une dose de Sérum de Yersin une fois par mois pendant tout l'hiver.

En période d'épidémie de grippe reprendre une dose d'Influenzinum 9 CH + une dose de Sérum de Yersin 9 CH par semaine.

- **Silicea :**

Ce médicament homéopathique est préparé à partir de la silice ou du quartz. Il permet de lutter contre l'effondrement progressif du système immunitaire qui entraîne une faiblesse irritable, un amaigrissement progressif souvent marqué et un pouvoir de surinfection particulièrement développé.

Le silicium participe au fonctionnement du système immunitaire. Le thymus qui en contient des quantités importantes est l'organe où se « programment » les lymphocytes T. Les macrophages ont un très grand appétit pour la silice et la recyclent localement si elle est en excès. Elle est également impliquée dans la synthèse des anticorps (immunoglobulines).

Les vaccins : **il peut être utile de prévenir les effets indésirables liés aux vaccinations**, avec par exemple une dose de Silicea en 9 CH et une dose de Thuya en 9 CH le jour du vaccin, à répéter après une semaine si nécessaire.

Pour la pathologie hivernale chronique ou à répétition : en 15 CH une prise par semaine.

- **Echinacea angustifolia**

Utilisé en aigu dès le début de l'apparition de la pathologie, il **stimule le système immunitaire non-spécifique**, 5 CH, 5 granules 2 fois par jour.

Messages clés :

- Le rôle du système immunitaire est la protection contre les agents pathogènes, la promotion du fonctionnement normal de l'organisme, l'élimination des cellules anormales dont les cellules cancéreuses.
 - Il peut être parfois la cause de maladie lorsque la réponse est inadaptée : allergies, auto-immunité, rejets de greffe...
 - Les médicaments homéopathiques s'utilisent de l'automne au début du printemps lors des pathologies infectieuses hivernales.
-



QUIZ DE FORMATION

Les médecines complémentaires ont-elles pour but de stimuler notre immunité :

- 1) Innée
- 2) Acquise

Quel grand remède ne stimule pas l'immunité ?

- 1) Thymuline
- 2) Gelsemium
- 3) Influenzinum
- 4) Sérum de Yersin
- 5) Silicea

Retrouvez les réponses pages 31, 32 et 33.



Des mycoses à répétition aux dyspareunies

Dr Véronique PRUNARET JULIEN, gynécologue obstétricienne – Écully

Article rédigé par Mme Camille TALLET – Sage-femme libérale

Les mycoses à répétition sont la cause numéro un des vestibulodynies. Elles doivent être recherchées et identifiées. En effet, il faut reprendre avec la patiente les symptômes de départ et les différents prélèvements vaginaux réalisés.

- Est-ce qu'au départ les traitements ovules et crème étaient efficaces ?
- À quand remonte la dernière mycose ?

Très fréquent : 75 % des femmes auront un épisode de mycose dans leur vie.

4 % des femmes présentent des mycoses récidivantes, ce qui correspond au moins à 6 épisodes par an.

Il y a donc un impact psychologique, social et sexuel. Ce sont ces mycoses récidivantes, qui sont responsables de l'évolution vers la vulvodynie.

Traitement des mycoses à répétition :

- Fluconazole 100 mg, 1 gélule par semaine, de durée variable selon l'ancienneté de la crise.
 - Ex : 7 semaines ou 14 semaines ou 6 mois (Int J Obstet Gynecol 1992 : 17)
- Au départ, éventuellement, une crème antimycosique le matin et surtout ne pas hésiter à mettre des dermocorticoïdes le soir pour « réparer » la peau et avoir un effet plus rapide qui soulage rapidement (environ 15 jours) pour le pseudo-eczéma.

La vulvodynie est une conséquence des mycoses à répétition et est responsable des dyspareunies.

Classification ISSVD 2015 : La douleur causée par une cause spécifique :

- Elle peut être **localisée (vestibulodynie, clitoridynie) ou généralisée**,
- **Spontanée, provoquée ou mixte**
- **Primaire ou secondaire**
- **Intermittente, persistante, immédiate ou à distance.**

Les causes favorisantes de la vulvodynie :

- Infections vulvaires (mycoses à répétition dans 50 % des cas), herpès.
- Maladies inflammatoires lichen scléreux vulvaire (20 % des cas), lichen plan.
- Perturbations hormonales : ménopause ou syndrome génito-urinaire, aménorrhée, allaitement.

- Traumatique ou cicatrice (accouchement ou chirurgie) ou mutilations.
- Iatrogéniques (radiothérapie, chimiothérapie, post-opération).
- Cancers vulvaires : maladie de Paget ou carcinome.
- Causes neurologiques (compressions, post-herpétiques).
- Autres : traitements ATB ou traitements locaux répétés (ovules, crème et savons agressifs type Bétadine ou cytéal...) ou infections urinaires à répétition et antécédents d'attouchements sexuels.

La vulvodynie est la plus fréquente douleur chronique pelvienne avec une incidence et une prévalence en augmentation : environ 12 % dont 20 % sont primaires, ce qui représente un facteur de gravité.

Elles touchent les femmes jeunes : 50 % avant 25 ans et 75 % avant 35 ans.

Le **délai moyen entre le début des symptômes et le diagnostic est de 5-6 ans** et ce retard contribue aussi à la sévérité des symptômes.

Les aspects cliniques :

- Dyspareunie, douleur au toucher : tampons, vélo, strings, jean serré...
- Intolérance à tout... À tous les topiques.
- Brûlures, échauffements, irritations, sensation de coupures, « d'être à vif » ...

Le diagnostic se fait grâce au Q-tip test, c'est-à-dire que l'on vient toucher l'abouchement des glandes de Bartholin avec le coton-tige et la pression reproduit exactement la douleur ressentie par la patiente.

Les grands principes du traitement des vestibulodynies :

- Reconnaître et nommer l'affection est le premier pas dans la prise en charge thérapeutique.
- Traitement de la cause dès que possible.
- Traitement médicamenteux local anesthésiant et hydratant ou général (aucune étude versus placebo n'a démontré d'efficacité) :

Préparation magistrale :

- Chlorhydrate de lidocaïne 10 %
 - Vaseline blanche 40 %
 - Eau purifiée 15 %
 - Lanoline anhydrique 35 %
- Séances de massage et relaxation périnéale avec dilateurs vaginaux.
 - Prise en charge multidisciplinaire avec psychologue et sexologue (« pour coaching » de la reprise des rapports sexuels avec pénétration).

Messages clés :

- Les mycoses à répétition sont la cause numéro un des vestibulodynies.
 - 4 % des femmes présentent des mycoses récidivantes, ce qui correspond au moins à 6 épisodes par an. Le traitement se fait par antifongique par voie orale au long cours.
-



QUIZ DE FORMATION

Quel est le pourcentage de femmes qui feront un jour une mycose ?

- 1) 55 %
- 2) 65 %
- 3) 75 %

Quelle est la fréquence des vulvodynies ?

- 1) 12 %
- 2) 20 %
- 3) 35 %

Retrouvez les réponses pages 31, 32 et 33.



Prise en charge de la grossesse chez la patiente diabétique de type 1

Dr Frédérique RIMAREIX, endocrinologue – Toulouse

Article rédigé par Mme Camille TALLET – Sage-femme libérale

Le diabète a un impact sur la grossesse, il est donc important d'inciter les patientes à programmer la grossesse dans un contexte de diabète de type 1. Quelles prises en charge spécifiques mettre en place ?

La grossesse chez une patiente diabétique de type 1 est une grossesse à risque. La grossesse a un impact sur le diabète avec une **possibilité d'aggravation** des complications microangiopathiques, un risque d'hypoglycémie plus important au premier trimestre ainsi que le risque d'acidocétose.

Le diabète a aussi un impact sur la grossesse car le risque de fausse couche est augmenté s'il y a un déséquilibre glycémique au premier trimestre, le risque vasculaire est majoré (risque de prééclampsie plus important) et il y a des complications liées à la macrosomie notamment pendant l'accouchement.

Il existe un sur-risque malformatif sur le plan foetal, un risque d'anomalie congénitale (en fonction du taux d'HBA1C pré-conceptionnel), un risque de retard de croissance chez les patientes qui ont des néphropathies associées, risque de dystocie des épaules et le risque augmenté de mort foetale in utero.

Sur le plan néonatal, on retient le risque d'hypoglycémie néonatale, de détresse respiratoire, de naissance prématurée et à terme ce sont des enfants plus à risque d'obésité et de syndrome métabolique.

Il est donc important d'inciter les patientes à programmer la grossesse dans un contexte de diabète de type 1. L'objectif est d'optimiser l'équilibre glycémique avant d'arrêter la contraception avec un score théorique du **taux d'HBA1C < 6,5 %**. L'éducation thérapeutique joue un grand rôle afin d'acquérir des compétences dans l'adaptation du traitement. **On essaiera de mettre en place une pompe à insuline en pré-conceptionnel.** Cette programmation laisse le temps de **faire le bilan de retentissement du diabète** avec la recherche de complications microangiopathiques, le fond d'œil, la recherche de micro-albuminurie, l'ischémie myocardique souvent silencieuse chez les femmes qui ont un diabète ancien, l'hypertension artérielle et le tabagisme.

En début de grossesse, le plus urgent est que les femmes sachent vers qui s'orienter quand le test de grossesse est positif pour organiser une consultation de diabétologie rapide surtout s'il n'y a pas eu de bilan pré-conceptionnel. **L'acide folique sera majoré à 5 mg/jour pendant les 3 premiers mois. On regardera à 12 semaines l'association de la pression artérielle, des biomarqueurs et du doppler utérin.** On peut recommander la prescription d'aspirine à 100 mg/jour avant 16 SA jusqu'à 36 SA pour diminuer le risque de prééclampsie. **L'HBA1C et l'ECBU seront vérifiés tous les mois.** On vérifie **le bilan thyroïdien** car le diabète de type 1 est une maladie auto-immune.

La rétinopathie est une pathologie fréquente dans le diabète et la grossesse est un facteur de risque d'aggravation des rétinopathies. **Il faut surveiller tous les mois le fond d'œil s'il y a une rétinopathie diabétique et tous les trimestres si le fond d'œil est normal.**

Les patientes porteuses d'une néphropathie ont un sur-risque de prééclampsie, donc elles demandent une surveillance rapprochée en fin de grossesse.

La consultation avec l'obstétricien et le diabétologue sera toujours mensuelle. On peut proposer une échographie pré-morphologique à 18 SA si la patiente a un déséquilibre glycémique pré-conceptionnel ou si les conditions d'échogénicité étaient mauvaises. On pourra aussi faire une échocardiographie fœtale.

L'insulinorésistance liée aux hormones placentaires doit être accompagnée pendant la grossesse à partir de 20 SA jusqu'à 36 SA.

Au 3^e trimestre, la surveillance clinique et biologique s'intensifie tous les 15 jours. Une échographie sera faite mensuellement entre 28 SA et 36 SA, avec un focus sur le périmètre abdominal, la recherche d'un excès de liquide ou d'un retard de croissance. L'hémoglobine glyquée a tendance à remonter au 3^e trimestre. On peut proposer un monitoring à partir de 32 SA.

On surveille l'hémoglobine glyquée qui doit être < 6 % pendant la grossesse. On fera aussi la mesure continue du glucose pour avoir des informations plus précises au cours de la journée. C'est un capteur qui mesure le glucose dans le liquide interstitiel et non dans les capillaires. C'est un dispositif pour les patientes qui ont au moins 3 injections par jour d'insuline. Ce capteur est posé à l'arrière du bras pendant 14 jours. La patiente peut scanner sa glycémie.

Messages clés :

- **Le diabète a un impact sur la grossesse, il est donc important d'inciter les patientes à programmer la grossesse dans un contexte de diabète de type 1.**
- **L'objectif est d'optimiser l'équilibre glycémique avant d'arrêter la contraception avec un score théorique du taux d'HbA1C < 6,5 %.**



QUIZ DE FORMATION

Au 3^e trimestre la surveillance clinique et biologique s'intensifie à tous les :

- 1) 10 jours
- 2) 15 jours
- 3) 21 jours

L'hémoglobine glyquée doit être :

- 1) Inférieure à 6 %
- 2) Ou supérieure à 6 % ?

Retrouvez les réponses pages 31, 32 et 33.



Adolescence : Une période à risque. Endométriose : trop souvent méconnue !

Dr ISABELLA CHANAVAZ-LACHERAY, Gynécologue, Bordeaux
Article rédigé par Mme Camille TALLET – Sage-femme libérale

L'endométriose est une maladie chronique, qui débute le plus souvent dans l'adolescence et qui peut s'aggraver avec le temps. Le diagnostic doit être précoce pour soulager le plus vite possible les patientes et pour suspendre l'évolution d'une maladie dont on ne guérit pas. **Les traitements servent à mettre en sommeil les symptômes et permettre aux femmes de mener une vie normale.**

Ce n'est pas normal d'avoir mal au ventre pendant les règles. C'est une fausse croyance que de croire le contraire.

Il faut néanmoins **rechercher le cas particulier des malformations de l'appareil génital** qui pourrait donner des douleurs. On réalisera donc soit une échographie sus-pubienne soit une IRM aux jeunes femmes qui présentent des douleurs de règles surtout si elles ne sont pas soulagées par des antalgiques et/ou la contraception en continu avec aménorrhée. Car tout ce qui gêne l'évacuation des règles favorise aussi le reflux, donc augmente le risque d'endométriose.

Cela correspond aussi à la théorie métaplasique selon laquelle le tissu endométriosique se développerait à partir d'une origine embryologique lors de la construction de l'embryon. La symptomatologie (dans ce cas-là) est souvent bruyante, mais pas toujours. Elle pourrait correspondre à des stades 4 « d'emblée » d'endométriose.

Le diagnostic de l'endométriose de l'adolescente est avant tout un diagnostic clinique : les dysménorrhées en sont le principal symptôme.

Les dysménorrhées apparaissent dès les 1^{res} règles ou après quelques mois.

Elles sont si intenses qu'elles sont peu ou pas soulagées par les antalgiques simples et les AINS sont peu efficaces.

Il faut donc souvent prescrire une pilule à visée non contraceptive mais antalgique. Le but étant d'obtenir rapidement l'aménorrhée de ces patientes.

Quelques **éléments évocateurs de gravité des douleurs** sont :

- L'alitement,
- La bouillotte,
- Le malaise vagal,
- L'absentéisme scolaire
- Et la consultation aux urgences.

Ces signes doivent alerter sur la sévérité des symptômes et faire impérativement rechercher une endométriose.

Les facteurs de risques sont la ménarche précoce et les antécédents familiaux d'endométriose.

D'autres symptômes sont à rechercher comme :

- Les douleurs abdomino-pelviennes,
- Les troubles du transit : constipation récente et diarrhées cataméniales, les cystalgies à urine claire, parfois les dyspareunies.

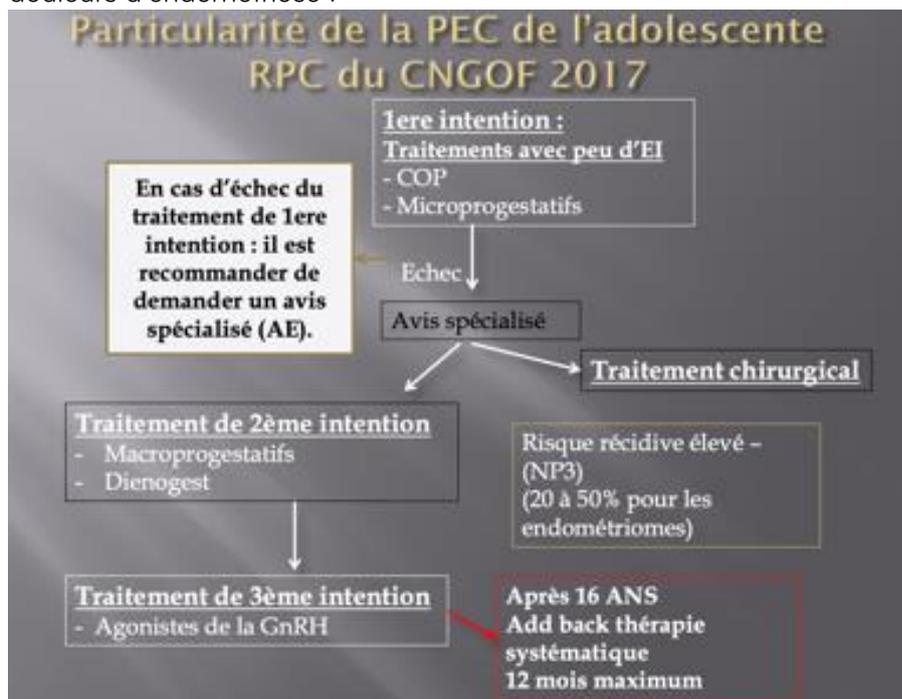
L'examen clinique est pauvre et limité : palpation abdominale normale, speculum et toucher vaginal sont souvent infaisables et peu contributifs.

Les examens complémentaires ne sont pas obligatoires, doivent être effectués par des médecins référents. Attention, leur normalité n'exclut pas le diagnostic. Il faut réaliser une échographie pelvienne (sus-pubienne en général) surtout pour éliminer une malformation et éventuellement une IRM pelvienne.

Il n'y a pas d'indication de coelioscopie exploratrice car la situation la plus fréquente est une symptomatologie évocatrice mais une imagerie normale. (Recommandations sociétés savantes : CNGOF 2017 : non recommandée)

Le diagnostic de l'endométriose en avant tout clinique à l'interrogatoire.

Voici un arbre décisionnel pour la mise en place des traitements pour la prise en charge des douleurs d'endométriose :



Messages clés :

- L'endométriose commence le plus souvent dans l'adolescence.
- Le diagnostic précoce est possible.
- Ce diagnostic est clinique et il faut éviter la coelioscopie. L'imagerie est en général normale.
- Le traitement est avant tout médical : l'aménorrhée soulage, mais aussi limite (suspend ?) l'évolution vers les formes sévères.
- Ces adolescentes doivent être suivies de manière très rapprochée.



QUIZ DE FORMATION

L'endométriose débute plutôt

- 1) Dès les premiers cycles
- 2) Ou au bout de quelques années ?

Quel est le diagnostic différentiel des dysménorrhées de l'adolescente ?

- 1) Un fibrome
- 2) Une malformation utérine
- 3) Un syndrome des ovaires polykystiques

Retrouvez les réponses pages 31, 32 et 33.



Microbiote vaginal, microbiote vésical, quels rôles dans les dysbioses ?

Dr Jean Marc BOHBOT, Infectiologue, Paris

Article rédigé par Mme Camille TALLET – Sage-femme libérale

Tous les uropathogènes sont des entéropathogènes, donc leur provenance est intestinale. La colonisation vésicale ne se fait pas par un passage automatique de l'intestin dans la vessie mais par un parcours qui commence par le rectum, le périnée, le vagin et enfin la vessie. Cette zone de transit pour les entéropathogènes et les lactobacilles. **Le réservoir naturel des lactobacilles du vagin est le rectum.** C'est une zone particulièrement vulnérable, surtout si la femme utilise des produits antiseptiques pour la toilette vulvaire qui détruisent la flore d'entéropathogènes mais aussi les lactobacilles.

Il y a **deux systèmes à prendre en compte dans les cystites récurrentes** : le **microbiote intestinal** et le **microbiote vaginal**. Ce dernier joue un rôle de sas.

Lorsque les *Escherichia coli* sont en surnombre à cause d'une dysbiose intestinale qui arrive au niveau du vagin, soit les lactobacilles sont suffisamment présents pour jouer leur rôle de sas et bloquer le développement des *E.coli*, soit à l'inverse, il y a un déficit de lactobacilles, il y a une dysbiose vaginale, et au premier rapport sexuel venu, il va y avoir une mise en contact directement de ces entéropathogènes avec le méat urinaire et donc un risque d'infection.

Dans l'anatomie féminine la vessie est très proche de l'extérieur (1 à 2 cm) et donc les colibacilles peuvent vite coloniser la vessie.

Comment se passe l'infection de la cystite ?

Les uropathogènes ont la capacité de se fixer sur la muqueuse vésicale. Cette fixation se fait sur des protéines transmembranaires (uroplaquine qui sont à la surface de l'épithélium) qui traversent la membrane cellulaire de manière à offrir un point d'attache à ces bactéries qui viennent de l'intestin. Ces uropathogènes ont des pili qui contiennent des adhésines. Ces adhésines reconnaissent des récepteurs spécifiques qui contiennent du Mannose (sucre spécifique). À l'heure actuelle on utilise des produits comme le D-mannose qui est un leurre pour les bactéries uropathogènes. Ces bactéries adorent le mannose et vont se fixer préférentiellement sur les cellules qui contiennent du mannose, en leur donnant du mannose libre on peut espérer qu'elles se fixent moins sur la muqueuse vésicale. Lorsque *E.coli* est fixé sur l'endothélium, il va l'envahir, provoquer l'apparition de biofilm et l'apparition de colonies intra épithéliales. Ces dernières sont totalement inatteignables par les antibiotiques. C'est donc la source de récurrences et il faut augmenter les doses d'antibiotiques.

Comment les infections récurrent-elles ?

Soit c'est un envahissement régulier à partir d'un foyer extra-vésicale (dysbiose intestinale ou vaginale) **soit c'est la réémergence de population bactérienne** qui persiste au sein de la muqueuse. Il faut donc trouver un moyen de déloger ces bactéries qui sont intra-épithéliales. Le *Gardnerella vaginalis* est une bactérie amie puisqu'elle peut réactiver ces populations

cachées. Les urines permettent d'évacuer les bactéries superficielles mais pas les plus profondes.

Attention car chez la femme enceinte et la personne âgée il y a des bactériuries asymptomatiques. Chez la femme très âgée il n'y aura aucun des symptômes classiques mais plutôt un désintérêt, une apathie, une fatigue générale et une inappétence.

Pendant la grossesse il y a un risque non négligeable de pyélonéphrite sur des infections urinaires asymptomatiques (jusqu'à 30 %).

Les traitements :

Cystite non compliquée

- Fosfomycine à dose unique.

Cystite récidivante :

- Antibiothérapie au long cours.
- 1 sachet/semaine pendant 6 mois ou un traitement post-coïtale avec du Bactrim, par exemple.

La société française d'urologie a revu ces recommandations : traitement associant de la canneberge et du D-mannose en post-coïtale. C'est très bien pour dépanner le temps que l'on remette de l'ordre dans les microbiotes. **La proportion d'*E.coli* a été multipliée par 8 en 20 ans. En France on a encore très peu de résistance à la Fosfomycine.**

Dans le cas de cystites récidivantes il faudra faire faire à la patiente un **bilan urologique complet**. Il faudra **dépister le diabète, prodiguer des conseils en matière de tabac** qui est l'ennemi numéro un du vagin et des urines en favorisant la dysbiose par diminution de la concentration d'œstrogènes dans le sang. À partir de 4 cigarettes par jour il y a un risque de déséquilibre de la flore vaginale.

L'hydratation quotidienne importante pour favoriser les mictions qui limite l'adhérence aux parois des colonies intra épithéliales. L'hygiène intime doit aussi être adaptée.

Lors de la consultation on recherchera des problèmes de constipation chronique, de douleurs abdominales et des ballonnements.

Il faut rechercher des **signes de dysbiose vaginale** : mycoses à répétition, douleurs pendant les rapports sexuels, de la sécheresse... Lorsque les femmes sont ménopausées, il faut aussi s'enquérir de la statique pelvienne.

Pour les traitements, ce qui fonctionne bien c'est l'association canneberge/propolis, canneberge/D-mannose, agir sur la dysbiose avec des probiotiques. **En phytothérapie** on pourra utiliser de l'orthosiphon, la cannelle, l'échinacée...

On pourra aussi utiliser des œstrogènes locaux car la vessie et le vagin sont des organes œstrogènes dépendants : une noisette au niveau du méat urinaire tous les soirs pendant au moins 3 mois. On couplera aussi avec un traitement par probiotique multisouches pour augmenter le spectre d'activité et avoir une synergie d'action. (Attention suppression des probiotiques vaginaux d'ici 2 ans selon les directives européennes). **Les probiotiques ont des activités anti-inflammatoires et immuno-modulatrices.**

La prévention des récives est une approche personnalisée, on évitera le recours à l'antibiothérapie prolongée, il faut explorer les probiotiques et ne pas oublier les conseils hygiéno-diététiques de base.

Messages clés :

- Les uropathogènes contiennent des adhésines qui reconnaissent des récepteurs spécifiques au Mannose (sucre spécifique). À l'heure actuelle on utilise des produits comme le D-mannose qui est un leurre pour les bactéries uropathogènes. Ces bactéries adorent le mannose et vont se fixer préférentiellement sur les cellules qui contiennent du mannose, en leur donnant du mannose libre on peut espérer qu'elles se fixent moins sur la muqueuse vésicale.
 - Les urines permettent d'évacuer les bactéries superficielles mais pas les plus profondes.
-



QUIZ DE FORMATION

Les uropathogènes ont des pili qui contiennent des adhésines ?

- 1) VRAI
- 2) FAUX

L'infection urinaire est due soit à un envahissement régulier à partir d'un foyer extra-vésicale soit à la réémergence de population bactérienne qui persiste au sein de la muqueuse ?

- 1) VRAI
- 2) FAUX

Retrouvez les réponses pages 31, 32 et 33.



Psychotropes et grossesses

Florence GRESSIER – Paris

Article rédigé par Mme Camille TALLET – Sage-femme libérale

Il existe un **remaniement psychologique** qui est normal lors de la grossesse **liée à la puerpéralité**. Les bouleversements sont somatiques, hormonaux, psychologiques, familiaux et sociaux.

La **grossesse** a longtemps été décrite comme une **période d'épanouissement**, cependant dès l'antiquité Hypocrate **décrivait des folies au moment de l'accouchement et des suicides en période périnatale**.

En **1968** est introduit le concept de la **dépression du post-partum**. Les troubles psychiatriques passent parfois au premier plan devant les troubles somatiques. On peut avoir la décompensation d'une pathologie psychiatrique antérieure ou la survenue d'une pathologie que l'on n'attendait pas en lien avec la puerpéralité.

Un **trouble psychiatrique insuffisamment traité pendant la grossesse va être néfaste pour la mère et pour l'enfant**.

La mère pourra faire un moindre suivi de la grossesse, faire des tentatives de suicide.

De nos jours, le **suicide est la première cause de mortalité en période périnatale**. Ces femmes pourront **se mettre à consommer des toxiques ou continuer une habitude antérieure**. Ces femmes vont présenter une **faible prise de poids avec des conséquences sur le développement fœtal, l'augmentation de l'hypertension artérielle, du diabète gestationnel et des conséquences obstétricales**. Il pourra y avoir une **décompensation postnatale** en continuité avec la grossesse ou avec un intervalle libre. **Les soins apportés au nouveau-né peuvent être de moindre qualité**.

Comment expliquer qu'une **décompensation psychiatrique pendant la grossesse ait un impact sur le nouveau-né et l'enfant** (prématurité, hypotrophie, mauvaise adaptation néonatale, troubles neurodéveloppementaux) ? Lorsqu'on a un stress important, on a une dysrégulation de l'axe HPA et il existe un rôle majeur du cortisol. **Le cortisol est transformé en cortisone qui n'est pas néfaste pour le cerveau fœtal**. S'il est présent en trop grande quantité il va passer la barrière placentaire, l'hypercortisolémie va affecter les récepteurs aux glucocorticoïdes dans le cerveau fœtal, il y a une augmentation de CRH et d'ACTH. Il y a aussi une altération du flux sanguin utérin. Le cortisol va entraîner une altération au niveau de l'épigénétique au niveau ADN et micro-ARN du placenta qui entraîne davantage de prématurités, de prééclampsie et de RCIU. **Ces altérations au niveau de l'épigénétique peuvent aussi avoir des conséquences sur le cerveau fœtal avec un risque majoré de troubles mentaux par la suite chez le bébé** de mères présentant des troubles psychiatriques pendant la grossesse.

Depuis ces 40 dernières années, nous avons davantage de traitements psychotropes à notre disposition. À la fin des années 1970, il y a 10 % des femmes qui prenaient 4 médicaments ou plus au premier trimestre. **À la fin des années 2000, c'est 30 % des femmes.**

Comment prescrire les médicaments ?

Cette prescription doit être guidée par la caractéristique et le retentissement des symptômes. On prend en compte le nombre d'épisodes, est-ce qu'il y a eu des hospitalisations antérieures en psychiatrie, les antécédents personnels et familiaux (surtout de la propre mère) et l'efficacité antérieure des psychotropes. Enfin est ce que la femme est d'accord de recevoir un traitement.

Il faudra toujours évaluer le rapport bénéfices/risques pour la mère et l'enfant. On peut se référer au CRAT pour prescrire.

Il peut y avoir des troubles périnataux avec des symptômes d'imprégnations et des syndromes de sevrage :

- Des troubles neurologiques avec des pleurs importants des cris aigus,
- Des hypertonies,
- Des tremblements,
- Des convulsions et des insomnies,
- Des troubles digestifs,
- De la succion,
- Des diarrhées,
- Des vomissements,
- Des troubles respiratoires...

Ces différents syndromes de sevrage sont le plus souvent transitoires et bénins. Il faudra prendre en compte la demi-vie des médicaments.

13 % des femmes enceintes prennent des antidépresseurs.

Il existe un risque majoré mais faible, de troubles du spectre autistique, chez les enfants de parents ayant pris des antidépresseurs pendant la grossesse. Mais ce risque est diminué si la mère a fait des épisodes de dépression et suit un traitement pendant la grossesse.

Il faudra rechercher des symptômes maniaques chez des femmes qui présentent des symptômes dépressifs pendant la grossesse avant de prescrire les antidépresseurs car il y a beaucoup de troubles bipolaires qui sont dépistés en périodes périnatales.

Pour les femmes sous traitement, on va préférer des grossesses programmées. On adaptera les traitements en fonction des bilans et des échographies.

Messages clés :

- **Il paraît primordial de sensibiliser et de former les professionnels de santé au dépistage des symptômes psychiques en période périnatale.**
- **La prise en charge doit être la plus adaptée possible pour la mère et l'enfant, si possible la grossesse sera planifiée.**
- **Si on fait le choix de prescrire un psychotrope, il faudra évaluer la balance bénéfices/risques.**
- **Il est très important de travailler en pluridisciplinarité.**



QUIZ DE FORMATION

Quel impact sur le nouveau-né et l'enfant ne trouve-t-on pas lors d'une décompensation psychiatrique pendant la grossesse ?

- 1) Prématurité
- 2) Diabète
- 3) Hypotrophie
- 4) Mauvaise adaptation néonatale
- 5) Troubles neurodéveloppementaux

Quel est le pourcentage de femmes enceintes qui prennent des antidépresseurs ?

- 1) 10 %
- 2) 13 %
- 3) 20 %

Retrouvez les réponses pages 31, 32 et 33.



Vulvodynies et douleurs : comment les interpréter ?

Olivier BREDEAU, médecin de la douleur – Nîmes

Article rédigé par Mme Camille TALLET – Sage-femme libérale

Dynie = douleur en grec, c'est une douleur qui peut être spontanée ou provoquée. **La vulvodynie est décrite comme un inconfort chronique.**

Actuellement en France, on ne se sait pas traiter les maladies chroniques.

Les traitements actuels reposent sur l'application d'anesthésiques locaux et la kinésithérapie spécialisée.

Actuellement, **les 3 paliers de la douleur, anciennement décrits n'ont plus lieu d'être.** Il faut comprendre le phénomène de sensibilisation pour comprendre la chronicité.

La douleur est une perception subjective et non comparable. On mesurera donc le **pourcentage d'amélioration et de soulagement.**

Le système sensitif qui va véhiculer la nociception (le premier message qui peut amener à la perception douloureuse) **est associé à différents niveaux :**

- Somatiques,
- Viscérales (récepteur sensitif),
- Muscles
- Et peau.

La douleur naît de la stimulation périphérique, le message est transformé d'un **message thermique, chimique en un message neurologique** (transduction) jusqu'au **cerveau qui intègre la perception douloureuse.**

Donc lorsque l'on entend « c'est dans votre tête » ce n'est pas faux : en effet si on n'avait pas de tête on n'aura pas de perception douloureuse ! **Le cerveau va donc se défendre en mettant en place un contrôle inhibiteur descendant.** La perception douloureuse est cet équilibre entre un système excitateur (périphérie) et un système inhibiteur (cerveau). Le stress traumatique va entraîner une diminution de la capacité à activer le système inhibiteur (perte du sommeil, immobilisation, stress chronique). L'imagerie et la biologie le prouvent. Dans la projection de la douleur il y a 4 composantes :

- Sensorielle,
- Cognitive (mémorisation de la douleur),
- Émotionnelle
- Et affective.

Depuis 2019, il existe une **nouvelle classification mondiale des maladies** (c'est la 11^e). On définit la douleur chronique comme une douleur qui peut être primaire (vulvodynie), ce sont des douleurs nociplastiques. **Les conséquences de ces douleurs : psychosociales,**

relationnelles et émotionnelles vont être plus importantes que la question de la douleur. Il faut donc entendre les femmes !

Attention, dans les contextes de post-cancer, dans les suites d'une plaie chirurgicale où la cicatrisation a été négligée et laisse des douleurs chroniques, des douleurs neuropathiques et musculosquelettiques. Ce sont les contractures musculaires qui font mal au final.

Au niveau de la vulve, les récepteurs sont au niveau cutané et dans le muscle. **Le muscle est le seul organe à avoir des récepteurs sensitifs et moteurs.** Lorsqu'on masse les patientes, on va soulager les douleurs grâce à la décontraction musculaire obtenue.

Lorsque les nocicepteurs sont stimulés, on parle de douleurs nociceptives ou inflammatoires. Comme signe clinique spécifique on retrouve une **pression douloureuse lorsqu'on appuie sur la zone concernée.** Ces douleurs sont nettement augmentées lors d'une activité sexuelle avec pénétration.

Il y a aussi une douleur neuropathique : notamment lors d'une compression du nerf pudendal (échelle DN4 pour la spécifier : brûlure, décharge électrique, fourmillement et le prurit sans lésion). **Un signe particulier est que ces femmes ne supportent plus les sous-vêtements.** On retrouve un **muscle transverse du périnée particulièrement tonique, parfois une sécheresse et une rougeur.**

Que la lésion soit nerveuse ou inflammatoire, si elle devient chronique, elle entraîne une sensibilisation et donc une douleur chronique. Lorsque la douleur dure trop longtemps on note une modification de l'expression génétique, c'est ce que l'on appelle **l'épigénétique de la douleur.** Ce qui explique que la rééducation puisse être parfois un peu longue. Il y a des répercussions sur la fatigue, l'activité physique, le sommeil...

La stratégie thérapeutique :

Il faut commencer par **faire une très bonne évaluation de l'état de la patiente avec son envahissement douloureux.** Cette évaluation est biologique et psychosociale. Il faut chercher les zones gâchettes : zones les plus sensibles, car nous sommes sur une stratégie de médecine intégrative. **Il existe parfois une discordance entre l'imagerie et les dires de la patiente.** Il faut ensuite faire de la réadaptation physique et psychologique.

Il existe beaucoup de prise en charge pluridisciplinaire.

Messages clés :

- La vulvodynie est un équilibre entre l'excitation nociceptive vulvaire et le contrôle inhibiteur descendant.
- Il faut connaître l'étiologie et le mécanisme de la douleur vulvaire. La vulvodynie a un retentissement psycho-social majeur.
- Le traitement médicamenteux et non médicamenteux doit être adapté à la cible principale.



QUIZ DE FORMATION

Lorsque la douleur dure trop longtemps on a une modification de l'expression génétique c'est ce que l'on appelle l'épigénétique de la douleur ?

- 1) Vrai
- 2) Faux

Qu'est-ce qu'une zone gâchette ?

- 1) C'est une zone particulièrement sensible
- 2) C'est une zone où l'on ne sent plus rien

Retrouvez les réponses pages 31, 32 et 33.



Rapport qualité sur les maisons de naissance (AUDIPOG)

Françoise VENDITTELLI, Catherine FOUHLY – Clermont-Ferrand

Article rédigé par Mme Camille TALLET – Sage-femme libérale

Dans ce rapport, a été évaluée la qualité des soins qui y sont prodigués à travers plusieurs dimensions : la pertinence, l'efficacité et la sécurité des soins.

Bien-être et bien naître :

Au début du XX^e siècle on commence à réfléchir à comment mieux vivre sa grossesse. L'accouchement en maternité se généralise, ce qui fait baisser le taux de mortalité maternelle mais pas infantile.

En 1945 sont mis en place les services de protection maternelle et infantile.

En 2003, ont lieu les premiers états généraux de la naissance ou ont été débattus l'insatisfaction des usagers avec les collectifs de la naissance : les femmes revendiquent le droit d'un accouchement plus physiologique.

En 1972, les petites maternités représentaient 47 % des maternités sur l'ensemble du territoire mais en 2017 il n'en reste que 517.

En 2003, les maternités de type 1 ont réalisé 36 % des naissances versus 22 % en 2016. En 2003, 19 % des naissances se faisaient en maternité de type 3 et 27 % en 2016.

Il a été créé une commission nationale pour la naissance, un des axes était d'améliorer l'environnement psychologique et social de la mère et de l'enfant, notamment grâce à l'entretien du 4^e mois.

L'expérimentation des maisons de naissances commence à ce moment-là, attenante à des plateaux techniques permettant d'accoucher de manière physiologique dans un contexte sécurisé. De nouveaux financements ont été votés pour la création de 12 nouvelles maisons de naissance qui seront créées pour 7 ans.

Il y a eu un rapport d'évaluation des maisons de naissance. C'est l'INSERM qui gère le groupe d'étude. Il est possible de retrouver ce rapport en ligne.

On définit la naissance physiologique comme un accouchement entre 37 et 41 SA +6 jours, en présentation du sommet, sans transfert pendant le travail ou en postnatal, sans intervention chirurgicale, avec un périnée intact (sans épisiotomie et sans déchirure du 3^e et 4^e degré).

Le travail en cours est la création d'un dossier partagé entre les maternités et les maisons de naissance.

Messages clés :

- Depuis quelques années, a commencé l'expérimentation des maisons de naissances, attenante à des plateaux techniques, permettant d'accoucher de manière physiologique dans un contexte sécurisé.
 - Le travail en cours est la création d'un dossier partagé entre les maternités et les maisons de naissance.
 - Les sages-femmes de ces maisons ne cessent de s'évaluer pour prouver l'intérêt d'un tel dispositif.
-



QUIZ DE FORMATION

En 2016 on accouche plutôt en maternité de

- 1) Niveau 1
- 2) Niveau 2
- 3) Niveau 3

Combien de maisons de naissance devraient voir le jour prochainement en France ?

- 1) 10
- 2) 12
- 3) 14

Retrouvez les réponses pages 31, 32 et 33.

Réponses aux quiz

FOCUS DERMATO

Article 1 : Les vulvodynes : l'œil du dermatologue

De quelle couleur est la vulve qui présente un lichen scléreux ?

- Blanche nacrée

Quel est le traitement de la candidose chronique ?

- Antifongique par voie orale

QUAND LA SCIENCE EN PARLE

Article 1 : Insuline & grossesse : aspects pharmacologiques

Combien de fois par jour une femme enceinte doit-elle surveiller sa glycémie ?

- 4 à 6

Existe-t-il une résistance à l'insuline pendant la grossesse ?

- Oui

Article 2 : Immunité et médecines complémentaires

Les médecines complémentaires ont-elles pour but de stimuler notre immunité :

- Innée

Quel grand remède ne stimule pas l'immunité ?

- Gelsemium

Article 3 : Des mycoses à répétition aux dyspareunies

Quel est le pourcentage de femme qui fera un jour une mycose ?

- 75 %

Quelle est la fréquence des vulvodynies ?

- 12 %

Article 4 : Prise en charge de la grossesse chez la patiente diabétique de type 1

Au 3e trimestre la surveillance clinique et biologique s'intensifie à tous les :

- **15 jours**

L'hémoglobine glyquée doit être :

- **Inférieure à 6 %**

Article 5 : Adolescence : Une période à risque. Endométriose : trop souvent méconnue !

L'endométriose débute plutôt

- **Dès les premiers cycles**

Quel est le diagnostic différentiel des dysménorrhées de l'adolescente ?

- **Une malformation utérine**

Article 6 : Microbiote vaginal, microbiote vésical, quels rôles dans les dysbioses ?

Les uropathogènes ont des pili qui contiennent des adhésines ?

- **VRAI**

L'infection urinaire est due soit à un envahissement régulier à partir d'un foyer extra-vésical soit à la réémergence de population bactérienne qui persiste au sein de la muqueuse ?

- **VRAI**

Article 7 : Psychotropes et grossesses

Quel impact sur le nouveau-né et l'enfant ne trouve-t-on pas lors d'une décompensation psychiatrique pendant la grossesse ?

- **Diabète**

Quel est le pourcentage de femmes enceintes qui prennent des antidépresseurs ?

- **13 %**

Article 8 : Vulvodynies et douleurs : comment les interpréter ?

Lorsque la douleur dure trop longtemps on a une modification de l'expression génétique c'est ce que l'on appelle l'épigénétique de la douleur ?

- **Vrai**

Qu'est-ce qu'une zone gâchette ?

- **C'est une zone particulièrement sensible**

Article 9 : Rapport qualité sur les maisons de naissance (AUDIPOG)

En 2016 on accouche plutôt en maternité de

- **Niveau 3**

Combien de maisons de naissance devraient voir le jour prochainement en France ?

- **12**

BIODERMA est une marque NAOS.

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