

COUP D'ŒIL DU CONGRES INFOGYN 2023

Sommaire

« LE CHIFFRE DU JOUR » : 1 femme par mois.....

LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 1

La santé mentale périnatale : des données inquiétantes

Catherine DENEUX-THARAUX, médecin épidémiologies ayant participé à l'Enquête périnatale 2021 et membre du Comité National d'Experts sur la mortalité maternelle (CNEMM), Paris ;
Béatrice GUYARD-BOILEAU, gynécologue-obstétricienne, CHU Toulouse
Fanny DELAVA – sage-femme, CHU Clermont-Ferrand.

LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 2

Le SOPK : des évolutions dans les recommandations

Dr Geoffroy ROBIN, médecin endocrinologue, CHU Lille.....

LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 3

Le risque cardio-vasculaire chez la femme : un risque trop souvent sous-évalué

Isabelle HÉRON, gynécologue Obstétricienne, Rouen, Présidente de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie médicale.

LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 4

Hyperactivité vésicale : quelle prise en charge en 2023 ?

Adrien VIDART, médecin urologue, CH Foch à Suresnes.....

LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 5

Les nouvelles technologies en gynécologie et leurs applications

Dr Aliette SIBONI, médecin en médecine esthétique, Toulouse
Dr Caroline SIMON-TOULZA, gynécologue obstétricienne, Toulouse
Dr Marie VOGLIMACCI, chirurgienne gynécologue, Toulouse
Dr Marc PERINEAU, chirurgien gynécologique, Toulouse.....

LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 6

La rectocèle : l'oubliée du prolapsus

Dr Arnaud LE TOHIC, gynécologue obstétricien, Versailles.....

LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 7

La vitamine D : des recommandations à une nouvelle proposition de supplémentation médicamenteuse

Dr Patrice FARDELLONE, médecin Rhumatologue, Amiens
Dr Bernard CORTET, médecin rhumatologue, Lille
Dr Florence TREMOLIERES, médecin responsable du centre de la ménopause au CHU de Toulouse..

LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 8

Conseils à donner aux couples infertiles et bilan d'infertilité du couple – RPC du CNGOF, mises à jour 2022.

Dr Valérie BERNARD, Service de Chirurgie gynécologique et Médecine de la reproduction du CHU de Bordeaux.

Dr Blandine COURBIERE, Professeur des Universités Praticien Hospitalier en Gynécologie - Obstétrique, Médecine de la Reproduction – Marseille.

Dr Sandrine FRANTZ, Gynécologue médicale, Bordeaux

Dr Geoffroy ROBIN, Gynécologue médical & Andrologue, Lille.....

LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 9

Éducation à la sexualité : savoir s'adapter aux différents publics et présentation d'outils ludiques

Sandrine CARÊME – formatrice conseillère et éducatrice à la sexualité – présidente du Centre International de Formation et de Recherche en Sexualité (CIFRES), Toulouse.

Sophie-Anne VINCENOT ; psychologue sexologue ; vice-présidente CIFRES, Toulouse.....

LA SCIENCE EN PARLE - ARTICLE 10

Fonctionnalité de l'homme

Virginie GASC, psychologue clinicienne, sexologue et onco-sexologue, formatrice chargée d'enseignement universitaire, CIFRES, Tarbes

Claude ROUX DESLANDES, médecin sexologue, chargée d'enseignement universitaire, CIFRES, Toulouse



« Le chiffre du jour »

1 femme par mois

Une femme par mois en moyenne en France se suicide dans l'année qui suit son accouchement. C'est désormais la première cause de mortalité maternelle en France.

Catherine DENEUX-THARAUX, médecin épidémiologies ayant participé à l'Enquête périnatale 2021 et membre du Comité National d'Experts sur la mortalité maternelle (CNEMM), alerte sur cette tendance inquiétante en santé mentale périnatale. Le rapport du Comité d'experts estime que 9 fois sur 10 ces décès sont considérés comme évitables malgré leur survenue brutale (défenestration, pendaison, se jeter sous un train).

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Orthez (64) – nico.dutriaux@gmail.com



La santé mentale périnatale : des données inquiétantes

Catherine DENEUX-THARAUX, médecin épidémiologies ayant participé à l'Enquête périnatale 2021 et membre du Comité National d'Experts sur la mortalité maternelle (CNEMM), Paris ;

Béatrice GUYARD-BOILEAU, gynécologue-obstétricienne, CHU Toulouse

Fanny DELAVA – sage-femme, CHU Clermont-Ferrand

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Orthez (64) – nico.dutriaux@gmail.com

Introduction

Comme le démontre le chiffre du congrès Infogyn (1 femme par mois meurt par suicide en France dans l'année qui suit un accouchement), la santé mentale périnatale nécessite une vigilance toute particulière en profitant de la campagne des 1 000 premiers jours comme un levier pour renforcer les mesures d'accompagnement.

L'Enquête Nationale Périnatale (EPN) 2 021 comme d'autres études rapportent une prévalence de la dépression post-partum chez 10 à 20 % des femmes après leur accouchement. Les troubles anxieux concerneraient 15 à 20 %. Ces deux entités cliniques de degré différent peuvent l'un comme l'autre conduire à des idées suicidaires évaluées à 7 %. Le risque est réel puisque l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles dirigée par le Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle (CNEMM) place désormais le suicide comme première cause de décès maternelle. Bien que la fréquence soit plus élevée chez des femmes présentant un antécédent de suivi psychologique ou psychiatrique, la survenue de troubles anxieux ou dépressifs peut toucher toutes les femmes. Ces pathologies peuvent aussi toucher le père ou le co-parent mais nous manquons de données fiables sur le sujet.

La conséquence de ces pathologies mentales du post-partum, en dehors du risque de suicide, est un risque d'entrée dans des formes chroniques de troubles psychologiques, de récurrences à distance. Côté bébé, les pédiatres et pédopsychiatres signalent, chez les enfants dont un des parents est atteint, des troubles des interactions précoces et/ou de l'attachement, des troubles du développement ainsi que des troubles psychiatriques, et cela sur le long terme.

Pour évaluer la situation, en pleine période épidémique de COVID 19, l'EPN a proposé pour la première fois un volet à 2 mois pour évaluer santé mentale. L'EPN 2 021 regroupe 96 % des femmes ayant accouché sur la semaine d'enquête soit 12 088 femmes. 7 133 ont rempli une échelle d'Édimbourg (ou EPDS, échelle de dépistage de la dépression du post-partum). La dizaine de questions à choix multiples – chaque item étant codé 0, 1, 2 ou 3. Les seuils de détection sont fixés à 13 pour une dépression du post-partum, les scores de 10 à 12 présentant déjà des symptômes dépressifs. Les questions 3 à 5 ciblent préférentiellement les troubles anxieux. La dixième question évalue l'idée suicidaire.

L'ENP 2 021 retrouvait 12,6 % de symptômes dépressifs, 16,7 % de dépression du post-partum, 5,4 % d'idées suicidaires, dont 2,7 % jugées fréquentes à 2 mois du post-partum. À noter que certaines femmes énoncent des idées suicidaires malgré une absence de troubles

anxieux ou de symptômes dépressifs. Il est aussi important de relever des disparités régionales ; 3 régions sont surreprésentées : l'Île de France, le Centre Val de Loire et la région Provence Alpes Côte d'Azur. 70 % de ces femmes symptomatiques à 2 mois ne sont pas suivies pour la dégradation de leur santé mentale. L'enquête EPIFANE a poursuivi l'étude de 3 500 femmes sur 6 à 12 mois pour tenter d'évaluer les déterminants et les facteurs de risque. Nous attendons ses conclusions.

Le CNEMM dans son dernier rapport donne une première approche de ces déterminants : l'âge moyen au moment du suicide est de 31 ans, les femmes migrantes représentent 12 % des suicides et il est retrouvé une ou plusieurs vulnérabilités sociales chez 43 % des décès, 24 % vivaient seules. Côtés données obstétricales, il s'agissait d'un premier enfant pour 68 % d'entre elles et d'une grossesse gémellaire chez 9 %. À noter aussi un contexte de deuil périnatal pour 13 % ou des comorbidités addictives chez 14 % des femmes ayant mis fin à leurs jours. La médiane du décès à 4 mois post-partum.

Le repérage des situations à risque n'est pas suffisant puisque 14 % des suicides ont eu lieu en institution (prison ou hôpital). Malgré des survenues violentes et soudaines, 91 % sont jugées évitables. Le CNEMM propose comme piste d'amélioration de mieux anticiper et surtout de mieux articuler les professionnels du psy et les professionnels en charge de la périnatalité. En effet, un tiers des femmes présentaient des antécédents psychologiques ou psychiatriques et seulement une sur cinq a bénéficié d'un suivi conjoint. Des initiatives existent : une task-force santé mentale régionale en Auvergne Rhône Alpes ou une consultation de soins psychiques, regroupant sage-femme, psychologue, psychiatre, pédopsychiatre, puéricultrice, IDE de psychiatrie, a ouvert au CHU de Clermont-Ferrand afin d'initier ce suivi en réseau tout en assurant le lien ville hôpital nécessaire.

Le CNEMM, auquel participent désormais des professionnels du psy, propose une liste de questions simples pour repérer les situations à risque et proposent une articulation globale incluant le médecin traitant, la sage-femme libérale, et l'ensemble des acteurs ayant à suivre la femme / le couple.

Ce questionnement doit être initié dès le début de grossesse et renouvelé tout au long du suivi pendant la grossesse et le post-partum.

- ➔ Avez-vous vécu un évènement difficile important dans votre vie ?
- ➔ Avez-vous rencontré des difficultés à l'adolescence ?
- ➔ Avez-vous eu des problèmes alimentaires à l'adolescence ?
- ➔ Avez-vous déjà consulté un psy ? Pour quels motifs ?
- ➔ Avez-vous déjà eu des idées de mort ou de suicide ou avez-vous déjà fait des tentatives de suicides ? À quel moment de votre vie ?
- ➔ Avez-vous déjà pris des drogues ? Lesquelles ? Tabac ? Alcool ? Cannabis ? En consommez-vous encore et si oui à quelle fréquence ?
- ➔ Avez-vous déjà suivi un traitement psychotrope > 6 mois ?

Quels sont les signes d'alerte ?

- ➔ Variations thymiques
- ➔ Anxiété, crise d'angoisse, même s'ils s'atténuent – l'amélioration peut être fausement rassurante et à plus forte raison des symptômes de psychose, d'anxiété sévère ou de dépression sévère, d'idées suicidaires.
- ➔ Verbalisation éventuelle d'idées noires
- ➔ Violences intraconjugales
- ➔ Bas niveau socio-économique

- ➔ Antécédents personnels ou familiaux psychologiques et/ou psychiatriques (trouble dépressif récurrent, bipolarité, schizophrénie) et/ou sur traitements médicamenteux psychotropes complexes.

En cas de signes d'alerte, il convient en premier lieu de les prendre au sérieux. Le recours systématique au psychologue et/ou psychiatre doit être possible. Ne pas hésiter à reporter la sortie pour prendre le temps d'organiser celle-ci en liaison avec le médecin traitant et l'ensemble des intervenants en ambulatoire tout en incluant l'entourage. Les associations d'aides et soutien comme Maman Blues sont un appui précieux par ailleurs. Le programme des 1 000 premiers jours est une base sur laquelle s'appuyer pour répondre aux besoins et lever les financements nécessaires à la mobilisation des ressources et à leur coordination.

Les femmes, le co-parent et les familles mais aussi l'ensemble des professionnels de santé et du médico-social doivent être informés de ce risque en multipliant les médias et les formations. Ces ressources destinées aux familles doivent être accessibles en langues étrangères et pouvoir être lisibles et compréhensibles par les publics à faible littératie, par l'utilisation de dessins et pictogrammes par exemple.

Messages clés

- Interroger et suivre l'évolution de la santé mentale autant que la santé obstétricale et néonatale – pour les deux parents.
- Travailler en coopération entre professionnels de santé de la périnatalité et du psy
- Travailler le réseau ville – hôpital et activer les ressources d'aide et d'accompagnement au plus près des familles chaque fois que nécessaire.



QUESTIONS DE FORMATION

1/ Quel est l'estimation du taux global de troubles anxio-dépressifs estimés dans le post-partum ?

- a) 10 %
- b) 20%
- c) 30%
- d) Jusqu'à 40 %

2/ Les troubles anxio-dépressifs ne concernent que la mère.

- a) VRAI
- b) FAUX

3/ Parmi les signaux d'alerte du risque suicidaire, on retrouve :

- a) Les troubles de l'humeur
- b) Les peurs exacerbées
- c) L'amélioration des symptômes anxieux
- d) La verbalisation d'idée noire et de dévalorisation personnelle

Retrouvez les réponses pages 44 à 49.



Le SOPK : des évolutions dans les recommandations

Dr Geoffroy ROBIN, médecin endocrinologue, CHU Lille.

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Orthez (64) – nico.dutriaux@gmail.com

Introduction

Le syndrome des ovaires polykystiques (ou SOPK) est un syndrome génito-endocrinien touchant 4 à 21% des femmes. Les recommandations concernant son diagnostic et son suivi n'avaient pas été revues depuis 2018. C'est désormais chose faite grâce au travail conjoint de l'université Monash en Australie, de l'American Society of reproductive Medicine, de l'Endocrine Society, de l'European Society of Endocrinology et de l'European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE).

Ce syndrome comme son nom l'indique présente une variété de symptômes et de phénotypes cliniques et métaboliques. Il est admis de l'identifier par la recherche d'au moins 2 critères sur 3 issus du consensus de Rotterdam en 2003. Ces 3 critères sont l'hyperandrogénie clinique (hirsutisme et/ou acné sévère) ou biologique (hypertestostéronémie), une dysovulation se traduisant par des cycles irréguliers (aménorrhée secondaire, < 6 cycles annuels), et des images échographiques caractéristiques d'ovaires présentant un volume augmenté (> 8 ml ou surface > 8 cm²) et une structure multi-folliculaire. C'est ce dernier critère qui a donné son nom au syndrome ; nom impropre puisque ces images échographiques ne sont pas des kystes. Il s'agit de plusieurs follicules de petites tailles en nombre exacerbé (> 15 à 20 par ovaire) par l'absence de maturation et de sélection folliculaire expliquant la dysovulation observée. Une fois les autres étiologies de l'aménorrhée secondaire exclues (pathologies surrénaliennes, hyperprolactinémie ou insuffisance hypophysaire), il semble que la cause de ce syndrome ne soit pas d'origine centrale ou ovarienne mais endocrinienne. Il s'agirait d'une résistance à l'insuline expliquant la prise de poids fréquemment observée, le tour de taille augmenté (> 80 cm) et le risque majoré de diabète de type II (RR X 3 après 40 ans) et autres pathologies cardio-vasculaires.

L'une des évolutions dans les recommandations est la possibilité de substituer l'échographie par le dosage sanguin de l'AMH : le critère est retenu lorsque le taux est augmenté de 2 à 3 fois la normale (> 5 ng/ml). Ce dosage, tout comme les autres critères, ne doit pas être appliqué aux adolescentes (au moins 8 ans après les ménarches) chez qui les troubles du cycle ou l'acné sont fréquents les premières années qui suivent la puberté. Il sera simplement possible d'évoquer un risque de SOPK. Cette notion est importante pour ne pas renforcer une peur irraisonnée de l'infertilité. En effet, bien que le SOPK soit fréquemment retrouvé comme cause d'assistance à la procréation quand la difficulté est féminine, il s'agit plutôt d'une hypofertilité. Toute femme présentant un SOPK peut en effet être enceinte spontanément au moins une fois dans sa vie – grossesse non toujours désirée au moment où elle survient. La confusion entre hypofertilité et infertilité conduit à des défauts de protection contraceptive majorant le risque d'être confrontée à une grossesse non programmée.

L'accompagnement ou counselling contraceptif trouve ici toute son importance. En effet, la contraception hormonale, combinée ou non, à une dose suffisante pour assurer un blocage de l'axe hypothalamo-hypophysaire pour obtenir une anovulation et donc une mise au repos des ovaires est le traitement de choix pour pouvoir en même temps lutter contre les signes de l'hyperandrogénie. La résistance à l'insuline conduit également à un risque accru de cancer de l'endomètre ; les contraceptions hormonales quelles qu'elles soient, système intra-utérin au levonorgestrel compris, permettent de réduire ce risque. Le risque majoré du cancer du sein est aussi documenté. Le cumul de facteurs de risques cardio-vasculaires à travers les comorbidités observées peut amener à éviter les contraceptions combinées. Dans ce cas, la contraception se tournera vers un progestatif faiblement dosé mais en adjuvant un traitement de lutte contre l'insulino-résistance comme la metformine et/ou un traitement anti-oestrogénique comme la spironolactone – pour réduire l'hyperplasie endométriale. Il en est de même si le choix de la femme se porte vers un dispositif intra-utérin au cuivre, même si ce contraceptif n'est pas le plus adapté. L'acétate de cyproterone (prégnane = Androcur®) est particulièrement efficace pour lutter contre les signes d'hyperandrogénie mais il expose à un surrisque de méningiome (le risque relatif est important mais son incidence reste rare). Des précautions d'emploi sont désormais nécessaires et la durée de traitement limitée. En cas d'échec ou d'insuffisance de résultats sur l'hirsutisme, un traitement médical complémentaire par épilation définitive peut être envisagé mais au moins 12 à 24 mois après le traitement hormonal pour réduire la surface de laser et le nombre de séances nécessaires (gestion des zones réfractaires).

Pour évaluer la résistance à l'insuline et un possible diabète de type II méconnu, les recommandations préconisent le recours à une hyperglycémie orale provoquée à 75 g de glucose – comme pour le dépistage du diabète gestationnel. Dans tous les cas, et ce dès l'adolescence, lorsqu'un risque de SOPK est identifié ou si le SOPK est confirmé, il convient de mettre en avant en priorité les règles hygiéno-diététiques de base avec le couplé alimentation équilibrée et activités physiques. À elles seules, elles peuvent abaisser la résistance à l'insuline ou la contrôler, les cycles se régularisent et réduisent naturellement les signes d'hyperandrogénie. Le suivi ciblera le tour de taille plus que le poids en lui-même (périmètre ombilical et non l'indice de masse corporelle).

Enfin, la dernière évolution des recommandations concerne la prise en charge en procréation médicalement assistée lorsqu'elle est nécessaire. Le létrozole est indiqué en première intention comme inducteur de l'ovulation ; cet inhibiteur de l'aromatase n'a cependant pas l'AMM en France dans cette indication. Le citrate de Clomifène reste donc privilégié par beaucoup de médecins de la reproduction pour le moment. L'inositol est un sucre spécifique proposé sous forme de complément alimentaire qui présente un effet sur l'insulino-résistance pouvant faciliter la reprise des cycles mais sans impact démontré sur le bilan lipidique ou sur l'hirsutisme ; certains le proposent comme une alternative à la metformine qui présente des effets secondaires et dont le dosage peut être compliqué à calibrer.

Messages clés

- Le SOPK se diagnostique sur la base des critères de Rotterdam parmi lesquels l'échographie de comptage folliculaire peut désormais se substituer un dosage de l'AMH – et ils ne s'appliquent pas chez l'adolescente.
- La physiopathologie du SOPK étant métabolique (résistance à l'insuline), les règles hygiéno-diététiques sont à présenter le plus tôt possible, dès l'adolescence quand un risque de SOPK est identifié.
- Quand un traitement médical est institué, il est privilégié une contraception hormonale offrant à la fois un bon contrôle endométrial et une mise au repos des ovaires, le progestatif devant posséder un fort pouvoir anti-androgénique.

- Le létrozole devrait voir son AMM évoluée pour y intégrer l'induction de l'ovulation chez la femme SOPK conformément aux recommandations.



QUESTIONS DE FORMATION

1/ Les critères de Rotterdam comprennent :

- a) Des signes d'hyperandrogénie uniquement clinique
- b) Des kystes aux ovaires
- c) Une augmentation du volume ovarien
- d) Des signes d'hyperandrogénie clinique ou biologique

2/ Le traitement médical peut inclure :

- a) Un progestatif seul
- b) Une contraception combinée
- c) Un progestatif associé à un insulino-sensibilisant et un inhibiteur de l'aromatase
- d) Un DIU cuivre

3/ La femme SOPK n'a pas besoin d'une contraception fiable

- a) VRAI
- b) FAUX

Retrouvez les réponses pages 44 à 49.



Le risque cardio-vasculaire chez la femme : un risque trop souvent sous-évalué

Isabelle HÉRON, gynécologue Obstétricienne, Rouen, Présidente de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie médicale

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Orthez (64) – nico.dutriaux@gmail.com

Introduction

Les pathologies cardio-vasculaires sont sous-évaluées et sous-diagnostiquées chez les femmes tant et si bien qu'elles deviennent la seconde cause de décès tout âge confondu, après les cancers du sein en France.

Dans le monde, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que 25 000 femmes décèdent d'une pathologie cardio-vasculaire, ce qui représente selon les données françaises environ 200 femmes dans notre pays. Il est constaté que ces décès pourraient être évitables pour nombre d'entre eux si les femmes n'étaient pas victimes d'erreur diagnostic devant des symptômes sous-évalués ou non identifiés puisqu'ils peuvent être différents de ceux présentés par un homme. Beaucoup de femmes privilégient les rendez-vous médicaux pour leur partenaire ou leurs enfants au détriment des leurs, méconnaissant leurs symptômes ou n'y prêtant pas suffisamment attention, spécifiquement chez la femme jeune de moins de 55 ans. Elles sont confrontées à tous les âges à un sous-dépistage des facteurs de risques généraux et spécifiques conduisant à cette morbidité en augmentation et à ces décès précoces. Alors que la mortalité baisse chez les hommes, en France, 26 % des décès des femmes, en augmentation, le sont à cause d'un infarctus ou d'un accident vasculaire cérébral.

L'OMS a lancé une « alerte rouge » devant ces constats. L'initiative GYNRISK, soutenue par le laboratoire EXELTIS, a cherché à évaluer la prévalence des facteurs de risque cumulés lors des consultations de suivi gynécologique. Les résultats retrouvés rapportent que 75 % des femmes ont au moins un facteur de risque cardio-vasculaire, 60 % en ont deux et 30 % en ont trois ou plus. Il est aussi à relever la place de plus en plus importante des facteurs de risque dits émergents (situation psycho-socio-économique, les troubles dépressifs, la mauvaise littératie en santé).

Certains facteurs de risque dits traditionnels sont communs aux deux sexes comme l'incompressible âge – à noter sur ce point que les femmes bénéficient d'un décalage d'environ 10 ans (risque majoré à partir de 65 ans) de plus comparativement aux hommes (risque majoré à partir de 55 ans) - ou le tabagisme sur lequel il est possible d'agir. D'autres seront spécifiques aux femmes comme la migraine avec aura et les maladies inflammatoires chroniques.

Issu de l'étude GYNRISK : Facteurs de risques cardio-vasculaires communs et spécifiques chez la femme

Facteurs de risque communs	Facteurs de risque « spécifique »
Tabac	Complications grossesse : HTA gravidique, pré-éclampsie, éclampsie, diabète gestationnel, naissance
Hérédité	Syndrome des ovaires polykystiques
Hypertension artérielle	Endométriose
Diabète	Contraception estroprogestative
Dyslipidémies	Ménopause précoce
Surpoids Obésité	
Sédentarité	
<i>Migraine aura</i>	
<i>Maladies inflammatoires chroniques</i>	
<i>Dépression</i>	
<i>Mauvaise connaissance en santé</i>	
<i>Précarité socio-économique</i>	
<i>Exposition aux violences et abus</i>	
<i>Exposition risques environnementaux</i>	

Leur recherche et leur réévaluation sont indispensables à chaque consultation gynécologique, en premier lieu pour éventuellement adapter la contraception. Les dépister est une première étape pour amener les femmes à plus et mieux prendre soin d'elles à travers une éducation à la santé et des conseils adaptés (sevrage tabac, gestion pondérale, activités physiques et sportives, ...) à chacune d'entre elles. En effet, la suppression ou la diminution d'un facteur de risque a la capacité d'entraîner une baisse de l'incidence de la maladie cardio-vasculaire ou de ses complications.

Messages clés

- Les pathologies cardio-vasculaires sont en augmentation chez les femmes devenant la seconde cause de décès en France.
- Les femmes sont victimes d'une sous-estimation et d'un sous-diagnostic de leurs symptômes, pouvant varier de ceux observés chez l'homme, comme lors d'un infarctus.
- Les facteurs de risque communs et spécifiques sont insuffisamment dépistés chez les femmes.

- Le suivi gynécologique est un moyen de rattraper ce retard, de proposer un accompagnement sur les facteurs de risque modifiables pour les réduire ou les supprimer et d'orienter vers un avis cardiologique.



QUESTIONS DE FORMATION

1/ Les facteurs de risque spécifiques chez la femme sont notamment :

- a) La sédentarité
- b) Les morbidités féminines comme le SOPK
- c) Un suivi annuel gynécologique
- d) La grossesse
- e) La ménopause précoce – l'insuffisance ovarienne prématurée

2/ Les facteurs de risque sur lesquels la consultation gynécologique peut avoir un impact sont :

- a) Le tabagisme
- b) Le dépistage et la prise en charge des complications de la grossesse
- c) Le dépistage des violences
- d) L'information en santé délivrée pendant le suivi

Retrouvez les réponses pages 44 à 49.



Hyperactivité vésicale : quelle prise en charge en 2023 ?

Adrien VIDART, médecin urologue, CH Foch à Suresnes

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Orthez (64) – nico.dutriaux@gmail.com

Introduction

L'hyperactivité vésicale se traduit par une envie brusque d'uriner perçue comme irrésistible (urgenterie) pouvant être source d'incontinence urinaire. Les phénotypes sont nombreux et l'hyperactivité peut être révélatrice d'une autre pathologie. Isolée, c'est un trouble fonctionnel qui ne devra être traité que si elle est source de gêne ou de baisse de la qualité de vie exprimée par la patiente.

La base de l'entretien d'une consultation pour hyperactivité vésicale doit s'appuyer sur le remplissage préalable d'un calendrier mictionnel sur 2 à 3 jours afin de caractériser le trouble en le mettant en parallèle des apports hydriques et de leur type ainsi que des mictions spontanées dont le volume est mesuré (boire du thé à longueur de journée est source de mictions fréquentes qui peuvent être perçues comme urgentes). L'interrogatoire recherchera d'autres signes et un examen clinique complet est nécessaire pour éliminer une cause organique. Il est aussi possible de proposer un pad-test (quantification des énurésies par pesée des protections utilisées au quotidien). Un bilan urodynamique complet n'est pas indispensable. Une débitmètrie simple (confirmation d'un débit normale en « cloche » et élimination d'une dysurie de compression – sténose urinaire, prolapsus, masse pelvienne gynécologique ou intestinale) et une recherche d'infection urinaire sont en revanche recommandées. Il est possible de réaliser aussi une échographie de mesure du résidu post-mictionnel qui doit être inférieur à 200 ml. Une éventuelle cystoscopie pourra éliminer une cystite interstitielle (avec des zones inflammatoires macroscopiques) ou un éventuel cancer vésical, surtout chez une patiente fumeuse. Si l'examen clinique retrouve un prolapsus, là aussi c'est la qualité de vie qui est interrogée : prise en charge uniquement si la patiente signale une gêne significative de son point de vue.

Historiquement, le traitement médicamenteux était basé sur la prescription large d'anticholinergiques (bloqueur de l'acétylcholine, un neurotransmetteur). L'apparition d'alertes sur un risque de démence associée à leur utilisation surtout en cas d'interactions médicamenteuses ou d'un effet cumulatif de plusieurs classes thérapeutiques aux mêmes effets anticholinergiques (certains traitements contre l'allergie, contre la nausée, certains antidépresseurs, ... dont certains sont en vente libre). D'autres effets désagréables sont constatés par les utilisateurs : yeux secs, défaut de transpiration, constipation, ... Et rétention urinaire aiguë. Des calculateurs de charge comme acbc.com ont permis de mieux évaluer ces risques par les prescripteurs qui ont de fait fortement réduit leur prescription dans l'indication urinaire.

Les bêta-3 agonistes, comme le Mirabegron (Betmiga®), non remboursés et onéreux, offrent un résultat similaire et avec moins d'effets secondaires. Au lieu de supprimer totalement la contraction du détroit, ils permettent son relâchement en espaçant la fréquence des

contractions lors du remplissage sans inhiber la contraction mictionnelle. Leur prescription reste donc limitée.

La rééducation périnéale dont l'électrostimulation par sonde vaginale et/ou plaques autocollantes cutanées est historiquement une approche thérapeutique proposée. Une alternative à la rééducation invasive consiste désormais à proposer une électrostimulation tibiale postérieure, bénéficiant d'une innervation afférente de même origine sacrée. Les fréquences utilisées sont les mêmes 10 à 20 Hz. Le développement de nouveaux appareils plus faciles de manipulation, sans fils, et facilement utilisable par le patient en auto-traitement la place désormais en traitement de première intention, une fois les causes infectieuses ou organiques éliminées. La prise en charge de la location ou l'achat par l'Assurance Maladie est cependant dans le descriptif de la liste des produits et prestations (LPP) uniquement possible sous conditions de réalisation d'un bilan urodynamique. La discussion avec la salle a donc conduit à se poser la question de la réalisation d'un examen non justifié pour bénéficier d'une prise en charge... Il serait envisageable de demander un accord préalable au médecin-conseil de la caisse de la patiente et obtenir sa validation comme il s'agit d'appliquer une recommandation et d'éviter plusieurs séances en cabinet qui coûteront de fait beaucoup plus chères à la Sécurité Sociale. Des consultations d'éducation thérapeutique (hygiène de vie, gestion des envies impérieuses, prise en main de l'appareil d'auto-traitement à domicile) sont possibles en revanche avec une sage-femme, un kinésithérapeute ou désormais avec une infirmière en pratiques avancées en urologie. La location n'est possible que sur une durée limitée de quelques mois ; il est donc licite de proposer une location en premier lieu pour s'assurer de l'efficacité avant d'envisager l'achat si besoin de poursuivre au long cours. Cet auto-traitement nécessite des séances pluri-hebdomadaires à raison d'une séance de 20 à 30 minutes par jour 5 à 6 jours par semaine – d'où le gain évident de le proposer à domicile plutôt qu'en séances en cabinet avec une sage-femme ou un kinésithérapeute. Toutefois, cela sous-tend une adhésion de la patiente et son observance. Une réévaluation à trois mois est à proposer avec la réalisation d'un calendrier mictionnel comparatif pour plus d'objectivité.

L'escalade thérapeutique, quand elle devient nécessaire, conduira vers la pose d'un stimulateur implantable pour une neuromodulation sacrée ou des injections de toxine botulique dans le détrusor. Ces injections sont cependant à répéter à intervalles réguliers car leur effet s'estompe en quelques mois. En dernier recours, une cystoplastie est possible pour augmenter le volume de compliance vésicale.

Lorsque l'étiologie est un trouble de trophicité urinaire, la première ligne de traitement par stimulation tibiale postérieure intégrera la prise en charge de l'atrophie vaginale grâce à une oestrogénothérapie locale quand elle ne présente pas de contre-indication pour la patiente. Il convient de prévenir la patiente qu'elle peut dans de rares cas augmenter la symptomatologie urinaire.

Messages clés

- Le symptôme d'hyperactivité vésicale s'analyse par la réalisation d'un calendrier mictionnel couplé à un examen clinique devant éliminer une cause infectieuse et/ou organique en intégrant une débitmètrie et une mesure du résidu post-mictionnel et éventuellement une cystoscopie.
- Le traitement de première intention est l'électrostimulation à proposer en tibial postérieur (face interne de la jambe au-dessus de la malléole) en auto-traitement à domicile.
- Une réévaluation à trois mois est nécessaire avec un nouveau calendrier mictionnel
- Les signes associés et les causes organiques éventuellement mises en évidence doivent être traités.



QUESTIONS DE FORMATION

1/ La fréquence de l'électrostimulation est de :

- a) 5Hz
- b) 10Hz
- c) 25Hz

2/ L'oestrogénothérapie proposée dans le cadre d'un syndrome génito-urinaire de la ménopause peut :

- a) Améliorer l'hyperactivité vésicale
- b) Réduire l'hyperactivité vésicale

3/ Concernant les traitements médicamenteux :

- a) Les anticholinergiques n'ont plus leur place dans l'arsenal thérapeutique
- b) Les anticholinergiques nécessitent des précautions d'emploi, notamment l'analyse des autres traitements suivis y compris en automédication pour éviter un effet cumulatif
- c) La toxine botulique est une solution à proposer en première ligne
- d) La toxine botulique nécessite une injection unique pour un effet au long cours

Retrouvez les réponses pages 44 à 49.



Les nouvelles technologies en gynécologie et leurs applications

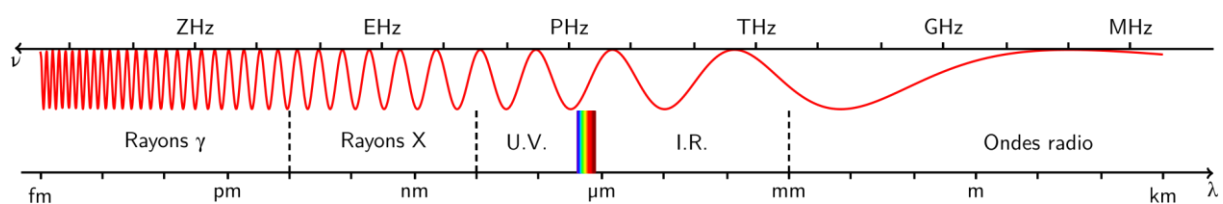
Dr Alette SIBONI, médecin en médecine esthétique, Toulouse
Dr Caroline SIMON-TOULZA, gynécologue obstétricienne, Toulouse
Dr Marie VOGLIMACCI, chirurgienne gynécologue, Toulouse
Dr Marc PERINEAU, chirurgien gynécologue, Toulouse

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Orthez (64) – nico.dutriaux@gmail.com

Introduction

De nouvelles approches en restauration vaginales et en traitement de la douleur se développent. Sur quelles bases scientifiques s'appuient-elles ? Quelles sont les données disponibles quant à leur efficacité ?

En préambule, un rappel sur les bases physiques de ces nouvelles technologies a été réalisé. Le spectre électromagnétique couvre une large bande de fréquences et de longueurs d'onde qui définissent la qualité du rayonnement s'étalant des rayons ionisants (de très hautes énergies avec une valence d'électrons) aux rayons non ionisants (les électrons peuvent changer de couche énergétique avec une conservation des électrons moins énergétiques). Les fréquences sont inversement proportionnelles aux longueurs d'onde. Parmi ce rayonnement, la lumière visible tient une place particulière en se définissant par deux composantes : une onde électro-magnétique et une composante corpusculaire (le faisceau de photons).



D'après WIKIPEDIA - CC BY-SA 3.0

Il est admis que les rayonnements ionisants ont une action biologique, dont les contrôles stricts ont trouvé des applications médicales depuis de nombreuses années, comme la radiologie et la radiothérapie. Les données actuelles démontrent que les autres spectres du rayonnement présentent aussi des effets biologiques. Le plus connu est par exemple la production de vitamine D à l'exposition solaire. Les études cherchent à affiner les paramétrages des appareils proposés en travaillant in vitro sur ces effets biologiques ainsi que des études cliniques pour confirmer leur intérêt en application médicale.

En gynécologie, le recul de la chirurgie, les scandales des bandelettes urinaires ont remis en tête de pont des prises en charge médicales de l'incontinence urinaire, de troubles fonctionnels comme le syndrome génito-urinaire de la ménopause (SGUM) ou organique comme le prolapsus. La Haute Autorité de Santé (HAS) replace donc la rééducation pelvi-périnéale et les pessaires en traitement de première intention. La chirurgie recule en seconde intention. Les professionnels de la rééducation et les médecins, au-delà des traitements médicamenteux, ont donc cherché de nouveaux axes thérapeutiques en s'inspirant de la médecine esthétique, de la dermatologie ou encore de l'ophtalmologie. La HAS les a étudiés mais ne peut les présenter comme recommandés à ce jour par manque d'études de haute qualité.

Le laser est une lumière monochromatique cohérente qui a été amplifiée pour émettre une énergie stable. Elle cible un chromophore, en l'occurrence l'eau contenue dans nos cellules. La longueur d'onde choisie ciblera une profondeur de pénétration cible en modulant la fréquence d'émission, la quantité de photons, et la durée de l'émission afin de générer une abrasion. En restauration vaginale, les deux lasers utilisés sont le laser CO₂ ou le laser Erbium, par des sondes endovaginales. La pénétration du faisceau laser est faible, de quelques microns. Les microtraumatismes activent les fibroblastes, la néocollagénèse, réorganisent les fibres de collagène, favorise la croissance épithéliale. Outre ces effets physiques constatés, les études ont ciblé l'incontinence urinaire, le SGUM ou le prolapsus. Les effectifs sont faibles, les études sont souvent qualitatives, comparatives et randomisées contre placebo et avec un suivi sur de courtes durées. Les urologues émettent donc une réserve dans leur utilisation par les médecins gynécologues dans ces indications. Les études comparatives (vs traitement hormonal ou vs chirurgie) démontrent des résultats comparables ou légèrement supérieurs, un haut niveau de satisfaction des patientes (sur questionnaire déclaratif), sur le prolapsus il n'est pas constaté de modification anatomique malgré une déclaration d'amélioration des patientes. Les seules études randomisées ont montré un résultat identique entre le laser et le placebo. Des complications ont été rapportées, sans fournir de détail sur les protocoles utilisés ou le mésusage éventuel : aggravation des urgences, brûlure, douleur, ...

À l'extrémité du spectre électromagnétique, les radiofréquences sont des courants électriques alternatifs de hautes fréquences mono ou multipolaire capables de générer de la chaleur. Les radiofréquences multipolaires sont utilisées en chirurgie (endoméctomie par exemple, ou en phlébologie). En restauration vulvo-vaginale et en rééducation, les praticiens ont recours à des courants monopolaires pour laquelle la diathermie obtenue amène des températures locales à maximum 45 °C à pleine puissance. L'augmentation de température n'est pas toujours recherchée. Les effets relevés sont une augmentation de la microcirculation, une stimulation de la néocollagénèse, une antalgie, une décongestion, une aide à la cicatrisation et des effets neuro-musculaires. Peu ou pas invasive sans complication sévère déclarée, elles nécessitent des séances répétées et des séances d'entretien.

La photobiomodulation (PBM ou LEDs médicales) émet une lumière mono ou polychromatique non cohérente et athermique. Les applicateurs sont variés : plateau ou sonde endovaginale, sonde focalisée de petit diamètre. L'émission de lumière est dans le spectre visible ou proche, dans les infrarouges. Les cibles chromatophores sont le cytochrome c oxydase (libération d'ions hydrogène H⁺ et de monoxyde d'azote dans la chaîne respiratoire mitochondriale favorisant la production d'ATP dans le cycle de Krebs) les feuillets d'eau qui tapissent les cellules. Elle améliore la production d'ATP et réduit les états inflammatoires en annonçant des effets sur la cicatrisation, la trophicité, l'antalgie et pourrait

avoir un effet sur le microbiote avec un effet antiseptique antibactérien et antiviral. L'échange avec les participants amène à citer une utilisation de plus en plus fréquente en soins de suite et de support en oncologie dont les WALT papers regroupent un ensemble d'avis d'experts. Les données les plus fiables disponibles amènent à proposer une recommandation forte dans les mucites post-radiothérapie. Des données de plus en plus solides conduisent à la proposer dans d'autres indications, notamment en soins de suite et support des effets de radiothérapie ou de chimiothérapie dans les cancers gynécologiques (sécheresse vaginale, lymphœdème, cicatrisation, ...). Les états inflammatoires d'origine infectieuse ou cicatricielle peuvent aussi bénéficier de la technique. Les études, notamment en double aveugle, sont cependant nécessaires.

Enfin, il a été présenté une nouvelle forme d'électrostimulation non invasive, sans nécessité de déshabillage de la patiente (ou du patient en urologie) : l'électrostimulation par champs magnétiques pulsés (CEMP) ou technologie Tesla (du nom de Nicolas Tesla, physicien qui a découvert le champ magnétique émis par un courant électrique circulant dans une bobine de cuivre). Ils sont aussi appelés champs magnétiques focalisés à haute intensité (HIFEM). Le champ magnétique produit une dépolarisation capable de produire une contraction musculaire concentrique supra-maximale maintenue plusieurs secondes avec une action profonde (jusqu'à 10 cm, confirmée par des contrôles échographiques dans les publications). L'électrostimulation est donc supérieure aux techniques courantes par sonde vaginale ou anale ou électrodes cutanées externes. La technologie HIFEM démontre avoir la capacité de modifier la structure musculaire, de renforcer la croissance de myofibrille tout en permettant une restauration neuro-musculaire. L'adaptation des fréquences peut aussi permettre de répondre à un objectif antalgique. Elle fait l'objet d'études de bien menées, démontrant un intérêt certain, mais qui nécessitent une augmentation de leur puissance (supériorité de l'HIFEM face à l'électrostimulation classique). Elle reste cependant comme une technique de seco^{nde} intention ou complémentaire à la rééducation pelvi-périnéale avec un physiothérapeute (kinésithérapeute ou sage-femme rééducatrice). L'évaluation déclare de 60 à 80 % d'amélioration sur l'incontinence urinaire en 6 à 10 séances – en prévenant les patientes que les effets peuvent être retardés de quelques mois à l'issue des séances. Là aussi, des séances d'entretien à 12 mois peuvent s'avérer nécessaires.

Il peut être nécessaire de cumuler les approches selon la sévérité et l'ancienneté des symptômes. L'association de soins locaux (hydratation) et d'apport oestrogénique reste de vigueur, du moins transitoirement. L'injection d'acide hyaluronique proposée parfois est aussi en cours d'évaluation pour pouvoir intégrer les recommandations officielles.

Messages clés

- Les nouvelles technologies s'appuient sur des bases physiques maîtrisées et dont les effets biologiques ne sont pas encore complètement intégrés. Leurs applications médicales en gynécologie s'appuient sur l'expérience et l'expertise d'autres spécialistes comme la radiologie, la radiothérapie, la dermatologie ou encore la médecine esthétique.
- Laser, PBM, CEMP, radiofréquences font l'objet de nombreuses publications dont les études manquent de puissance et nécessiteraient de revoir leur protocole pour des études randomisées en double aveugle pour confirmer leur intérêt et pouvoir être intégrés dans le parcours de soins recommandés.
- Les études disponibles démontrent un niveau de satisfaction élevée des patientes et des professionnels ayant recours à ces techniques.

- Leur utilisation contre de nombreux symptômes pelvi-périnéaux (douleurs pelviennes, incontinence, dyspareunies, sécheresse, ...) peut paraître prometteuse tout en nécessitant une poursuite de leur évaluation.



QUESTIONS DE FORMATION

1/ Parmi ces technologies, lesquelles amènent une élévation de température ?

- a) Le laser
- b) La photobiomodulation
- c) Les champs magnétiques pulsés
- d) La radiofréquence

2/ Les nouvelles technologies proposées s'intègrent dans le parcours de soins :

- a) Selon les recommandations officielles
- b) En seconde intention, ou en complément, après échec de la rééducation recommandée en première intention
- c) En permettant de se dispenser de traitements médicamenteux comme l'oestrogénothérapie locale
- d) En nécessitant des séances répétées et renouvelées à distance

3/ Parmi ces technologies, lesquelles peuvent se prévaloir d'un effet antalgique ?

- a) Le laser
- b) La radiofréquence
- c) L'HIFEM
- d) La PBM

Retrouvez les réponses pages 44 à 49.



La rectocèle : l'oubliée du prolapsus

Dr Arnaud LE TOHIC, gynécologue obstétricien, Versailles

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Orthez (64) – nico.dutriaux@gmail.com

Introduction

La rectocèle est un prolapsus du rectum, plus précisément de sa paroi antérieure à travers la paroi vaginale postérieure. Elle ne doit pas être confondue avec le prolapsus anal (éversion de la muqueuse rectale par l'anus, correspondant à une chute du rectum « à travers lui-même »). Elle ne doit pas non plus être confondue avec la descente périnéale (ballonisation du périnée vers le bas, à l'effort de poussée, > 2,5 cm). Deux autres entités proches en revanche peuvent s'y confondre : L'élytrocèle (hernie du péritoine, de l'intestin grêle ou du sigmoïde, à travers le cul-de-sac de Douglas s'interposant dans la cloison recto-vaginale)

La rectocèle concernerait 65 % des femmes ayant accouché, dès le premier enfant, restant asymptomatique dans plus de 80 % des cas. Les facteurs de risque de prolapsus que sont l'obésité, les efforts de poussées, la parité ou encore l'âge sont évidemment également retrouvés. Comme tout trouble à considérer comme fonctionnel, en l'absence de plainte, il n'y a pas nécessité de la décrire à la femme si elle est constatée à l'examen clinique, ni de lui proposer une prise en charge thérapeutique. En revanche, il convient de lui l'interroger sur son transit et si d'éventuels troubles sont une gêne dans son quotidien. Si elle devient symptomatique ou qu'elle signale une baisse de sa qualité de vie, la prise en charge sera nécessaire. Le premier symptôme de plainte pourra être alors un trouble du transit et/ou de la défécation : constipation terminale et sensation d'évacuation incomplète, anisme ou dys-synergie, dyschésie.

Physiologiquement, l'angle rectal s'ouvre pour s'aligner et permettre l'évacuation des selles au relâchement du sphincter anal externe. L'anisme ou dys-synergie recto-sphinctérienne est définie par une absence de relaxation ou une contraction paradoxale du sphincter strié de l'anus et du muscle pubo-rectal lors de la défécation. La dyschésie conduit à constater une absence d'ouverture de l'angle anorectal qui entraîne des douleurs, un effort majoré de poussée pouvant aller jusqu'au recours à des manœuvres digitales vaginales ou anales pour évacuer les selles.

Les plaintes gynécologiques – identiques aux plaintes des prolapsus utérins ou vésicaux (pesanteur, douleur, « boule vaginale », externalisation) – sont également présentes et peuvent être décrites comme premier signe d'appel par la patiente.

L'examen clinique définira le prolapsus selon les classifications courantes (POP-Q ou Baden & Walker), en recherchant d'autres ptoses associées. Les causes organiques seront à éliminer, comme une tumeur colorectale ou une autre tumeur pelvienne. Il s'aidera comme toute évaluation de prolapsus d'une demi-valve de spéculum et pourra s'accompagner d'un effort de poussée à demander à la patiente. L'élytrocèle pourra être recherchée plutôt en position debout ou du moins verticalisée au toucher vaginal. Cette dernière est plus fréquemment décrite lors d'un examen radiologique de routine. Un examen rectal peut être nécessaire pour éliminer une masse rectale et pour évaluer les sphincters anaux.

Les examens complémentaires (échographie, défécométrie, IRM dynamique) ne sont pas utiles en première intention. Le rectocèle constaté en imagerie, parfois à l'occasion d'une prescription pour une autre cause, ne sera retenue que si elle dépasse 2,5 cm de variation. La manométrie anorectale peut avoir un intérêt en cas de dys-synergie suspectée pour l'objectiver.

La prise en charge initiale est médicale. L'éducation aux règles hygiéno-diététiques pour lutter contre la constipation terminale est à faire en tout premier lieu : alimentation riche en fibre, hydratation, positionnement sur les WC avec un angle tronc – membres inférieurs réduits par un tabouret sous les pieds. Les laxatifs de lest par voie anorectale (suppositoire ou lavement) peuvent venir compléter la lutte contre la constipation. Les formes orales seront à adjoindre qu'en cas de transit ralenti associé. La rééducation, notamment par biofeedback inversé (d'aide à la prise de conscience de la contraction paradoxale et au relâchement musculaire) est préconisée. Il faut évidemment faire corriger aussi les efforts de poussées. Les pessaires semblent moins efficaces sur les rectocèles que sur les prolapsus moyens et antérieurs.

La prise en charge chirurgicale est restreinte. En effet, les symptômes de la patiente et les anomalies anatomiques observées ne sont pas systématiquement corrélés ni causales. La cure de rectocèle peut présenter jusqu'à 50 % d'échec avec des symptômes persistant ou réapparaissant dans les 12 mois qui suivent l'intervention. La technique chirurgicale gynécologique proposant un abord vaginal semble préférable et conduire à de meilleurs résultats que la voie transanale ou abdominale des gastro-entérologues. La laparoscopie sera privilégiée s'il y a plusieurs cures de prolapsus à traiter en un seul geste opératoire. La patiente devra être avertie qu'une incontinence urinaire d'effort peut être masquée par un prolapsus et pourra donc apparaître après l'intervention. Un bilan urodynamique n'est pas utile en préopératoire puisqu'il ne sera pas prédictif.

Messages clés

- La rectocèle est fréquente et rarement symptomatique
- Le traitement n'intervient qu'en cas de trouble de la patiente, à sa demande
- La première ligne est une lutte contre la constipation terminale par des règles hygiéno-diététiques et une prise en charge rééducative anorectale quand elle est nécessaire.
- Le pessaire peut être proposé mais il ne semble pas offrir autant de résultats dans la correction des symptômes contrairement au prolapsus utérin ou vésical.
- La chirurgie n'offrant pas une disparition des symptômes dans nombre de cas, elle ne sera proposée qu'après une discussion pluridisciplinaire.



QUESTIONS DE FORMATION

1/ Je constate une rectocèle à l'examen clinique sans aucune plainte de la patiente :

- a) J'en informe la patiente
- b) Je l'interroge sur d'éventuels troubles anorectaux
- c) Je propose une rééducation périnéale
- d) Je lui prodigue des conseils hygiéno-diététiques préventifs

2/ Je constate une rectocèle à l'examen clinique et, en l'interrogeant sur la qualité de son transit, la patiente signale une sensation d'évacuation incomplète après la selle sans difficulté pour obtenir une défécation

- a) J'informe la patiente de la présence d'une rectocèle
- b) Je propose une rééducation périnéale
- c) Je lui prodigue des conseils hygiéno-diététiques
- d) Je lui prescris des laxatifs oraux

3/ Une patiente, au cours d'une consultation, me signale une constipation terminale semblant s'aggraver avec une difficulté à obtenir une défécation. L'examen clinique constate une rectocèle.

- a) J'informe la patiente de la présence d'une rectocèle
- b) Je propose une rééducation périnéale
- c) Je lui prodigue des conseils hygiéno-diététiques
- d) Je lui prescris des laxatifs oraux

Retrouvez les réponses pages 44 à 49.



La vitamine D : des recommandations à une nouvelle proposition de supplémentation médicamenteuse

Dr Patrice FARDELLONE, médecin Rhumatologue, Amiens

Dr Bernard CORTET, médecin rhumatologue, Lille

Dr Florence TREMOLIERES, médecin responsable du centre de la ménopause au CHU de Toulouse

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Orthez (64) – nico.dutriaux@gmail.com

Introduction

La vitamine D, sous sa forme végétale D2 (ergocalciférol) ou animale D3 (cholécalfiérol) est une vitamine liposoluble qui agit comme une hormone après sa conversion en 1-25-dihydroxy-vitamine D, sa forme active, sans avoir réellement les caractéristiques définissant l'une comme l'autre. Entre mythe et réalité sur ces effets et ces espoirs, quelles sont les recommandations pour la santé des femmes sur cette vitamine indispensable.

Physiologiquement, l'organisme produit le cholécalfiérol (D3) sous la peau, sous l'effet des UVB ; une exposition quotidienne de 15 à 20 minutes au soleil bras découverts permet une production suffisante. Les apports complémentaires par l'alimentation concerneraient de 15 à 30 % des besoins. Les sources alimentaires sont les poissons gras, les produits laitiers enrichis en vitamine D, le jaune d'œuf, les abats comme le foie et dans une moindre mesure le beurre et la viande. Les cibles nutritionnelles sont de 15 µg/j pour les adultes alors que les apports des Français seraient < 5 µg/j. La supplémentation est donc fréquente. Quelles sont les recommandations exactes et quels sont les réels besoins ?

Pour répondre à cette question, le parcours de la vitamine D dans l'organisme est revu. Après la production du cholécalfiérol à partir du cholestérol, il est métabolisé en 25-hydroxy-vitamine D par le foie (sa forme dosée en sanguin). Le rein pourra alors, sous l'effet de la PTH, la métaboliser en forme active 1,25-dihydroxy-vitamine D pour contribuer au métabolisme phospho-calcique : régulation de l'absorption du calcium au niveau intestinal, régulation de réabsorption au niveau du rein, métabolisme osseux, des actions au niveau immunitaire confirmant un rôle anti-infectieux. En revanche, les études d'intervention randomisées contre placebo ne permettent pas d'affirmer son rôle supposé dans la prévention des maladies cardio-vasculaires, le cancer ou le diabète en cas d'insuffisance ; l'effet est uniquement validé sur les carences vraies identifiées.

Le Groupe de Recherche et d'Information sur l'Ostéoporose a émis des recommandations en 2019 sur les apports et les suppléments recommandés pour la femme tout au long de sa vie. Le dosage n'est pas recommandé en routine et n'est donc pas remboursé pour la population générale. Quand il est réalisé, le seuil de 20ng/ml (50nmol/L) est suffisant en

population générale. En 2012, la définition d'un déficit se basait sur un seuil $< 20\text{ng/ml}$ (50nmol/L) et un déficit sévère à un taux $< 10\text{ng/ml}$ (25nmol/L). Les dosages entre 20 et 30ng/ml (50 à 75nmol/L) définissaient une insuffisance en vitamine D. Le GRIO a proposé, au vu de la littérature de simplifier en considérant un seuil unique à 20ng/ml (50nmol/L) pour la population générale et un seuil unique à 30ng/ml (75nmol/L) pour la population ostéoporotique ou à risque d'ostéoporose : patiente avec un traitement potentiellement délétère pour le squelette (corticoïdes à forte dose, anti-aromatase, analogues de la GnRH, etc.), maladies associées comme certaines pathologies endocriniennes (hyperparathyroïdie primaire par exemple) ou des malabsorptions (maladie cœliaque, mucoviscidose, chirurgie bariatrique malabsorptive etc.), ainsi que les patients insuffisants rénaux chroniques et les sujets âgés à risque de chutes. Un dosage est préconisé et donc accessible au remboursement Sécurité sociale pour ces patientes avant de débiter la supplémentation avec un objectif de recharge rapide puis 3 à 6 mois après pour affiner les apports et pouvoir compléter les bilans biologiques à l'évaluation de leur pathologie. Ces seuils ajustés aux sujets sains versus sujets à risque permettent d'assurer la santé musculosquelettique à tous les âges – notamment la réduction des douleurs musculaires, et de réduire les risques de chute et de fracture chez le sujet âgé.

La supplémentation des enfants de 0 à 18 ans pour éviter tout risque de rachitisme reste sur la base d'un apport de 400 UI par jour de 0 à 18 ans chez l'enfant en bonne santé sans facteur de risque, et 800 UI par jour de 0 à 18 ans chez l'enfant présentant un facteur de risque. C'est au cours de l'enfance que le maximum du capital osseux est réalisé, d'où la nécessité de cette supplémentation aux premiers âges de la vie. Toutefois, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) a rappelé en 2021 l'importance de privilégier les formes médicamenteuses dont les concentrations sont clairement calibrées et adaptées – les formes de compléments alimentaires ont des concentrations bien plus élevées et ont été sources d'erreur de distribution contribuant à des surdosages massifs avec des cas d'insuffisance rénale majeure chez les enfants victimes. Il faut être vigilant sur les cumuls de doses également par des apports multiples à partir de différentes sources. Cela prévaut aussi chez l'adulte pour qui la dose maximale des apports est fixée à 60ng/ml – le risque d'intoxication étant atteint à 150ng/ml .

La population spécifique des personnes obèses (17 % d'obésité en France) est marquée par de nombreuses comorbidités. D'un côté, le surpoids améliore le statut osseux et réduit le risque de fracture de la hanche ou du poignet, y compris dans le cadre de l'ostéoporose. D'un autre, d'autres fractures sont plus fréquentes : humérus et malléole par exemple. La personne obèse est plus susceptible d'être carencée, confirmée par deux méta-analyses. L'alimentation inadaptée et le manque d'exposition solaire, ainsi qu'une séquestration de la vitamine D dans les tissus adipeux en sont les causes principalement identifiées. Un doublement des apports est donc recommandé, et cela dès l'enfance. Les apports en calcium sont à revoir également chez les enfants.

La population générale n'entre pas dans les recommandations de supplémentation en dehors de l'inutilité d'un dosage systématique. Il est estimé que 40 à 50 % des Français auraient un taux $< 20\text{ng/ml}$ et 80 % $< 30\text{ng/ml}$. Les recommandations américaines proposent une supplémentation ajustée (sans dosage préalable) pour atteindre des taux de 20 à 60ng/ml . Les règles diététiques rappelant les sources d'apport par l'alimentation et une exposition solaire modérée sont à intégrer dans l'évaluation.

Le GRIO n'a pas de recommandations à jour sur les apports chez la femme enceinte à ce jour – Note de l'auteur : il est possible de se référer aux recommandations du Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF) sur les interventions périnatales pour plus d'informations sur cette thématique. La supplémentation serait associée à une diminution du risque de prééclampsie, de diabète gestationnel, de naissance prématurée et de petit poids de naissance mais sans modifier les issues maternelles ou néonatales défavorables. La recommandation HAS datant de 2005 précise que les femmes enceintes ne doivent pas être supplémentées de manière systématique mais ciblées (femmes dont l'accouchement est prévu entre mars et juin - grossesse se déroulant l'hiver, femmes portant des vêtements particulièrement couvrants, s'exposant peu au soleil ou ayant des apports alimentaires faibles en vitamine D). Lorsqu'elle est indiquée, la supplémentation peut se faire quotidiennement dès le début de la grossesse ou à défaut en une dose unique de 100 000 UI au début du 6^e ou du 7^e mois. (Grade B). Les recommandations internationales divergent certaines pouvant proposer une supplémentation plus systématique. Le CNSF préconise en 2021 de rester sur la préconisation HAS de 2005.

Chez la femme, à partir de la ménopause, l'apport en vitamine D n'aura pas d'impact sur le capital osseux directement. La supplémentation peut être proposée pour ses effets préventifs sur le système immunitaire éventuellement, mais pas sur les autres préventions, cardio-vasculaires ou tumorales, puisque les interventions n'ont pas fait l'a preuve d'une quelconque efficacité. Les apports seront alors de 1000 à 1200 U jour. La prévention du risque de fracture passe par deux points primordiaux : l'exercice physique avec des impacts pour renforcer le squelette et la prévention de la chute par l'amélioration de la force musculaire. Les apports calciques systématiques ne sont pas non plus recommandés car sources de lithiase rénale. Ils peuvent être discutés chez la femme en situation de maigreur avec ou sans passif de troubles de l'alimentation ainsi que les patientes à risque d'ostéoporose à raison d'un gramme par jour.

Chez le sujet présentant une ostéoporose, outre les traitements médicamenteux et la prise en charge rhumatologique, la posologie d'apport initial en vitamine D s'évalue initialement par un dosage, remboursé dans cette situation à risque. Les apports d'entretien sont de 800 à 1200 UI/j. Des doses équivalentes de 80 000 à 100 000 UI tous les 2 à 3 mois peuvent être proposées. Les posologies fortes en 2 ou 3 prises annuelles ne sont pas recommandées.

Cette présentation a été réalisée au cours d'un symposium pour l'occasion de l'arrivée d'une nouvelle proposition de supplémentation : 25OHD-calcifediol dosée à 266 microg sous forme de capsule molle : 1 fois / mois – traitement de 3 mois (pour obtenir une dose d'environ, 10ng/ml jour d'OHD disponible). La forme de capsule molle présente l'avantage d'une meilleure diffusion, y compris chez la personne obèse, par une moindre lipophilie. Contrairement aux formes gouttes, elles évitent des erreurs de dosage imprécis dans cette galénique. Les formes en ampoules sont sources d'une perte partielle de la substance active, avec les reliquats qui restent de fait sur les parois de l'ampoule. Il est rappelé que l'espacement des prises ne doit pas dépasser 3 mois en privilégiant une fréquence quotidienne ou mensuelle (pour maintenir une observance au long cours). La prise quotidienne semble à privilégier chez le sujet âgé – les doses fortes espacées seraient associées à une chute plus rapide de sa concentration sanguine et à un risque majoré de chute et de fracture. Ces risques ne sont pas retrouvés chez les femmes de moins de 80 ans.

En conclusion, les formes espacées pour faciliter l'observance de vitamine D3 dosée à 50 000U par prise hebdomadaire en cas de dosage < 30ng/ml sur les premières semaines de recharge d'une patiente présentant une ostéoporose ou à risque d'ostéoporose sont recommandées. Il sera possible d'espacer les prises à un rythme mensuel. En cas de cible non atteinte, les doses mensuelles pourront être majorées.

Messages clés

- Le dosage de la vitamine D n'est pas recommandé et non remboursé en population générale (N > 20 mg/ml ou 50nmol/L atteint par une exposition solaire de 15 à 20 minutes / jour et une alimentation équilibrée avec des apports de poissons gras, de produits laitiers enrichis ou d'œufs pour les plus concentrés).
- Chez la femme enceinte, le GRIO n'a pas remis à jour ses recommandations. La France reste donc basée sur celles de la HAS confirmée par le CNSF en 2021 : supplémentation non systématique chez la femme enceinte. Supplémentation quotidienne dès le début de grossesse ou un apport en dose unique à 100 000U entre le 6^e et 7^e mois.
- Le dosage de la vitamine D est recommandé et remboursé chez les personnes atteintes d'ostéoporose ou à risque d'ostéoporose : patiente avec un traitement potentiellement délétère pour le capital osseux, certaines pathologies endocriniennes, ou des malabsorptions (maladie cœliaque, mucoviscidose, chirurgie bariatrique malabsorptive etc.), ainsi que les patients insuffisants rénaux chroniques et les sujets âgés à risque de chutes. N > 30ng/ml (75nmol/L) ; la supplémentation a pour objectif d'atteindre ce seuil sans dépasser 60ng/ml. Un suivi à 3 mois est nécessaire si une correction a été initiée.
- Les prises quotidiennes, hebdomadaires ou mensuelles sont conseillées avec des apports correspondant à 1000 à 1200U par jour – doublés pour les personnes obèses. La galénique en capsule souple est à privilégier



QUESTIONS DE FORMATION

1/ Patiente de 48 ans, en péri ménopause sans facteur de risque particulier d'ostéoporose, avec une alimentation équilibrée qui intègre du poisson et des œufs

- a) Je lui propose un dosage de la vitamine D
- b) Je lui propose une supplémentation en vitamine D à la suite d'un dosage préalable, s'il s'avère nécessaire.
- c) Je lui propose une supplémentation en vitamine D sans dosage préalable
- d) J'évalue ses activités physiques et/ou sportives en lui conseillant des activités à impact
- e) Je lui propose une supplémentation en calcium

2/ Patiente de 48 ans, en péri ménopause qui a bénéficié il y a quelques années d'une chirurgie bariatrique.

- a) Je lui propose un dosage de la vitamine D
- b) Je lui propose une supplémentation en vitamine D à la suite d'un dosage préalable, s'il s'avère nécessaire.
- c) Je lui propose une supplémentation en vitamine D sans dosage préalable
- d) J'évalue ses activités physiques et/ou sportives en lui conseillant des activités à impact
- e) Je lui propose une supplémentation en calcium

3/ Patiente de 70 ans, qui a chuté il y a quelques jours.

- a) Je lui propose un dosage de la vitamine D
- b) Je lui propose une supplémentation en vitamine D à la suite d'un dosage préalable, s'il s'avère nécessaire.
- c) Je lui propose une supplémentation en vitamine D sans dosage préalable
- d) J'évalue ses activités physiques et/ou sportives en lui conseillant des activités à impact
- e) Je lui propose une supplémentation en calcium

4/ Patiente de 30 ans, en consultation préconceptionnelle qui porte des vêtements amples car nous sommes en janvier.

- a) Je lui propose un dosage de la vitamine D
- b) Je lui propose une supplémentation en vitamine D à la suite d'un dosage préalable, s'il s'avère nécessaire.
- c) Je lui propose une supplémentation en vitamine D sans dosage préalable
- d) J'évalue ses activités physiques et/ou sportives en lui conseillant des activités à impact
- e) Je lui propose une supplémentation en calcium

Retrouvez les réponses pages 44 à 49.



Conseils à donner aux couples infertiles et bilan d'infertilité du couple – RPC du CNGOF, mises à jour 2022.

Dr Valérie BERNARD, Service de Chirurgie gynécologique et Médecine de la reproduction du CHU de Bordeaux.

Dr Blandine COURBIERE, Professeur des Universités Praticien Hospitalier en Gynécologie - Obstétrique, Médecine de la Reproduction – Marseille.

Dr Sandrine FRANTZ, Gynécologue médicale, Bordeaux

Dr Geoffroy ROBIN, Gynécologue médical & Andrologue, Lille

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Orthez (64) – nico.dutriaux@gmail.com

Introduction

Un couple sur quatre, consulte désormais pour des difficultés à concevoir. Quels conseils pouvons-nous leur transmettre dès la consultation préconceptionnelle encore insuffisamment réalisée par les couples ? Quels sont les bilans initiaux pour la femme et pour l'homme ? Quand adresser à un service de médecine de la reproduction ? Ce sont les réponses à ces questions qui ont été présentées par ces trois intervenants.

Il est rappelé que l'âge influence fortement les chances de grossesse spontanée tant chez la femme que chez l'homme. Avant 35 ans, pour les deux membres du couple, un bilan est conseillé à 12 mois sans réussite de conception. Après 35 ans, les explorations doivent débuter dès 6 mois après l'arrêt de la contraception. Ce délai est aussi raisonnable dans les situations à risque d'infertilité identifiée comme l'endométriose ou le Syndrome des Oaires Polykystiques (SOPK). En l'absence de projet de grossesse, les femmes doivent être averties d'une possibilité d'une autoconservation désormais ouverte par les lois de bioéthique entre 29 et 37 ans. Les informations préventives sont à délivrer dès la consultation préconceptionnelle ou dès la consultation de la femme ou du couple signalant un retard à la conception réelle ou estimée.

Le plan national nutrition santé ne recommande pas de régime spécifique. Les préconisations adaptées à la population générale sont la base des conseils à délivrer. Pas de restriction particulière, notamment vis-à-vis du café. L'acide folique est la seule vitamine qui a fait la preuve de son intérêt et sa nécessité pour la prévention des anomalies du tube neural en périconceptionnelle. La vitamine D n'a pas fait la preuve de son intérêt mais compte tenu de la fréquence d'insuffisance en population générale une supplémentation peut être proposée, sans dosage préalable, selon les recommandations.

L'activité physique régulière est recommandée – 30 minutes jour – sans excès (risque aménorrhée hypothalamique). Éviter chez l'homme les sports qui échauffent les testicules : course à pied – vélo.

Le poids peut influencer négativement les chances de concevoir, pour les patientes enceintes obèses ; diminution linéaire de la grossesse spontanée à partir d'un IMC ≥ 29 – surtout avant 35 ans ; moins d'impact après où le facteur âge prend la tête. L'obésité réduit les chances de réussite d'une éventuelle assistance médicale à la procréation mais ne doit pas être un motif de refus de prise en charge, ou d'un report une fois une perte de poids obtenu. Dans le cadre d'un SOPK, l'impact de la perte de poids améliore sans nul doute la régularité des cycles et les ovulations spontanées ou induites (-7 % suffisent ; objectif 5 à 10 %). La chirurgie bariatrique améliore la fertilité spontanée mais la grossesse doit être retardée de 18 mois au minimum. Il faut informer le couple des risques obstétricaux et néonataux liés à l'obésité.

Une fréquence des rapports sexuels d'un jour sur deux pendant la fenêtre de fertilité optimise les chances de fécondité. Une fréquence supérieure, quotidienne, est possible, mais n'augmente pas les chances de conception.

Le sommeil de bonne qualité, adapté aux besoins de chacun, améliore les chances de grossesse spontanée comme de PMA. Pour y accéder, une évaluation des niveaux de stress des deux membres du couple est envisageable et un accompagnement psychologique. En revanche, la mélatonine n'est pas recommandée. Les études qui annoncent une possible prévention de la prééclampsie et une amélioration des ovocytes et spermatozoïdes par une supplémentation en mélatonine sont controversées. Les règles hygiéno-diététiques sont à préférer.

L'information doit intégrer les facteurs environnementaux modifiables comme le sevrage tabagique recommandé chez les deux membres du couple, ainsi que chez l'entourage. Il est de même recommandé de proposer une aide à l'arrêt du cannabis et de limiter sa consommation d'alcool à 5 verres par semaine. Ces consommations impactent la qualité des ovocytes, des spermatozoïdes, augmentent chez la femme pour le tabac le risque de GEU et de d'arrêt naturel de la grossesse. Une information sur les produits reprotoxiques – perturbateurs endocriniens de l'environnement domestique et professionnel doit être apportée. [Note de l'auteur : il est possible d'adresser les couples à une consultation spécialisée – y compris en téléconsultation – en cas de crainte d'exposition spécifique comme en milieu professionnel particulier].

Si un bilan s'avère nécessaire, en première intention chez la femme :

- Bilan biologique : FSH, LH, Prolactine, PV complet dont un score de Nugent ; le traitement d'une vaginose est recommandé même si elle n'est pas symptomatique et un contrôle de l'efficacité du traitement est recommandé ; la sérologie chlamydiae n'est pas recommandée.
- Le dosage de l'AMH entre désormais dans les critères de Rotterdam (revus cette année) si un SOPK est suspecté mais pas de manière systématique – en dehors d'une prise en charge AMP avec une FIV envisagée, elle n'influencera pas la prise en charge ultérieure, en rappelant qu'elle n'est pas un marqueur d'infertilité – des grossesses spontanées sont possibles quel que soit son taux.

- Évaluation utérine : l'échographie pelvienne par abord endovaginale une imagerie en 3D est recommandée pour la recherche d'une malformation et fait aussi bien qu'une hystérocopie. Si normale, aucune hystérosonographie ni hystérocopie ne sont nécessaires. Ces examens seront prescrits en seconde intention en cas d'anomalie. L'IRM n'est pas non plus recommandée.
- Évaluation des trompes : l'hystérosalpingographie est recommandée. L'hystérosonographie avec produit de contraste ou HyFoSy est une alternative équivalente mais elle n'est pas remboursée et faut rajouter le coût du produit de contraste spécifique d'environ 80 €. Ce produit fait l'objet d'alerte à risque d'allergie. Ses résultats sont similaires, son vécu est meilleur par les patientes mais le délai pour envisager une grossesse est plus long, elle n'est donc pas à proposer en pratique. En cas d'anomalie, une coélicopie avec un test au bleu est proposée – en l'absence d'anomalie spermatique qui orienterait vers une FIV dans la prise en charge. Les anomalies bilatérales et distales sont les plus à même d'être péjoratives vis-à-vis des chances d'obtenir une grossesse spontanée. Ces explorations ne doivent pas être proposées pour espérer un « flushing tubaire curatif » en espérant augmenter les chances de grossesse spontanée.
- Le test post-coïtal est non recommandé y compris post-induction. Le compte des follicules antraux présente trop de variabilité interopérateur et n'est donc pas plus recommandé.
- En cas de bilan initial normal chez un couple infertile, dont la femme est âgée de moins de 30 ans, il peut être discuté une exploration pelvienne par coélicopie afin d'augmenter les chances de grossesse spontanée. Cette augmentation n'est pas significative après 30 ans. Elle n'a pas d'intérêt si une FIV est envisagée dans la prise en charge de l'infertilité.

Le bilan initial de l'homme comprend :

- Une consultation d'anamnèse large et ouverte comprenant une recherche d'un éventuel dysfonctionnement sexuel, une évaluation environnementale sur les reprotoxiques par exposition domestique ou professionnelle (exposition chimique ou à la chaleur ou du dopage), le ressenti de douleurs scrotales ou pelviennes, des antécédents personnels d'anomalies ou pathologies testiculaires, sur des antécédents de grossesse dans une autre relation, ...
- Un spermogramme (après 3 jours d'abstinence minimum). Il permet d'évaluer les paramètres physico-chimiques du sperme (un sperme anormal peut influencer négativement le pouvoir fécondant de spermatozoïdes normaux) et analyse quantitativement et qualitativement les spermatozoïdes. L'examen clinique sera proposé si l'une des deux évaluations présente une anomalie : varicocèle clinique ou palpable (la seule à valeur négative – la varicocèle échographique est fréquente et non reliée à un risque d'infertilité), évaluation de la taille et du volume testiculaire et des voies spermatiques scrotales et pelviennes. Elle peut être répétée à 3 mois si des anomalies spermatiques sont constatées car elles peuvent être transitoires (comme après la prise de certains médicaments, d'un épisode fébrile ou d'une exposition à la

chaleur lors d'une activité sportive intense ou d'une exposition professionnelle par exemple). Ce contrôle ne doit pas retarder une prise en charge en médecine de la reproduction cependant.

- La spermoculture, prescrite en première intention sur le même prélèvement que le spermogramme, permet une mise en évidence d'une infection souvent asymptomatique des voies urinaire ou peut être source d'une inflammation chronique des glandes annexes. Le traitement de première intention est une cure hydrique avec augmentation des éjaculations avant d'envisager tout traitement antibiotique – en dehors des IST reconnues comme telles (chlamydiae, gonocoque, mycoplasme génitalium).
- L'échographie scrotale est recommandée en cas d'anomalie spermatique. Elle présente de meilleurs résultats que l'examen clinique mais ne le remplace pas. Elle peut permettre de mettre en évidence des tumeurs infracliniques. Elle vérifie la présence et la position testiculaire, leur volume, leur aspect morphologique ainsi que les voies extra-testiculaires. Un contrôle Doppler est possible.
- L'échographie endorectale pour évaluer les voies séminales profondes : seulement si examen clinique douteux sur absence de déférent ou spermologie d'anomalie obstructive +/- IRM pelvien en dernière intention
- Bilan hormonal : si azoospermie ou oligospermie (pour distinguer une cause obstructive d'une cause non obstructive) : à réaliser si < 10 millions sur 2 spermogrammes à 3 mois d'intervalle. La prescription comprend la testostérone totale, FSH ; LH. La prolactine n'est dosée qu'en 2^e intention si testostérone abaissée sur 2 dosages. Elle permet le plus souvent de confirmer une anomalie de spermatogenèse sans cause centrale.

Lorsqu'une prise en charge en médecine de la reproduction est nécessaire, il faut informer les couples que les chances d'obtenir une naissance vivante diminuent à partir de 35 ans et s'effondrent à partir de 40 ans. Les recommandations de traitement de l'infertilité correspondent aux standards internationaux publiés par la FIGO en 2022 :

- Si bilan normal chez les deux partenaires : une insémination avec stimulation est recommandée.
- Dysoovulations d'origine hypothalamique (type I de la FIGO) ou hypophysaire (type II de la FIGO) : stimulation par pompe GnRH ou en 2nde intention, par gonadotrophines FSH LH. Un monitoring est proposé et la grossesse survient en général au cours d'un des 3 premiers cycles.
- Dysoovulations d'origine ovarienne à bilan normal (type III de la FIGO) : clomifène – 2^e intention induction simple par gonadotrophines
- Dysoovulations d'origine ovarienne à bilan anormal – IOP (type III de la FIGO) : dons d'ovocytes recommandés (FSH > 15 ou après 43 ans)
- Le SOPK (type IV de la FIGO) : clomifène et metformine + letrozole (pas d'AMM en France mais intégré dans les dernières recommandations du SOPK) +/- Inositol (complément alimentaire) qui peut être envisagé par son effet sur l'insulinorésistance à la source des SOPK sans impact sur le bilan lipidique ou l'hirsutisme, en alternative à la metformine pour réguler les cycles et retrouver des ovulations spontanées.

Messages clés

- Le bilan du couple infertile débute par une prévention au plus tôt : aviser les femmes d'une conservation ovocytaire possible dès 29 ans, conseils hygiéno-diététiques, évaluation des reprotoxiques environnements domestiques et professionnels dès la consultation préconceptionnelle.
- Un bilan est proposé à partir de 12 mois de tentative chez un couple sans antécédent et de moins de 35 ans, ou à partir de 6 mois si des antécédents existent chez l'un ou l'autre ou si l'un des membres du couple a plus de 35 ans.
- Le bilan de la femme comprend une évaluation biologique, de l'utérus par échographie 3D et des trompes par une hystérosalpingographie.
- Le bilan de l'homme débute par une consultation d'évaluation et la prescription d'un spermogramme associé à une spermoculture suivies si nécessaire d'un examen clinique et d'une échographie testiculaire + /6 rectale d'évaluation des voies génitales internes + /- d'un bilan biologique.
- Le parcours de PMA dépendra des résultats des examens mais ne devra pas être retardé



QUESTIONS DE FORMATION

1/ Me A, me consulte pour une consultation préconceptionnelle, il n'y a pas d'antécédent notable pour elle ou son conjoint :

- a) Je prodigue des conseils hygiéno-diététiques adaptés en fonction du mode de vie de son couple
- b) Je prescris un bilan sanguin
- c) Je prescris une échographie pelvienne endovaginale 2D
- d) Je prescris une échographie pelvienne endovaginale 3D
- e) Je prescris une hystérosalpingographie

2/ Me B, 32 ans, sans antécédent notable pour elle ou son conjoint, IMC 28, me consulte une absence de grossesse après un souhait de 6 mois, ces cycles sont réguliers :

- a) Je prodigue des conseils hygiéno-diététiques adaptés en fonction du mode de vie de son couple
- b) Je prescris un bilan sanguin
- c) Je prescris une échographie pelvienne endovaginale 2D
- d) Je prescris une échographie pelvienne endovaginale 3D
- e) Je prescris une hystérosalpingographie

3/ Me C, 32 ans, sans antécédent notable pour son conjoint, IMC 28, me consulte dans le cadre d'une absence de grossesse après un souhait de 6 mois, ces cycles sont irréguliers :

- a) Je prodigue des conseils hygiéno-diététiques adaptés en fonction du mode de vie de son couple
- b) Je prescris un bilan sanguin
- c) Je prescris une échographie pelvienne endovaginale 2D
- d) Je prescris une échographie pelvienne endovaginale 3D
- e) Je prescris une hystérosalpingographie

4/ Me D, 36 ans, me consulte pour un souhait de grossesse n'aboutissant pas depuis 6 mois :

- a) Je prodigue des conseils hygiéno-diététiques adaptés en fonction du mode de vie de son couple
- b) Je prescris un bilan sanguin
- c) Je prescris une échographie pelvienne endovaginale 2D
- d) Je prescris une échographie pelvienne endovaginale 3D
- e) Je prescris une hystérosalpingographie

Retrouvez les réponses pages 44 à 49.



Éducation à la sexualité : savoir s'adapter aux différents publics et présentation d'outils ludiques

Sandrine CARÊME – formatrice conseillère et éducatrice à la sexualité – présidente du Centre International de Formation et de Recherche en Sexualité (CIFRES), Toulouse.
Sophie-Anne VINCENOT ; psychologue sexologue ; vice-présidente CIFRES, Toulouse

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Orthez (64) – nico.dutriaux@gmail.com

Introduction

« On n'arrête pas de jouer parce qu'on vieillit ; on vieillit parce qu'on arrête de jouer » (Olivier WENDELL HOLMES).

C'est par cette introduction que la session s'ouvre, donnant le ton de la session : apprendre en jouant et jouer pour apprendre. Les informations transmises l'auront été par le jeu comme autant d'idées d'intervention en éducation à la sexualité ou en consultation, pour tous les âges et pour tous les publics, y compris auprès de personnes en situation de handicaps ou du grand âge.

À partir d'un quiz (jeu PARIDAMI Coquin, « pariez pour découvrir la vérité, toute la vérité), les participants découvrent que 22 % des français-es achètent un sex-toy par an, que 38 % estiment ne pas faire assez l'amour, que 70 % des hommes et 55 % des femmes ont fantasmé sur un collègue de bureau ou encore que 90 % des Françaises de plus de 50 ans ont une sexualité. Ces questions d'ordre général (cartes roses) peuvent être plus personnelles (cartes orange). Le jeu « d'apéro » PARIDAMI dans sa version coquine se veut convivial en proposant d'en apprendre plus sur la vie intime de vos ami-es tout en leur permettant d'en apprendre plus sur vous-même. En interventions auprès d'un public adolescent ou adulte – c'est l'occasion de rappeler l'importance de respecter aussi en tant qu'intervenants les tranches d'âge préconisées par les créateurs du jeu - il peut permettre d'ouvrir les débats et de permettre à chacun de s'exprimer sur tel ou tel thème tout en pouvant, au contraire, prendre de la distance avec son propre vécu.

*« On peut en savoir plus sur quelqu'un en une heure de jeu
qu'en une année de conversation » (Platon).*

Un jeu peut éveiller de la peur ou de la gêne lorsqu'il est lancé, tout un chacun pouvant ne pas oser y participer. D'autant plus quand un sujet fait l'objet de tabous comme peut la sexo. Pourtant, en offrant un espace d'amusement et de rires, il ouvre un espace de partage et donc de libération progressive de la parole. Le jeu ramène à l'enfance, avec ses bons et mauvais souvenirs, ce qui peut ne pas être souhaité par tous de prime abord. Le jeu, pour l'ensemble des professionnels de santé ou du médico-social, devient alors un outil, présenté comme tel auprès de leur public. Les psychologues pourront y recourir pour envisager un abord psychanalytique par exemple lorsque justement le côté enfantin du jeu ouvre la voie

vers la voix. Il s'agit alors de proposer une ludopédagogie qui peut donc conduire vers une ludothérapie.

En levant les tabous et les interdits, le jeu offre un espace de sociabilisation et d'intégration par son côté participatif. L'intégration est également facilitée au niveau cognitif grâce à un meilleur ancrage des apprentissages. Le partage et les jeux d'équipe impliquent que l'individu n'est pas qu'un simple récepteur mais qu'il devient aussi émetteur de ces apprentissages. L'éducation à la sexualité tout comme la consultation (d'information et d'éducation à la sexualité, de sexothérapie, de couple, d'accompagnement et de soutien à la parentalité, ...) n'a pas pour vocation à ne présenter les informations que sur l'angle des risques. La diffusion de messages positifs devient pratique et accessible autant pour le professionnel que pour les personnes qu'il accompagne. L'adaptation nécessaire d'une base de jeu existante pour le décliner à l'infini afin de s'adapter à son public devient source de créativité permettant une motivation autant pour les apprenants accompagnés que pour les professionnels accompagnants.

L'UNICEF et l'OMS proposent ainsi des principes directeurs internationaux sur l'éducation à la sexualité. En rappelant que l'absence ou l'insuffisance d'information et d'éducation sur la sexualité conduit à une perpétuation des inégalités de genre et des minorités, aux contraintes et violences sexuelles, aux grossesses non programmées, à la diffusion des infections sexuellement transmissibles. Il est démontré par de nombreuses études que l'éducation commencée avant l'entrée à la sexualité, adaptée à la culture et à l'âge ou au niveau de compréhension, retarde cette entrée tout en réduisant le nombre de partenaires et la fréquence des rapports notamment des rapports non ou mal protégés – au contraire de ce que les contradicteurs pensent et expriment en exhibant le spectre de l'incitation à la débauche. Le risque d'être confronté-e à une grossesse non programmée est ainsi réduit par un accès connu et facilité à la contraception. Le risque d'infections sexuellement transmissibles et de complications de celles-ci est réduit grâce à une connaissance des moyens de protection (préservatifs, traitements pré et post-exposition, dépistage précoce) et des moyens d'y accéder et d'y recourir. Grâce à une information éclairée, la désinformation recule permettant des choix et des prises de décision adaptées pour sa santé. Elle favorise la communication entre pairs, avec les parents, avec ses partenaires.

TABLEAU des principes directeurs

(UNESCO – OMS – Fonds des Nations Unies pour la Population – Programme Commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA, Principes directeurs internationaux sur l'éducation sexuelle – Une approche factuelle à l'intention des établissements scolaires, des enseignants et des professionnels de l'éducation à la santé, mai 2010, tableau 3 page 34 / 132.

- | |
|---|
| 1/ Impliquer dans l'élaboration des programmes scolaires des experts spécialisés dans la recherche sur la sexualité humaine, le changement de comportements et la pédagogie en la matière |
| 2/ Évaluer les besoins et les comportements des jeunes en matière de santé reproductive dans le but d'étayer l'élaboration de modèles logiques |
| 3/ Utiliser un modèle logique qui spécifie les objectifs en matière de santé, les types de comportement ayant une incidence sur ces objectifs, les facteurs de risque et de protection |

ayant une incidence sur ces types de comportement et les activités conçues pour modifier ces facteurs de risque et de protection
4/ Concevoir des activités qui tiennent compte des valeurs culturelles et sont cohérentes avec les ressources disponibles (c'est-à-dire temps dont dispose le personnel, compétences du personnel, espace pour les installations et fournitures)
5/ Tester le programme et recueillir régulièrement les commentaires des apprenants sur la façon dont le programme répond à leurs besoins
6/ Se concentrer sur des objectifs clairs pour définir le contenu, l'approche et les activités du programme scolaire. Ces objectifs doivent inclure la prévention de l'infection VIH, d'autres IST et de grossesses non désirées.
7/ Se concentrer strictement sur des comportements sexuels à risque et des comportements protecteurs spécifiques présentant un lien direct avec ces objectifs de santé
8/ Traiter de situations spécifiques susceptibles de conduire à des rapports sexuels non désirés ou non protégés et des moyens permettant de les éviter et de s'en libérer
9/ Diffuser des messages clairs sur les comportements propres à réduire le risque d'IST ou de grossesse
10/ Se concentrer sur les facteurs spécifiques de risque et de protection ayant une influence sur des comportements sexuels particuliers et susceptibles de changer grâce à des cours fondés sur le programme scolaire (par exemple connaissances, valeurs, normes sociales, attitudes, compétences)
11/ Employer des méthodes pédagogiques participatives qui favorisent la participation active des élèves et les aident à intérioriser et à intégrer l'information
12/ Mettre en œuvre de multiples activités pédagogiquement pertinentes et visant à modifier chacun des facteurs de risque et de protection considérés
13/ Dispenser une information scientifiquement précise sur les risques que présentent des rapports sexuels non protégés et sur l'efficacité des différentes méthodes de protection
14/ Traiter de la perception des risques (plus spécifiquement de la prédisposition)
15/ Traiter des valeurs personnelles et de la perception des normes de la famille et des pairs concernant la sexualité et la multiplicité des partenaires
16/ Traiter des attitudes individuelles et des normes de pairs concernant le préservatif et la contraception
17/ Traiter à la fois des compétences et de la capacité à les utiliser
18/ Couvrir les thèmes dans un ordre logique

Les acquisitions ne doivent pas uniquement être descendantes et thématiques, mais aussi psychosociales : communication – résolution problèmes – apprentissage – stratégie – respect bienveillance -... La ludopédagogie permet cette double approche.

Il est possible d'utiliser un jeu, comme, pour faire décrire un personnage et ainsi faire parler d'eux les personnes, de leur permettre de parler de leurs émotions, de leur bien-être ou de leur mal-être en projetant sur le personnage leur « moi » qui ne se confie pas.

L'un des thèmes qu'il convient d'aborder surtout auprès de nos publics les plus jeunes, dès la préadolescence mais qui peut être le plus difficile à faire est la pornographie. Pourtant les préadolescents sont de plus en plus confrontés à la pornographie et ce dès 10 12 ans. Elle devient le vecteur d'une information biaisée par des orientations quasi exclusives de domination et de violence d'un des partenaires sur l'autre tout en proposant une norme des corps et de l'image. Le jeu GAME PORN peut être une ressource. Il s'agit d'un jeu de plateau avec un dé pour déplacer son pion. Les questions sous forme de quiz dont les questions

peuvent être choisies pour s'adapter à l'âge et au niveau de compréhension de chacun, ou inspirante pour les reformuler dans cet objectif n'attendent que deux réponses simples : « d'accord » ou « pas d'accord ». La liberté de participer ou non au jeu, énoncée au préalable comme un cadre sécurisant, rappelant au passage les règles de ce type d'intervention (respect, écoute, non-jugement, bienveillance, ... Autant de « règles du jeu de la vie en société » permettent aussi d'offrir des réponses complémentaires comme « je ne sais pas » ou « joker ». Des avis divergeant offrent l'espace de débat espéré et le questionnement que l'affirmation de départ a permis d'initier est l'occasion pour transmettre l'information souhaitée.

D'autres exemples de jeux, à partir de jeux courants grand public revus et corrigés, ou de jeux dédiés ont été présentés. L'intervenant peut les utiliser en suivant les règles prévues, en les adaptant ou en s'en inspirant pour créer son propre outil afin de répondre aux objectifs et/ou au public qu'il rencontre. En voici quelques exemples :

- L'image du jeu de dames vs le jeu d'échecs : un même plateau – règles peuvent être différentes – comment on joue ensemble ?
- Jeu FEELINGS : émotions en famille – école – etc. : travail de l'empathie – faire émerger la discussion et l'échange
- Milk-shake du rapport sexuel : reconstituer un rapport dans l'ordre... Et discuter qu'il n'y a pas forcément d'ordre pré établi – cela peut être utilisé en mode adapté pour l'apprentissage de l'utilisation des préservatifs par exemple où là l'ordre des séquences à un intérêt pour garantir la protection attendue.
- Sexploration
- JUDUKU : dès 14 ans, répondre à des questions le plus spontanément possible en moins de 8 secondes – questions pouvant être perçus différemment par les uns ou les autres (exemple : « Cite les deux pires trucs que tu as bouffés », « tes défauts qui passent bien à l'entretien d'embauche », « Cite 3 fluides qui peuvent hydrater un visage », ... Les questions pouvant venir sont évidemment ajustées, détournées, ou créées pour répondre à l'objectif.
- Ceduku : format escape game - > formation d'un couple et travail du consentement, aller vers la continuité du couple ou sa rupture, relancer la communication, ...
- CÂLIN MALIN : question pour un champion de la vie affective et sexuelle
- Un exemple de jeu créé de toutes pièces par les animateurs : puberquiz avec équipe pénis et clito
- Jeu des amours en consultation de couple
- Ligne frontière entre d'accord / oui – pas d'accord / non – Une marelle qui devient un baromètre de ce qui est tolérable ou de ce qui ne l'est pas – cet agencement de l'espace permet un jeu de groupe en mouvement permettant du dynamisme dans le groupe.
- Des jeux de rôle / des jeux de théâtre
- Des jeux de cartes avec des images artistiques, y compris abstraites, pour permettre à tout un chacun de choisir une représentation de son état d'esprit, de ses idées sur telle ou telle question, sur ses émotions et qui sera nécessaire de traduire pour les autres.
- TABOO
- TOTEM ou TOTEM couple

Nombre de ces jeux et de formats sont en accessibilité auprès des centres d'information et de prévention en santé régionaux comme le CRIPS en Île de France ou le I'REPS en Occitanie, départementaux ou locaux. Ces centres proposent des accès en ligne de jeux ou d'outils à imprimer soi-même et à plastifier, des prêts ou des locations et éventuellement des achats.

Quid des parents ?

C'est un des freins pour l'accessibilité dans les établissements scolaires ou les rendez-vous jeunes. Les intégrer aux jeux est possible ou leur proposer des temps d'échange dédiés pour pouvoir eux aussi s'exprimer, notamment sur leur crainte. C'est alors l'occasion de leur faire prendre conscience du fossé entre ce qu'ils imaginent de leurs enfants et de leur connaissance réelle ou supposée, sur la sexualité et la réalité (en plus ou en moins). C'est le moment de leur expliquer qu'eux comme nous, nous parlerons de LA sexualité et non de SA ou de LEUR sexualité. C'est leur proposer des clés de communication comme de rester factuel et simple – notamment pour répondre aux questions des plus jeunes enfants. Par exemple, « Comment on fait les bébés ? ». Les enfants veulent connaître l'histoire de l'ovocyte et du spermatozoïde et non le détail d'un rapport sexuel. Aborder la puberté, c'est par exemple discuter des règles pour les femmes, autant avec une mère qu'un père... Et tout en restant pratique comme apprendre à lire les indications sur un paquet de protections hygiéniques...

En conclusion, « la sexualité (et l'éducation à la sexualité) est comme un jeu et non comme un enjeu ».

Messages clés

- L'éducation à la sexualité (et non pas à une sexualité, ou à sa sexualité – des intervenants, de ses parents, des participants) a démontré de nombreux effets positifs : recul de l'entrée dans la sexualité, fréquence des rapports mal ou non protégés en recul, intégration et réflexion de comportements adaptés à la santé sexuelle plus fréquents, réduction des violences sexuelles et non sexuelles, ...
- Savoir intégrer les parents et leur expliquer ce cadre en les rassurant sur des craintes réelles mais non justifiées, augmentées par une désinformation sur le sujet, tout en les intégrant, en leur permettant de participer à cette éducation et d'avoir eux aussi des outils de communication avec leurs enfants.
- Utiliser les leviers de la ludopédagogie en séances de groupe comme en individuel, en consultations, y compris de couples, pour tendre vers une ludothérapie.
- Savoir adapter des jeux existant au sujet traité, savoir être créatif soi-même pour pouvoir créer ses propres outils pouvant répondre aux objectifs de sa séance.
- Le jeu est un moyen et non une fin, il permet de travailler aussi les compétences psychosociales.



QUESTIONS DE FORMATION

1/ La ludopédagogie adaptée à l'éducation à la sexualité peut s'utiliser :

- a) En séance de groupe auprès de public cible
- b) En séance de groupe de professionnels de santé ou du secteur médico-social à des fins de formations sur les questions de sexualité des publics qu'ils reçoivent ou dont ils s'occupent.
- c) En consultation individuelle gynécologique
- d) En thérapie (psychothérapie, sexothérapie, thérapie de couple)

- e) En consultation individuelle d'information et d'éducation à la sexualité à destination des hommes comme des femmes.

2/ La ludopédagogie permet

- a) Un espace d'échange et de communication
- b) Une transmission descendante de l'information
- c) Une transmission multidirectionnelle de l'information
- d) Une prise de distance avec ses propres représentations et croyances
- e) Une intégration de notions et de compétences complémentaires comme le consentement et les modalités pratiques de sa recherche et de son interrogation.

3/ La ludopédagogie :

- a) Doit répondre aux objectifs fixés de la séance
- b) Doit respecter strictement les règles du jeu choisi comme moyen de médiation dans la séance
- c) Doit respecter les âges préconisés pour le jeu choisi comme moyen de médiation dans la séance
- d) Impose de ne recourir qu'à des outils existant, approuvés et ayant fait preuve de leur efficacité.
- e) Nécessite un investissement matériel conséquent

Retrouvez les réponses pages 44 à 49.



Fonctionnalité de l'homme

Virginie GASC, psychologue clinicienne, sexologue et onco-sexologue, formatrice chargée d'enseignement universitaire, CIFRES, Tarbes

Claude ROUX DESLANDES, médecin sexologue, chargée d'enseignement universitaire, CIFRES, Toulouse

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Orthez (64) – nico.dutriaux@gmail.com

Introduction

Nous constatons quotidiennement une méconnaissance des femmes, comme des hommes, vis-à-vis de l'anatomie et de la physiologie biologique et sexologique féminine. Oubliant que cette méconnaissance touche tout autant l'anatomie et la physiologie biologique et sexologique masculine. Voici quelques points clés à (ré)apprendre soi-même pour les transmettre aux femmes, aux hommes, aux couples que nous accueillons en consultation.

NB de l'auteur : les sages-femmes peuvent légalement accueillir en première consultation d'information et d'éducation à la sexualité (CCP ou première consultation de contraception et de prévention des maladies sexuellement transmissibles dont la prise en charge à 100 % est possible pour les mineur-es comme pour les jeunes adultes jusqu'à 25 ans) autant les femmes que les hommes – la cotation leur étant inaccessible jusqu'en février 2024 pour les hommes. La délivrance d'une information ne s'arrête pas là. Le dépistage et le traitement de certaines IST ou la vaccination sont une autre consultation « masculine » accessible (et donc codifiable – facturable à l'Assurance Maladie et aux caisses complémentaires ou à l'assuré directement !), de même que la consultation préconceptionnelle ou encore une consultation de troubles de la fertilité. Toutes ces occasions sont autant de temps de transmission, comme les séances d'éducation à la sexualité en groupe que ce soit en milieu scolaire ou auprès de personnes en situations de handicap, qui permettront à la sage-femme de rappeler ces éléments sur la gent masculine. Lors des consultations gynécologiques auprès de leurs patientes, les questions ou plaintes des femmes qu'elles reçoivent pourront aussi trouver une réponse dans ces rappels anatomiques et/ou physiologiques et/ou sexologiques.

Le rappel anatomique peut paraître incongru du fait de la qualité externe d'une partie de l'appareil génital masculin, mais il ne s'agit justement que d'une partie. Et le détail de l'appareil génital interne est tout aussi important à connaître et à faire connaître : testicules, canaux déférents, vésicules séminales, prostate ou urètre mais aussi la décomposition du pénis en corps spongieux sur sa face postérieure (devenant antérieure à l'érection) soutenue par deux corps caverneux comme deux piliers à travers les muscles périnéaux. Il ne va en effet pas de soi pour les femmes comme pour les hommes qu'ils ont aussi un périnée – qui peut aussi avoir besoin d'une rééducation (après une chirurgie ou dans le cadre de troubles sexuels ou urologiques).

Il faut donc savoir poser la question simple mais essentielle : « savez-vous comment est fait votre appareil génital ? » et replacer tous ces éléments et de les faire intégrer dans le schéma corporel. La visualisation double, en miroir et en volume peut, par exemple, être difficilement appréhendable et compréhensive sur les schémas classiques en 2D des livres et brochures d'information et d'éducation, souvent montrés en 2 plans (frontal et médian). Comme pour les femmes, des modèles 3D complets et justes sont indispensables pour permettre l'intégration cognitive et proprioceptive du schéma corporel de l'homme.

De même, un rappel physiologique sur l'érection comme une réponse nerveuse et réflexe du système autonome parasympathique qui relâche le tonus musculaire pour permettre un afflux sanguin non contrôlé ni contrôlable sous l'effet d'une excitation (voie effectrice sacrée végétative) et soumis aux codes d'attraction propres à l'individu mais évolutifs dans le temps. Une autre voie parallèle somatique a une action sur les muscles striés périnéaux – ils sont préférentiellement thoraco-lombaires. Les érections nocturnes et matinales ne sont pas en lien, comme souvent imaginé (un sondage en direct lors de la session l'a démontré) en lien avec le remplissage vésical. Elles sont en lien avec un état neurophysiologique végétatif faisant le lien entre le système nerveux et les cycles de sommeil, en l'occurrence lors de sa phase paradoxale. Cette congestion pelvienne existe aussi chez la femme. Chez les deux sexes, elle témoigne d'un potentiel érectile (faisant éliminer un possible trouble organique), de la capacité d'excitation et du potentiel vaso-congestif. À noter que ces potentiels peuvent être perturbés, là aussi pour les deux sexes, par l'effet des émotions, du stress et de la dépression. Chez l'homme, le lien avec les codes d'attraction normalement évolutifs peut se perturber quand le code devient restreint (fétichisme ou scénarii restrictifs comme le propose l'industrie pornographique).

Ces rappels physiologiques permettent de proposer des premières réponses à une plainte comme la dysfonction érectile. Les codes d'attraction restreints (par une surconsommation de la pornographie par exemple) sont une source de dysfonction érectile fonctionnelle notamment chez les jeunes hommes actuellement. Souvent les codes d'attraction sont identifiés par l'homme mais il peut ne pas réussir à les exprimer ou à les communiquer à son/sa ou ses partenaire-s. La consultation de couple est alors l'occasion d'amener une ouverture à la communication érotique dans le couple. L'absence d'érections nocturnes ou matinales peut être le signe d'une dysfonction organique et doit donc être investiguée. Penser aussi aux toxiques (cannabis, alcool) et aux médicaments notamment anticholinergiques (le système parasympathique ayant comme principale neurotransmetteur l'acétylcholine). Il est possible de proposer un calendrier des érections (sur le modèle d'un calendrier mictionnel) et de mettre en parallèle les états émotionnels et de fatigue. C'est une première solution pour se reconnecter à son corps et y prêter plus attention. L'orientation vers le médecin généraliste, un sexologue ou sexothérapeute, un urologue ou un andrologue est évidemment à proposer aux vues des besoins de cette évaluation initiale.

L'entretien peut aussi intégrer la place de la masturbation masculine et féminine, entre mythes et interdits ou projections culturelles, familiales, religieuses. Ces représentations sont à interroger autant chez la femme que chez l'homme – interrogeant leur point de vue sur la masturbation personnelle que sur la masturbation de son ou sa partenaire.

Le rappel physiologique de l'éjaculation est aussi important. C'est un réflexe soumis à l'atteinte d'un seuil de décharge musculaire non synonyme d'orgasme – on parle d'orgasme en sexologie. L'orgasme est la décharge émotionnelle de plaisir avec une adhésion cognitive à ce qui se passe dans le corps – il peut donc être concomitant à l'orgasme, plus mécanique, ou postérieur. Au moment de l'orgasme, le système nerveux autonome sympathique décharge une dose importante de ses principaux neurotransmetteurs, à savoir l'épinéphrine, l'adrénaline et la noradrénaline. Cette décharge s'accompagne d'une décharge physique au cours de laquelle les muscles périnéaux atteints un seuil maximum de tension se relâchent

par une salve de contractions rapides. Le « défi » de l'homme : rester dans son couloir excitatoire étroit entre les deux systèmes nerveux autonomes parasympathiques et sympathiques où le premier peut basculer vers le deuxième à chaque instant ou en cas de perturbation extérieure (perte d'érection ou éjaculation prématurée selon si le seuil de décharge est atteint ou non). L'orgasme est plus « cérébral » puisqu'il fera intervenir d'autres neurotransmetteurs, comme l'endorphine et la dopamine, dans d'autres structures du système nerveux, au cœur des centres de la récompense du cerveau. La distinction entre les deux et l'absence de corrélation possible se traduit par exemple, dans l'éjaculation rapide ou dans d'autres circonstances, par un vécu désagréable et non de plaisir de cette décharge physique. L'anéjaculation peut avoir plusieurs causes : causes mécaniques pures (sténose urétrale ou autre), aspect psychologique (peur d'une grossesse de souiller l'autre, etc.), aspect sexologique (l'apprentissage du contrôle du couloir excitatoire tel qu'il ne permet plus d'atteindre le seuil de décharge). La phase réfractaire décrite par Master et Johnson explique la possibilité d'un retour à l'érection +/- rapide par une reprise du « contrôle » par le système parasympathique (dont la durée s'étend avec l'avancée en âge) et une éjaculation plus longue ou impossible en cas de rapports répétés par une absence d'atteinte du seuil de décharge permettant le basculement vers le système sympathique. L'anéjaculation est à différencier de l'éjaculation rétrograde post-chirurgicale, comme lors des suites d'une chirurgie de la prostate.

Chacune de ces étapes (désir – excitation – atteinte du seuil de décharge) est en interaction avec les éléments émotionnels de l'individu : émotions de base, sentiments, désir amoureux, état psychologique. Ils sont aussi avec en interaction avec la sexodynamique : perception de soi, confiance en soi, désir, code d'attraction, identité sexuelle, imaginaire. Enfin il y a également des interactions avec nos cognitions. Toutes ces interactions peuvent jouer un rôle facilitateur ou un rôle inhibiteur sur les deux systèmes nerveux autonomes, sympathiques et parasympathiques. L'homme répond donc aux mêmes verbatims de la sexualité que la femme : bouger / mouvements, sensations (les 5 sens), ressentir / perceptions, pensées, fantasmes, désirs, ... Qui vont interférer en positif ou en négatif avec toutes ces interactions.

Ces rappels de base, à mettre en regard avec nos connaissances de la physiologie et de la sexologie féminine, permettent d'aborder nos séances d'information et d'éducation et nombre de nos consultations en étant plus à même de proposer des solutions à nos patientes, aux hommes partenaires ou non de nos patientes susceptibles de nous consulter, ainsi qu'aux couples.

Messages clés

- Il convient de connaître l'anatomie masculine, y compris l'appareil génital interne, le périnée masculin et ses liens avec l'appareil génital.
- Il convient de connaître aussi la physiologie et les impacts sexologiques de l'érection et de l'éjaculation, du désir vers l'excitation et la congestion pelvienne qui l'accompagne, ainsi que les afférences avec le système nerveux autonome sympathique et parasympathique.
- Ces connaissances permettent une information et une réponse aux questions principales de nos patientes, de leur partenaire ou des hommes adolescents, jeunes adultes ou plus âgés que nous pouvons rencontrer au cours de nos consultations ou de séances d'information et d'éducation à la sexualité à tous les âges de la vie.
- Ces connaissances permettent aussi de mieux cibler les orientations entre médecin généraliste, urologue ou andrologue, un autre spécialiste (cardiologue ou médecin vasculaire par exemple) et non uniquement à un sexologue / sexothérapeute quand

une problématique nous est soumise, que ce soit par l'intermédiaire de nos patientes ou directement par un patient masculin.



QUESTIONS DE FORMATION

1/ L'appareil génital masculin :

- a) Se compose d'une partie externe exclusivement
- b) Se compose d'une partie externe et d'une partie interne
- c) Se compose de muscles périnéaux
- d) Les testicules sont les seules glandes qui le composent

2/ Concernant le système nerveux végétatif autonome :

- a) Le système nerveux sympathique contrôle l'érection
- b) Le système nerveux parasympathique contrôle l'éjaculation
- c) Les deux systèmes sont en compétition pendant la phase excitatoire
- d) Lorsque le système sympathique est suractivé, une perte d'érection est possible

3/ Concernant l'éjaculation :

- a) Elle est contrôlable
- b) C'est l'atteinte du seuil de décharge qui est contrôlable
- c) Elle est synonyme d'orgasme
- d) Anéjaculation et éjaculation réfractaire sont des synonymes

Retrouvez les réponses pages 44 à 49.

Réponses aux quiz

QUAND LA SCIENCE EN PARLE

Article 1 : La santé mentale périnatale : des données inquiétantes

1/ Quel est l'estimation du taux global de troubles anxio-dépressifs estimés dans le post-partum ?

- e) 10 %
- f) 20%
- g) 30%
- h) Jusqu'à 40 %**

2/ Les troubles anxio-dépressifs ne concernent que la mère.

- c) VRAI
- d) FAUX**

3/ Parmi les signaux d'alerte du risque suicidaire, on retrouve :

- e) Les troubles de l'humeur
- f) Les peurs exacerbées
- g) L'amélioration des symptômes anxieux
- h) La verbalisation d'idée noire et de dévalorisation personnelle**

Article 2 : Le SOPK : des évolutions dans les recommandations

1/ Les critères de Rotterdam comprennent :

- e) Des signes d'hyperandrogénie uniquement clinique
- f) Des kystes aux ovaires
- g) Une augmentation du volume ovarien**
- h) Des signes d'hyperandrogénie clinique ou biologique**

2/ Le traitement médical peut inclure :

- e) Un progestatif seul
- f) Une contraception combinée**
- g) Un progestatif associé à un insulino-sensibilisant et un inhibiteur de l'aromatase**
- h) Un DIU cuivre

3/ La femme SOPK n'a pas besoin d'une contraception fiable

- c) VRAI
- d) FAUX**

Article 3 : Le risque cardio-vasculaire chez la femme : un risque trop souvent sous-évalué

1/ Les facteurs de risque spécifiques chez la femme sont notamment :

- f) La sédentarité
- g) Les morbidités féminines comme le SOPK**
- h) Un suivi annuel gynécologique
- i) La grossesse
- j) La ménopause précoce – l'insuffisance ovarienne prématurée**

2/ Les facteurs de risque sur lesquels la consultation gynécologique peut avoir un impact sont :

- e) Le tabagisme
- f) Le dépistage et la prise en charge des complications de la grossesse
- g) Le dépistage des violences
- h) L'information en santé délivrée pendant le suivi

Article 4 : Hyperactivité vésicale : quelle prise en charge en 2023 ?

1/ La fréquence de l'électrostimulation est de :

- a) 5Hz
- b) 10Hz**
- c) 25Hz

2/ L'oestrogénothérapie proposée dans le cadre d'un syndrome génito-urinaire de la ménopause peut :

- a) Améliorer l'hyperactivité vésicale**
- b) Réduire l'hyperactivité vésicale**

3/ Concernant les traitements médicamenteux :

- a) Les anticholinergiques n'ont plus leur place dans l'arsenal thérapeutique
- b) Les anticholinergiques nécessitent des précautions d'emploi, notamment l'analyse des autres traitements suivis y compris en automédication pour éviter un effet cumulatif**
- c) La toxine botulique est une solution à proposer en première ligne
- d) La toxine botulique nécessite une injection unique pour un effet au long cours

Article 5 : Les nouvelles technologies en gynécologie et leurs applications

1/ Parmi ces technologies, lesquelles amènent une élévation de température ?

- e) Le laser**
- f) La photobiomodulation

- g) Les champs magnétiques pulsés
- h) La radiofréquence**

2/ Les nouvelles technologies proposées s'intègrent dans le parcours de soins :

- e) Selon les recommandations officielles
- f) En seconde intention, ou en complément, après échec de la rééducation recommandée en première intention**
- g) En permettant de se dispenser de traitements médicamenteux comme l'oestrogénothérapie locale
- h) En nécessitant des séances répétées et renouvelées à distance**

3/ Parmi ces technologies, lesquelles peuvent se prévaloir d'un effet antalgique ?

- e) Le laser
- f) La radiofréquence**
- g) L'HIFEM**
- h) La PBM**

Article 6 : La rectocèle : l'oubliée du prolapsus

1/ Je constate une rectocèle à l'examen clinique sans aucune plainte de la patiente :

- e) J'en informe la patiente**
- f) Je l'interroge sur d'éventuels troubles anorectaux
- g) Je propose une rééducation périnéale
- h) Je lui prodigue des conseils hygiéno-diététiques préventifs

2/ Je constate une rectocèle à l'examen clinique et, en l'interrogeant sur la qualité de son transit, la patiente signale une sensation d'évacuation incomplète après la selle sans difficulté pour obtenir une défécation

- e) J'informe la patiente de la présence d'une rectocèle**
- f) Je propose une rééducation périnéale
- g) Je lui prodigue des conseils hygiéno-diététiques**
- h) Je lui prescris des laxatifs oraux

3/ Une patiente, au cours d'une consultation, me signale une constipation terminale semblant s'aggraver avec une difficulté à obtenir une défécation. L'examen clinique constate une rectocèle.

- e) J'informe la patiente de la présence d'une rectocèle**
- f) Je propose une rééducation périnéale**
- g) Je lui prodigue des conseils hygiéno-diététiques**
- h) Je lui prescris des laxatifs oraux

Article 7 : La vitamine d : des recommandations à une nouvelle proposition de supplémentation médicamenteuse

1/ Patiente de 48 ans, en péri ménopause sans facteur de risque particulier d'ostéoporose, avec une alimentation équilibrée qui intègre du poisson et des œufs

- f) Je lui propose un dosage de la vitamine D
- g) Je lui propose une supplémentation en vitamine D à la suite d'un dosage préalable, s'il s'avère nécessaire.
- h) Je lui propose une supplémentation en vitamine D sans dosage préalable
- i) J'évalue ses activités physiques et/ou sportives en lui conseillant des activités à impact**
- j) Je lui propose une supplémentation en calcium

2/ Patiente de 48 ans, en péri ménopause qui a bénéficié il y a quelques années d'une chirurgie bariatrique.

- f) **Je lui propose un dosage de la vitamine D**
- g) **Je lui propose une supplémentation en vitamine D à la suite d'un dosage préalable, s'il s'avère nécessaire.**
- h) Je lui propose une supplémentation en vitamine D sans dosage préalable
- i) J'évalue ses activités physiques et/ou sportives en lui conseillant des activités à impact**
- j) Je lui propose une supplémentation en calcium

3/ Patiente de 70 ans, qui a chuté il y a quelques jours.

- f) Je lui propose un dosage de la vitamine D
- g) **Je lui propose une supplémentation en vitamine D à la suite d'un dosage préalable, s'il s'avère nécessaire.**
- h) Je lui propose une supplémentation en vitamine D sans dosage préalable
- i) J'évalue ses activités physiques et/ou sportives en lui conseillant des activités à impact**
- j) Je lui propose une supplémentation en calcium**

4/ Patiente de 30 ans, en consultation préconceptionnelle qui porte des vêtements amples car nous sommes en janvier.

- f) Je lui propose un dosage de la vitamine D
- g) Je lui propose une supplémentation en vitamine D à la suite d'un dosage préalable, s'il s'avère nécessaire.
- h) Je lui propose une supplémentation en vitamine D sans dosage préalable**
- i) J'évalue ses activités physiques et/ou sportives en lui conseillant des activités à impact
- j) Je lui propose une supplémentation en calcium

Article 8 : Conseils à donner aux couples infertiles et bilan d'infertilité du couple – RPC du CNGOF, mises à jour 2022.

1/ Me A, me consulte pour une consultation préconceptionnelle, il n'y a pas d'antécédent notable pour elle ou son conjoint :

- f) **Je prodigue des conseils hygiéno-diététiques adaptés en fonction du mode de vie de son couple**
- g) Je prescris un bilan sanguin
- h) Je prescris une échographie pelvienne endovaginale 2D
- i) Je prescris une échographie pelvienne endovaginale 3D
- j) Je prescris une hystérosalpingographie

2/ Me B, 32 ans, sans antécédent notable pour elle ou son conjoint, IMC 28, me consulte une absence de grossesse après un souhait de 6 mois, ces cycles sont réguliers :

- f) **Je prodigue des conseils hygiéno-diététiques adaptés en fonction du mode de vie de son couple**
- g) Je prescris un bilan sanguin
- h) Je prescris une échographie pelvienne endovaginale 2D
- i) Je prescris une échographie pelvienne endovaginale 3D
- j) Je prescris une hystérosalpingographie

3/ Me C, 32 ans, sans antécédent notable pour son conjoint, IMC 28, me consulte dans le cadre d'une absence de grossesse après un souhait de 6 mois, ces cycles sont irréguliers :

- f) **Je prodigue des conseils hygiéno-diététiques adaptés en fonction du mode de vie de son couple**
- g) **Je prescris un bilan sanguin**
- h) **Je prescris une échographie pelvienne endovaginale 2D**
- i) Je prescris une échographie pelvienne endovaginale 3D
- j) Je prescris une hystérosalpingographie

4/ Me D, 36 ans, me consulte pour un souhait de grossesse n'aboutissant pas depuis 6 mois :

- f) **Je prodigue des conseils hygiéno-diététiques adaptés en fonction du mode de vie de son couple**
- g) **Je prescris un bilan sanguin**
- h) Je prescris une échographie pelvienne endovaginale 2D
- i) **Je prescris une échographie pelvienne endovaginale 3D**

Je prescris une hystérosalpingographie

Article 9 : Éducation à la sexualité : savoir s'adapter aux différents publics et présentation d'outils ludiques

1/ La ludopédagogie adaptée à l'éducation à la sexualité peut s'utiliser :

- f) En séance de groupe auprès de public cible
- g) En séance de groupe de professionnels de santé ou du secteur médico-social à des fins de formations sur les questions de sexualité des publics qu'ils reçoivent ou dont ils s'occupent.
- h) En consultation individuelle gynécologique
- i) En thérapie (psychothérapie, sexothérapie, thérapie de couple)
- j) En consultation individuelle d'information et d'éducation à la sexualité à destination des hommes comme des femmes.

2/ La ludopédagogie permet

- f) **Un espace d'échange et de communication**
- g) Une transmission descendante de l'information
- h) Une transmission multidirectionnelle de l'information**
- i) Une prise de distance avec ses propres représentations et croyances
- j) Une intégration de notions et de compétences complémentaires comme le consentement et les modalités pratiques de sa recherche et de son interrogation.

3/ La ludopédagogie :

- f) **Doit répondre aux objectifs fixés de la séance**
- g) Doit respecter strictement les règles du jeu choisi comme moyen de médiation dans la séance
- h) Doit respecter les âges préconisés pour le jeu choisi comme moyen de médiation dans la séance**
- i) Impose de ne recourir qu'à des outils existant, approuvés et ayant fait preuve de leur efficacité.
- j) Nécessite un investissement matériel conséquent

Article 10 : Fonctionnalité de l'homme

1/ L'appareil génital masculin :

- e) Se compose d'une partie externe exclusivement
- f) Se compose d'une partie externe et d'une partie interne**
- g) Se compose de muscles périnéaux**
- h) Les testicules sont les seules glandes qui le composent

2/ Concernant le système nerveux végétatif autonome :

- e) Le système nerveux sympathique contrôle l'érection
- f) Le système nerveux parasympathique contrôle l'éjaculation
- g) Les deux systèmes sont en compétition pendant la phase excitatoire**
- h) Lorsque le système sympathique est suractivé, une perte d'érection est possible**

3/ Concernant l'éjaculation :

- e) Elle est contrôlable
- f) C'est l'atteinte du seuil de décharge qui est contrôlable**
- g) Elle est synonyme d'orgasme
- h) Anéjaculation et éjaculation réfractaire sont des synonymes

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