

# COUP D'ŒIL DU CONGRES INFOGYN 2024

## SOMMAIRE LES CHIFFRES DU CONGRÈS

- 10 heures par jour

## SOMMAIRE : LA SCIENCE EN PARLE

### PERTURBATEURS ENDOCRINIENS EN GYNÉCOLOGIE Article 1

- Dr Julie SERFATI, endocrinologue, Paris
- Dr Christian JAMIN, Interniste et gynécologue médical, Paris
- Dr Gabriel ANDRÉ, gynécologue obstétricien, Strasbourg

### ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES : LES PROMOUVOIR POUR LA SANTÉ DES FEMMES Article 2

- Chloé BARASINSKI, sage-femme et docteure en recherche clinique, CHU de Clermont-Ferrand
- Dr Béatrice GUYARD-BOILEAU, gynécologue obstétricienne au CHU Toulouse et responsable médicale d'une équipe de trampoline.
- Dr Hugue LE BORGNE, médecin du sport, Chambéry
- & Un représentant de l'Association Sportive Multisport (ASM) de Clermont-Ferrand

### LE SOMMEIL CHEZ LA FEMME : UNE CLÉ POUR SA SANTÉ Article 3

- Dr Gaëlle FLORENCE, pharmacienne, Paris
- Dr Gérald PEIFFER, pneumologue, Metz
- Dr Rachel DEBS, neurologue, CHU Toulouse

## PRÉVENTION DES INFECTIONS CHEZ LE NOUVEAU-NÉ ET LE NOURRISSON AU COURS DE LA PREMIÈRE ANNÉE DE VIE. Article 4

- Pr Paul GUERBY, gynécologue Obstétricien, CHU Toulouse
- Dr Eric JEZIORSKI, pédiatre, CHU Montpellier
- Anouck LEMIRE, sage-femme libérale, Gignac

## L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL EN CONSULTATION DE GYNÉCOLOGIE Article 5

- Sébastien FLEURY, sage-femme tabacologue, CHU Toulouse

## PATHOLOGIES BENIGNES DU SEIN Article 6

- Dr Lorraine MAITROT MANTELET, gynécologue, Paris
- Dr Corinne BORDONNE, radiologue ; Paris

## INSULINO-RÉSISTANCE DÉCRYPTÉE Article 7

- Dr Christian JAMIN, médecin interniste, endocrinologue et gynécologue médical, Paris
- Dr Anna MALLAFRE, gynécologue, Barcelone

## ACCUEIL DES PERSONNES SOURDES EN MATERNITÉ Article 8

- Sophie SERREAU, Sage-femme, CH Pitié-Salpêtrière, Paris

## DOULEURS CHRONIQUES EN CONSULTATION PRECONCEPTIONNELLE

Article 9

- Dr Olivier BREDEAU, médecin de la douleur, CH Foch, Suresnes (92)

## PHOTOBIMODULATION ET SES NOUVELLES APPLICATIONS EN GYNÉCOLOGIE Article 10

- Dr Stéphane CRISTINELLI, gynécologue, Épinal
- Dr Henri CLAVE, gynécologue, Nice
- Dr Nabil LOUAFI, gynécologue, Meulan les Mureau

## Réponses aux question .

## LES CHIFFRES DU CONGRÈS

# 10

À notre époque, seuls 10 % des travailleurs n'exercent pas une activité reconnue comme sédentaire.

C'est ainsi 10 heures par jour en moyenne que nous sommes une immense majorité dans une situation de sédentarité (devant un écran, dans les transports ou en voiture, devant un bureau, ...).



## ARTICLE 1 - PERTURBATEURS ENDOCRINIENS EN GYNÉCOLOGIE

- Dr Julie SERFATI, endocrinologue, Paris
- Dr Christian JAMIN, Interniste et gynécologue médical, Paris
- Dr Gabriel ANDRÉ, gynécologue obstétricien, Strasbourg

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Orthez (64)

### Intro

Nous entendons quotidiennement les risques pour la santé attribués aux perturbateurs endocriniens. Quelle réalité scientifique se cache derrière ces actualités ? Quels messages de prévention pouvons-nous transmettre ? Que pouvons-nous certifier à nos patientes et patients quant à l'efficacité de ces mesures de précautions ?

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini en 2002 puis en 2012 ce que sont les perturbateurs endocriniens (PE). Il s'agit de substance ou d'un mélange de substances chimique d'origine naturelle ou synthétique, étrangère à l'organisme et susceptible d'interférer avec le fonctionnement du système endocrinien (producteurs ou récepteurs-cibles des hormones) au niveau cellulaire ou organique. Les PE dérèglent le fonctionnement hormonal des organismes vivants, et ont ainsi des effets néfastes sur l'environnement et sur la santé humaine.

L'Union européenne, en s'appuyant sur cette définition, a complété celle-ci en la traduisant sur un versant plus juridique. La substance ou le mélange substances doivent ainsi répondre à 3 caractéristiques pour être reconnu comme PE : l'identification d'un ou plusieurs effet(s) néfaste(s), le mode d'action doit être identifié ET le niveau des perturbations (qualitativement et quantitativement) doit être connu. Cette définition cumulative rend difficile la reconnaissance des substances identifiées comme potentiellement dangereuses comme des PE, d'où les difficultés de leur interdiction pour nombre de ces substances. En effet, il est reconnu que leur effet est non linéaire, avec des réponses non proportionnelles aux doses, et si une proportionnalité est identifiée, elle n'est pas monotone. Les effets sont par ailleurs soumis à des périodes de latence très larges (comme une exposition in utero qui peut avoir des retentissements à l'âge adulte). Un effet cocktail n'est pas non plus à exclure entre PE confirmés et PE suspectés dont tous les tenants et aboutissements ne sont pas encore connus.

### Où les trouve-t-on ?

Les PE sont dans notre environnement quotidien : polluant atmosphérique, alimentation, cosmétique, produits ménagers, de bricolage (vernis et peinture), de jardinage (herbicides fongicides insecticides...), bougies d'ambiance, ... Par exemple, l'OMS fixe la norme des particules fines

atmosphériques issues de la combustion des véhicules à moteur – principalement au diesel - (dites microparticules ou PM) à une concentration inférieure à  $10\mu\text{g}/\text{m}^3$  pour les PM10 (diamètre inférieur à  $10\mu\text{m}$ ) et à  $< 2.5\mu\text{g}/\text{m}^3$  pour les PM2.5 (diamètre inférieur à  $2.5\mu\text{m}$ ). Or, 90 % de la population mondiale seraient exposées à des valeurs bien supérieures ! Ainsi, les métropoles françaises dépassent régulièrement les  $50\mu\text{g}/\text{m}^3$ .

### Quels sont leurs impacts suspectés ou confirmés ?

Santé Publique France mène une enquête de surveillance sur les indicateurs sanitaires liés aux PE dans le cadre de la Stratégie nationale sur les perturbateurs endocriniens (SNPE). Ils sont ainsi notamment suspectés de perturbations thyroïdiennes ainsi que d'agir sur l'ensemble des cibles des œstrogènes. Pour ces derniers, ils peuvent mimer leurs effets, interférer avec les récepteurs aux œstrogènes ou en agir comme des antagonistes. Ils pourraient ainsi être source de nombre de modifications épigénétiques, particulièrement au cours de la grossesse. Des études interventionnelles de limitation des polluants en cours de grossesse en comparaison à la période post-natale des 1 000 premiers jours confirment leur impact prénatal majeur. Ils seraient responsables de troubles métaboliques, de troubles du comportement, de la baisse de la fertilité tant masculine que féminine, ... L'exemple historique du distilbène et son impact transgénérationnel tendent à appuyer cette forte modulation épigénétique transmissible d'une génération à l'autre à la suite d'une exposition.

### **À partir d'exemples issus de la gynécologie et de l'obstétrique, que savons-nous ?**

Il est clairement démontré une baisse de la substance blanche cérébrale au cours de l'exposition à des substances issues d'une combustion incomplète (pollution de l'air par PM issus de la circulation automobile, de l'industrie et du chauffage domestique) ; les études interventionnelles démontrant qu'une baisse même modérée des polluants de l'air domestique de la femme enceinte, réduit les impacts sur son enfant à naître comparativement à une absence d'intervention. Cette baisse de substance blanche est corrélée directement à des troubles neuropsychiques comme les troubles de l'attention, une baisse de QI, une augmentation des troubles anxieux et dépressifs infantiles. Ces conséquences sont expliquées par une baisse de la vitesse de traitement des informations par le cerveau avec un effet dose-réponse significatif par une altération étendue de structure d'organisation de métabolisme et de débit sanguin dans les zones du cerveau contrôlant les comportements.

Sur le plan obstétrical, le stress oxydatif et autres réactions inflammatoires ont démontré leur conséquence sur le risque de toxémie gravidique et ces conséquences fœtales.

Dans d'autres domaines, les études se contredisent. Prenons l'exemple de l'endométriose. Une trentaine d'études retrouveraient un lien. Mais la plupart des études suggèrent plus qu'elles n'affirment le lien possible, voire pour certaines rejettent le lien entre PE et endométriose. Certes, des polluants aériens ont été associés à une augmentation des inflammations chroniques, au stress oxydatif et à des déséquilibres hormonaux. Beaucoup d'études évoquent donc ce lien causal possible à travers la physiopathologie même de l'endométriose. Aucune n'apporte cependant une confirmation certaine

par leur grande variabilité : modèles animaux, épidémiologie observationnelle, étude biologique, études interventionnelles d'éviction, ...

Il en est de même pour des pathologies métaboliques comme le diabète et le diabète gestationnel. La suspicion tient du fait que les courbes d'exposition aux PE et de fréquence du diabète sont en augmentation constante en suivant une pente parallèle. Le recul de l'âge des grossesses ainsi que l'épidémie de surpoids et d'obésité ne peuvent expliquer à eux seuls l'augmentation fulgurante de l'incidence de diabète gestationnel. Là aussi, les publications, tout aussi variables dans leurs formes, se contredisent sur l'impact des PE. Le mécanisme de résistance à l'insuline sous-jacent peut également expliquer le risque de cancers associés à l'exposition aux PE.

Bien que le lien de causes à effets ne puisse être clairement établi dans les pathologies métaboliques et cardiovasculaires, les publications de format d'études interventionnelles mettant en place une protection des populations semblent confirmer ces impacts. Un exemple : le Japon a interdit totalement la vente de véhicules diesel. L'agglomération de Tokyo a vu ainsi le nombre de véhicules diesel se réduire drastiquement passant de 60 % du parc à < 2%. Dans le même temps, les mesures de qualité de l'air ont relevé une baisse significative des PM2.5 (-55 %). Cette baisse s'est immédiatement impactée sur la santé de la population par une réduction de 15 % de la mortalité notamment par une réduction de 10 % d'accidents vasculaires cérébraux dans l'agglomération.

### Quels messages et préventions possibles ?

Il peut être proposé à nos patientes et patients d'évaluer leur exposition à partir de questionnaire comme le questionnaire FERTILYON (proposé par l'un des centres de prise en charge de l'infertilité de l'agglomération lyonnaise). En une vingtaine de questions, il permet la prise de conscience d'une exposition systémique de tout à chacun d'entre nous.

Devant ces incertitudes mais compte tenu des fortes suspicions d'impact sanitaire des PE, et par principe de précaution, 5 messages clés peuvent être transmis :

- Aérer son domicile
- Laver les vêtements neufs avant de les porter
- Éviter d'utiliser, particulièrement pendant la grossesse, des produits ménagers et de bricolage ou de jardinage.
- Réduire le recours aux cosmétiques, parfum d'ambiance etc.
- Choisir son alimentation vers une production faiblement exposée aux PE autant que possible

## Messages clés

- Les perturbateurs endocriniens sont fortement suspectés dans nombre de pathologies cancéreuses et métaboliques à l'heure actuelle sans qu'une certitude scientifique ne puisse être établie.
- Une certitude scientifique, à partir d'études sur la pollution de l'air aux particules fines, est établie sur le lien entre pollution et impact sur le développement cérébral fœtal source des troubles neuropsychiques eux aussi en augmentation actuellement.
- Une évaluation de l'exposition est possible auprès des futurs parents, si possible dès le préconceptionnel.
- Des messages simples de précaution et de réduction de l'exposition peuvent être transmis



## ARTICLE 2 - ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES : LES PROMOUVOIR POUR LA SANTÉ DES FEMMES

- Chloé BARASINSKI, sage-femme et docteure en recherche clinique, CHU de Clermont-Ferrand
- Dr Béatrice GUYARD-BOILEAU, gynécologue obstétricienne au CHU Toulouse et responsable médicale d'une équipe de trampoline.
- Dr Hugue LE BORGNE, médecin du sport, Chambéry
- & Un représentant de l'Association Sportive Multisport (ASM) de Clermont-Ferrand

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Orthez (64)

### Intro

Après un retour sur les bienfaits démontrés de l'activité physique et/ou sportive tout au long de la vie, deux exemples de mise en pratique auprès des femmes enceintes ont pu être développés. L'ASM a pu exposer également les leviers et freins pour promouvoir la pratique sportive à chaque âge.

Dès 2016, le sport « sur ordonnance » a été recommandé par la Haute Autorité de Santé (HAS) et s'en est suivi des décrets d'application pour le déploiement de Maisons Sport et Santé et des activités physiques adaptées tant en préventif qu'en soins de support des pathologies cancéreuses ou en prévention tertiaire (lutte contre l'obésité, prise en charge globale des troubles métaboliques comme le diabète, ou des pathologies cardiovasculaire comme l'insuffisance cardiaque). Toutefois, ces séances prescrites ne font pas l'objet de remboursement par l'Assurance maladie et doivent s'inscrire dans un projet de soins global soumis à des financements publics ou privés (par les Agences Régionales de Santé, des organisations sanitaires, des établissements, à travers des programmes de recherche, ...). En 2019, la HAS puis le Collège National des Sages-Femmes de France (CNSF) en 2021, ont émis des recommandations concernant les apports des activités physiques et sportives de la grossesse au post-partum. Ces derniers mois, le CNSF a édité des fiches (accessibles sur le site du Collège [cnsf.asso.fr](http://cnsf.asso.fr)) pour informer et encourager les femmes enceintes à poursuivre ou à initier des activités sportives – ces fiches s'adressent aussi à l'adaptation nécessaire pour les sportives de haut niveau. Le ministère des Sports et de la Santé a également édité un guide des activités physiques et sportives pendant et après la grossesse.

En ce qui concerne la grossesse, les études démontrent une absence de complication (pas de prématurité notamment) mais au contraire de nombreux bénéfices sont décrits, spécifiquement en l'associant à des conseils diététiques adaptés à chaque femme : contrôle de la prise de poids maternel et baisse de la macrosomie fœtale, réduction des complications obstétricales métaboliques (diabète gestationnel) et cardiovasculaire (pathologies hypertensives), réduction des douleurs musculosquelettiques et pelviennes (sans toutefois les prévenir), baisse de l'incontinence urinaire



d'effort pendant la grossesse et dans le post-partum, baisse des extractions instrumentales et des césariennes pendant l'accouchement, ... Ces effets sont un gage de gain de santé au long cours. Le diabète gestationnel est ainsi corrélé à une augmentation de 10 fois le risque de développer un diabète de type II avec l'âge chez les femmes. Prévenir et mieux contrôler le diabète gestationnel peut donc contribuer à réduire l'incidence du diabète. Il en est de même pour toutes les pathologies liées à une résistance à l'insuline comme le syndrome des ovaires polykystiques (la prise en charge nutritionnelle et une activité physique adaptée peuvent suffire à régulariser les cycles et donc à conduire à une réduction de la difficulté à concevoir naturellement) ou les cancers (notamment le cancer du sein) à travers le rôle pro-mitotique de l'insuline. En dehors de la grossesse, l'impact positif sur la santé mentale est également démontré – y compris sur les troubles anxio-dépressifs du post-partum. L'amélioration de l'estime de soi et une meilleure (ré)intégration du schéma corporel en sont les clés de voûte. Les femmes pratiquant une activité physique ou sportive sont également moins confrontées à des douleurs menstruelles ou à des pathologies comme l'ostéoporose (sport à impact pour les jambes et sports en charge pour la masse osseuse vertébrale).

À chaque âge, l'objectif est de lutter contre la sédentarité (période d'éveil marquée par une faible dépense énergétique comme la station assise, couchée ou debout immobile). Pour compenser cela, la HAS comme l'OMS recommande des temps d'activités physiques et/ou sportives adaptés à l'âge et aux conditions physiques (en moyenne, 30 minutes d'activités modérées par jour 5 jours par semaine pour un adulte, 60 minutes par jour pour les enfants et adolescents). 42 % des hommes et 70 % des femmes n'atteignent pas ses seuils.

Les 3 types d'activités physiques (légères, modérées, fortes) correspondant à des degrés d'adaptation respiratoire :

- Bouger avec une aisance respiratoire, sans aucune dyspnée tout en permettant de discuter est une activité légère ;
- Balayer ou passer l'aspirateur et les autres activités de ménage, marcher rapidement ou monter les escaliers, danser lentement, et toute activité qui entraîne une légère adaptation du rythme et de l'amplitude respiratoire correspondent à des activités modérées ;
- La course, et tout déplacement à vive allure, et les pratiques sportives qui nécessitent une forte adaptation respiratoire sont des activités dites intenses.

L'adaptation des exercices lors des « APA » ou Activités Physiques Adaptées (« sur ordonnance ») correspondent à ces degrés.

L'inactivité physique conduit à une augmentation de la mortalité, des pathologies cardiovasculaires, de l'obésité, du diabète, des pathologies neurodégénératives comme Alzheimer, des douleurs chroniques comme les lombalgies et autres troubles musculosquelettiques. L'activité physique, outre son effet sur l'insulino-résistance, aurait aussi un impact positif sur l'immunité d'où une moindre prévalence des cancers et de leur récurrence.

La différence observée entre hommes et femmes qui sont en situation d'inactivité physique est retrouvée par les fédérations sportives qui voient le nombre de femmes inscrites se réduire au fur et à mesure de leur avancée en âge (enfants filles = enfants garçons puis baisse progressive des inscriptions en club dès l'adolescence) ou après une naissance. Répartition inégale de la charge des

obligations domestiques, isolement des femmes en famille monoparentales, manque d'attrait pour les sports en fédération proposant plus de pratiques compétitives que de pratiques loisir ou éducative sont autant d'éléments expliquant ce différentiel. Les difficultés socio-économiques sont aussi évoquées : une fois payées les adhésions des enfants et éventuellement celle de monsieur, madame ne peut régler une adhésion supplémentaire pour elle-même. Pour permettre un meilleur accès aux femmes à ces activités, les fédérations et associations sportives s'adaptent : adaptation des horaires (en même temps que les activités des enfants, sur le lieu de travail le matin, sur la pause méridienne ou en fin de journée, développement d'activités loisir plus que de la compétition, augmentation des encadrements par d'autres femmes ou formation des encadrants hommes aux spécificités des cycles menstruels pour mieux en tenir compte ainsi que des périodes de maternité tant en phase d'entraînement qu'en phase de compétition, ...). Cela amène à une augmentation progressive des licences féminines.

Au cours de la grossesse, les femmes – et surtout leur entourage – expriment des craintes vis-à-vis de la grossesse et/ou du fœtus, par méconnaissance des données scientifiques. L'encadrement des activités et leurs adaptations sous contrôle d'un médecin ou d'une sage-femme sont rassurants. Les interventions périnatales d'encouragement aux activités physiques doivent être multidimensionnelles : informer – proposer des bilans individuels pour toutes les femmes quel que soit leur niveau d'activité antérieur et proposer des séances pratiques. Ces séances, intégrées ou non à la préparation à la naissance ou aux séances post-natales remboursées, peuvent être proposées en format mixte (une en présentiel pour une à deux en distanciel). Le distanciel augmente la participation sans se réduire à de simple replay sans échanges personnalisés et adaptation individuelle. Débuter par des séances prises en charge ouvrent la voie à une adhésion à des séances payantes – notamment par les sages-femmes libérales qui peuvent proposer plus de séances que les 7 préparations remboursées par l'Assurance Maternité en demandant des honoraires hors nomenclature. Les maternités s'organisent aussi, souvent sous l'impulsion de sages-femmes motivées, pour proposer également des ateliers y compris pour les patientes hospitalisées en ambulatoire ou en hospitalisation complète (Éducation thérapeutique au diabète gestationnel par exemple). La promotion et l'information passent par divers canaux : flyers, vidéo type Tuto'Tour (les vidéos réalisées par les équipes du CHU de Toulouse avec des Playmobils<sup>®1</sup>), ... Plusieurs études sont en voie de lancement pour évaluer quelles organisations remportent le plus d'adhésions (le samedi matin semblant préférable à une matinée de semaine) tout en évaluant l'impact médico-économique pour espérer des élargissements des prises en charge par l'Assurance Maladie à terme. Cet élan commencé au cours de la grossesse peut s'élargir au-delà dans l'accompagnement du post-partum pour toutes.

### Messages clés

- Enfants, adolescentes, femmes jeunes et moins jeunes : à chaque âge, l'activité physique modérée amène des bénéfices pour la santé (tant en prévention primaire qu'en prévention tertiaire).
- Professionnels de santé, éducateurs sportifs, entraîneurs, fédérations sportives etc. : un travail en commun favorise l'adhésion des femmes qui sont en recherche d'une adaptation à leurs besoins (sport loisir > sport compétition, adaptation des horaires, favoriser l'aller vers, en permettant des activités au plus proche des activités professionnelles ou des lieux de soins, etc.

---

<sup>1</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=dA7G7ZWS5UM>



## ARTICLE 3 - LE SOMMEIL CHEZ LA FEMME : UNE CLÉ POUR SA SANTÉ

- Dr Gaëlle FLORENCE, pharmacienne, Paris
- Dr Gérald PEIFFER, pneumologue, Metz
- Dr Rachel DEBS, neurologue, CHU Toulouse

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Orthez (64)

### Intro

Après un rappel de la physiologie du sommeil tout au long de la vie, un focus est fait sur deux troubles fréquents : l'insomnie et le syndrome d'apnée du sommeil – tous deux particulièrement retrouvés chez les femmes en cours de grossesse ou après la ménopause.

Le sommeil est un pilier, avec l'alimentation et l'activité physique, du maintien et de la restauration de la santé. Il assure plusieurs fonctions comme la restauration et la conservation énergétique, il favorise l'élimination des déchets métaboliques, il régule l'inflammation, la mémoire et les apprentissages tout en jouant un rôle dans le processus immunitaire et la gestion émotionnelle. Les besoins de sommeil sont donc incompressibles avec de grandes variations interindividuelles et des évolutions quantitative et qualitative en fonction de l'âge. Pour évaluer sa qualité de court ou de long dormeur, il convient d'évaluer le rythme naturel que nous prenons après 15 jours de congés sans contrainte, certains étant plus ou moins du matin et d'autres du soir. L'âge avançant, il est de plus en plus difficile de s'adapter à un décalage de notre rythme physiologique.

Le sommeil est sous le contrôle d'une balance entre le rythme diurne imposé par notre horloge interne et la pression de sommeil : l'épiphyse libère de la mélatonine proportionnellement à la baisse de la luminosité en fin de journée tout en occasionnant une baisse progressive de la vigilance. L'image souvent donnée est une image de petits trains de sommeil successifs alternant privilégiant le sommeil profond en début de nuit et le sommeil paradoxal en fin de nuit entrecoupés entre chaque cycle de micro-réveils. Le stress et la rumination comme d'autres troubles de l'humeur ont tendance à inverser cette répartition. À noter qu'il est possible d'être en équilibre ou en dette de sommeil ; il est impossible de prendre du crédit de sommeil.

Dans l'enfance, les hommes comme les femmes ont un sommeil plutôt similaire – le nouveau-né et le nourrisson présentant une situation spécifique à part entière. À la puberté, les hormones sexuelles amènent vers des schémas distincts dans la qualité et la durée. Les femmes verront ainsi une variabilité tout au long de leur cycle menstruel et une plus grande sensibilité aux troubles du sommeil.

L'insomnie se décrit par soit une difficulté d'endormissement ou des réveils intempestifs et/ou un sommeil écourté qui réduisent sa durée à moins de 6 heures d'endormissement. Elle est la plainte la plus fréquente avec un sexe ratio de 2 femmes pour 1 homme. La grossesse, par ses modifications hormonales, physiques et mécaniques, amène à une prévalence des insomnies d'au moins 38 % (non compensées par une ou plusieurs siestes en journée). En post-ménopause : 40 à 60 % de femmes peuvent être concernées à un moment ou l'autre de leur vie, notamment par les troubles vasomoteurs.

L'insomnie chronique se définit par une insomnie au moins 3 nuits par semaine sur une période d'au moins 3 mois. Les facteurs hormonaux sont souvent retrouvés favorisant leur installation en péri ménopause. Après 55 ans, il existe une carence en mélatonine plus fréquente également.

Ce trouble du sommeil entraîne une susceptibilité de l'humeur, des troubles alimentaires, des troubles cognitifs (difficulté de mémorisation et de concentration), augmentation des pathologies métaboliques et cardiovasculaires et cancéreuses, ... Et des complications obstétricales comme de l'hypertension, du diabète gestationnel, un travail plus long et un risque augmenté d'extractions instrumentales et de césariennes.

La prise en charge est prioritairement donnée à la thérapie cognitivo-comportementale en corrigeant les mauvaises habitudes :

- Se lever à la même heure quel que soit l'état de fatigue, quel que soit le jour de la semaine ou du week-end ;
- Lit = sommeil (ou activité sexuelle) mais exclure toute autre activité (lecture, regarder la télé, ne rien faire – en cas de difficulté d'endormissement mieux vaut se lever, ...) ;
- Pas d'excitant après 14 heures, respect d'un rythme alimentaire (manger plus lourd le matin et plus léger le soir), éliminer les faux amis (alcool, cannabis, certains médicaments) qui favorisent les amnésies et les addictions... Pas le sommeil ;
- Respect de l'hygiène lumineuse pour (re)synchroniser les rythmes circadiens et baisse de la température en fin de journée ;
- Activités calmes et plaisantes le soir, favoriser les interactions sociales ;
- Au moins une heure sans écran proche – la lumière bleue des écrans inhibant la production de mélatonine (TV ok si distance suffisante respectée) ;
- Sieste avant 15 heures ;
- Activités physiques et sportives régulières (si pratiquées le soir, au moins 2 heures avant le coucher pour laisser la température corporelle redescendre).

Les apnées du sommeil sont une obstruction plus ou moins importante de la trachée occasionnant des ronflements jusqu'à des pauses respiratoires pouvant s'étendre jusqu'à 30 ou 40 secondes. Les taux d'oxygénation baisse à la source d'un état de fatigue chronique se traduisant en journée par des maux de tête frontale au lever, une tendance à la somnolence, des troubles de la mémoire et de l'attention, ... L'état de grossesse favorise ces apnées. Le traitement reste l'appareillage pour apporter

une pression positive d'air et en seconde intention seulement les orthèses, en cas de mauvaise tolérance de l'appareillage ou d'une inutilisation, mais qui n'ont jamais démontré une quelconque efficacité ! Chez la femme enceinte, pour réduire les conséquences obstétricales, qui sont identiques à celles de l'insomnie, la pression positive devrait être utilisée au moins 6 heures – particulièrement en fin de nuit pour accompagner le sommeil paradoxal. Or seulement 30 % des femmes enceintes appareillées dépassent les 4 heures d'utilisation et préférentiellement en début de nuit ; cela n'a que donc que peu ou pas d'impact dans la réduction des risques obstétricaux associés.

### Messages clés

- En conclusion, le sommeil est une composante essentielle de notre santé.
- Dépister ses troubles, notamment en cours de grossesse, devrait être plus systématique.
- Apporter des réponses cognitivo-comportementales et une attention particulière à la santé mentale sous-jacente en cas d'insomnie.
- Proposer une orientation vers un pneumologue ou un spécialiste du sommeil, y compris pendant la grossesse, en cas de suspicion d'apnée du sommeil.



## ARTICLE 4 - PRÉVENTION DES INFECTIONS CHEZ LE NOUVEAU-NÉ ET LE NOURRISSON AU COURS DE LA PREMIÈRE ANNÉE DE VIE.

- Pr Paul GUERBY, gynécologue Obstétricien, CHU Toulouse
- Dr Eric JEZIORSKI, pédiatre, CHU Montpellier
- Anouck LEMIRE, sage-femme libérale, Gignac

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Orthez (64)

### Intro

Le virus respiratoire syncytial ou Orthopneumovirus hominis (VRS) est la cause la plus fréquente d'infection respiratoire au cours de la première année de vie, avec la grippe, d'origine virale également, et la coqueluche, d'origine bactérienne. Outre la morbidité occasionnant un recours fréquent aux urgences pédiatriques, ces infections sont sources de décès. Pour la grippe, se surajoutent les complications maternelles et obstétricales possibles en cours de grossesse (jusqu'à 9 fois plus de risque de complications et de décès). Protéger les femmes enceintes et leurs enfants à naître ou nés au cours de leur première année de vie est donc un enjeu de santé publique majeure.

### Vaccinations maternelles

L'immunisation maternelle consiste à vacciner la femme enceinte pour conduire à un triple bénéfice : la protéger elle et le fœtus puisque l'état de grossesse majore les risques de complications, ainsi que le nouveau-né vis-à-vis d'un agent infectieux. La protection fœtale et néonatale est assurée par un transfert transplacentaire actif unidirectionnel des immunoglobulines G (Ig G) qui s'installe autour de 27SA et ce de manière croissante jusqu'à l'accouchement. Ce transfert est influencé par le nombre et le type d'Ig G présents dans le sérum sanguin maternel, la qualité immunitaire maternelle et l'existence de certaines pathologies préexistantes à la grossesse ou des pathologies obstétricales ayant notamment un effet sur la qualité placentaire. Ce transfert amène une concentration d'Ig G identique puis supérieur à sa mère chez le fœtus qu'il conservera plusieurs semaines après la naissance. Ce délai de persistance permet de déployer la politique vaccinale infantile afin que l'enfant développe sa propre protection immunitaire ; la demi-vie de ces anticorps est d'environ 40 jours.

Pour rappel, l'immunité transmise par l'allaitement correspond à un transfert unidirectionnel d'Ig A du sérum sanguin vers le lait maternel. Les Ig A sont des anticorps de contact qui protègent les muqueuses des voies aériennes supérieures et gastro-intestinales de l'enfant sans passage dans son sang. L'immunité acquise alors n'est que de quelques jours.

Les vaccins présentent une efficacité identique quant à leur pouvoir immunogène chez la femme enceinte, celle-ci ne présentant pas de complications autres que les effets secondaires habituellement décrits pour la population générale : fébricule à 38 – 38°5 et rougeur du point d'injection pour les deux plus fréquentes. Il n'y a notamment pas plus de prématurité ou autre alerte, avec, au contraire, une baisse des complications obstétricales chez les femmes vaccinées. La fréquence des effets secondaires graves est identique à la population générale et est établie autour de 0.4 % - dont l'allergie reste le risque principal.

Il est ainsi proposé aux femmes enceintes de se vacciner contre la grippe en période épidémique (d'octobre à janvier en métropole), la COVID-19, le VRS (en laissant le choix d'une immunisation néonatale secondaire) et d'effectuer un rappel contre la coqueluche (vaccin combiné diphtérie tétanos poliomyélite). La vaccination anti grippe et COVID 19 peut être proposée dès la fin du premier trimestre et tout au long de la grossesse, jusqu'à 36SA puisqu'un minimum de 2 à 3 semaines est cependant nécessaire pour que le passage transplacentaire soit effectif et efficace. Le rappel coqueluche interviendra au cours du 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> trimestre (20 – 36SA) pour assurer un boost des Ig G maternelles afin de favoriser leur transfert transplacentaire.

Depuis 2024, un vaccin, à réaliser entre 32 et 36SA, est disponible également contre le VRS. Ce virus est responsable chaque année de 70 % des cas de bronchiolite. Cette maladie infantile fréquente occasionne 100 000 passages aux urgences par an dont la moitié sera suivie d'une hospitalisation. Lors du pic épidémique, les recours aux urgences et les hospitalisations concernent principalement des enfants de moins de 3 mois, sans facteurs de risque spécifiques, qui nécessitent une ventilation positive de quelques jours à quelques semaines parfois. L'objectif est donc de supprimer ce pic d'infections chez des enfants jeunes à fort risque de besoin d'une hospitalisation pour être ventilé. Il ne peut pas être injecté en même temps que le rappel coqueluche car les études ont montré une réduction du boost d'Ig G anti coquelucheux en cas de concomitance des vaccinations. Ces deux vaccinations seront donc décalées de 2 à 3 semaines. Le calendrier vaccinal a été mis à jour en retard ne permettant pas aux sages-femmes, pharmaciens, IDE de prescrire et/ou injecter ce vaccin anti-VRS avant le 1<sup>er</sup> octobre – soit une quinzaine de jours de décalage par rapport au lancement de la campagne. La campagne de vaccination se déroule de septembre à janvier mais il est probable que la campagne sera avancée à juillet ou août dans les prochaines années puisque les infections à VRS débutent en réalité dès septembre ! Les données ne permettent pas encore de savoir si un rappel sera nécessaire pour chaque grossesse.

Le VRS bénéficie d'une seconde stratégie de protection des enfants par la proposition d'une injection aux nouveau-nés et aux nourrissons d'anticorps monoclonaux depuis 2023. Cette injection protégera là aussi les enfants après une durée de latence d'environ 10 jours. La Haute Autorité de Santé a choisi de proposer les deux stratégies et de laisser libre choix aux femmes et aux parents de choisir l'une ou l'autre puisque les deux ont une efficacité similaire (80 à 91 % d'efficacité). Cette seconde stratégie est préférée si la mère est immunodéprimée ou si l'injection a eu lieu moins de 2 semaines avant l'accouchement. Toutefois, après information, les femmes semblent préférer leur vaccination pour éviter une injection à leur nouveau-né quelques jours à peine après sa naissance.

La troisième stratégie de protection vaccinale directe des enfants n'est toujours disponible à ce jour. Historiquement, le VRS a été découvert dans les années cinquante. Un vaccin avait été proposé dès les années soixante mais son inefficacité a laissé un vide thérapeutique au cours de ces 40 dernières années. En effet, les deux souches A et B du VRS présentent un mode d'entrée dans les

cellules qui est compliqué car pluri-protéinique. Cette cascade de protéines est instable une fois le virus fixé aux cellules. Il a donc fallu développer un vaccin qui permette le déploiement d'anticorps pré fusionnels.

Les conseils de prévention courants restent de mise : port du masque en cas de rhinite ou de toute pathologie infectieuse respiratoire, éviter de visiter les jeunes enfants en cas de symptômes, lavage des mains fréquents, ...

En conclusion de ces interventions, il est rappelé que l'information conduit à une adhésion de 95 % des femmes enceintes à la vaccination. Le non-recours à la vaccination est majoritairement lié à sa non-proposition par les professionnels de santé ! En effet, c'est le cas pour plus de 40 % des femmes n'ayant pas été vaccinées bien avant les craintes pour le fœtus ou pour elle-même.

### Messages clés

- Informer sur les vaccinations dès la consultation préconceptionnelle et à chaque étape de la grossesse (consultation de suivi, bilan et entretien prénataux, préparation à la naissance, ...)
- Proposer de vacciner dès la consultation de prescription ou ajouter une mention sur l'ordonnance « vaccination réalisable en officine » pour encourager les pharmaciens formés à vacciner aussi la femme enceinte.
- Laisser le choix aux parents de la stratégie de protection de leur enfant contre le VRS.
- Les vaccins Grippe et COVID protègent autant la femme enceinte que le fœtus et le nouveau-né ; Les vaccins coqueluche et VRS protègent le nouveau-né et le nourrisson.





## ARTICLE 5 - L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL EN CONSULTATION DE GYNÉCOLOGIE

- Sébastien FLEURY, sage-femme tabacologue, CHU Toulouse

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Orthez (64)

### Intro

La consultation de gynécologie et l'exercice de la profession de sages-femmes offrent de multiples occasions d'utiliser cet outil qu'est l'entretien motivationnel : aide au sevrage tabac et autres addictions, vaccination, choix d'une contraception, bilan de prévention pour les hommes et les femmes aux âges clés de la vie, ... En connaître les rudiments est donc indispensable.

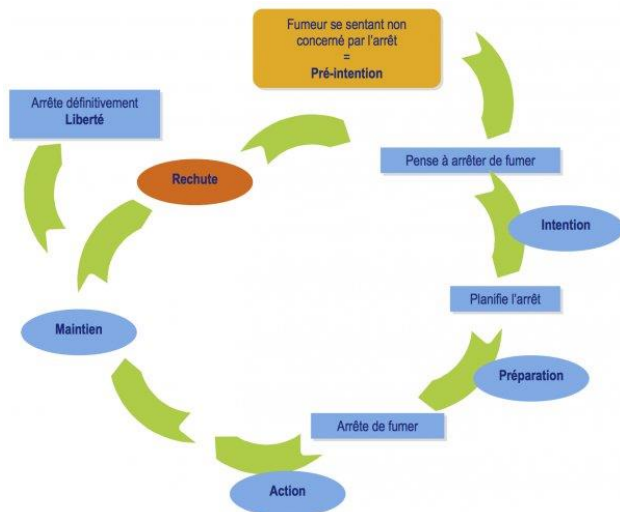
La Haute Autorité de Santé (HAS) précise que : « *Aider le patient à changer ses comportements pour favoriser l'amélioration de sa santé ou pour réduire le risque d'apparition de pathologies est nécessaire. Des méthodes destinées à donner un cadre structurant à cet accompagnement éducatif pour augmenter la motivation du patient ont été proposées. Il s'agit d'une part, de l'intervention motivationnelle brève (5 à 20 minutes), et d'autre part, de l'entretien motivationnel (20 à 30 minutes)* ».

L'entretien motivationnel est une méthode de communication verbale et non verbale centrée sur la personne. Il vise à comprendre les sentiments ambivalents de son interlocuteur face à une décision et à des évolutions de son mode de vie. Il accompagne ainsi les évolutions nécessaires pour obtenir un changement positif pour sa santé, pour lutter contre sa maladie ou ses addictions, ou encore changer ses habitudes. Il renforce par sa construction un sentiment de liberté et d'efficacité de la personne. C'est un des outils issus des thérapies cognitivo-comportementales.

La psychologie décrit un cycle du changement repris par la HAS dans un exemple comme l'arrêt du tabac<sup>2</sup> :

---

<sup>2</sup> [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3501842/fr/entretien-motivationnel](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3501842/fr/entretien-motivationnel)



Chaque changement rencontre des freins et des leviers qu'il convient de faire émerger à son interlocuteur. Les informations et les injonctions tout comme les argumentations aussi objectives soient-elles transmises de façon descendante par le professionnel de santé se confronteront inévitablement à des résistances. Il convient donc d'amener la ou le patient-e à énoncer par elle/lui-même les bénéfices qu'elle/il perçoit de ce changement (bénéfice(s) principal (aux) et bénéfices secondaires) et à reconnaître les effets délétères de son comportement. Le changement paraît ainsi important pour la personne. L'échange doit permettre de faire ressortir ses propres capacités et de lui permettre de ressentir qu'elle/il est au bon moment pour que ce changement s'installe durablement.

L'entretien motivationnel est ainsi un style de communication collaboratif, orienté vers un but, et qui accorde un intérêt particulier au langage du changement. Il permet une émergence des motivations et favorise l'engagement dans une démarche altruiste et non jugeant par le professionnel de santé. Sa mise en place repose sur des questions ouvertes. Chaque réponse est une opportunité de reflet et de résumés ou des reformulations pour s'assurer de la bonne compréhension des mots de la personne tout en lui permettant de réentendre ce qu'elle transmet pour favoriser sa propre prise de conscience. Il est ponctué par des valorisations et des remerciements du professionnel de santé à la personne.

Par exemple :

*« Patiente : je n'ai pas envie de prendre une contraception. »*

*Professionnel : Si je comprends bien, ce ne serait donc pas un problème pour vous de démarrer une grossesse ?*

*Patiente : en fait si, ... »*

Ces temps de réflexions et de prise de conscience des ambivalences sont primordiaux. Les silences sont donc à respecter. Toutefois, il est possible d'encourager la personne à poursuivre « mais encore ? Et quoi d'autre selon vous ? Et si vous me disiez ce que vous ressentez ? ». Cela permet progressivement de poursuivre la conversation engagée en maintenant l'ouverture de la personne :

« Que pensez-vous de votre contraception actuelle ? [...] Quels bénéfices trouveriez-vous à bénéficier d'une méthode efficace et qui vous convient ? [...] quels seraient les freins à son utilisation dans votre vie actuelle ? [...] ».

La phase informationnelle par le professionnel de santé est proposée et laissée à la liberté de la personne (« Souhaitez-vous plus d'informations ? ») pour obtenir un engagement plus grand de sa part dans son écoute mais aussi ensuite dans sa mise en pratique (ou engagement). « Je vous remercie de m'avoir écouté, que pensez-vous de ces informations ? ». Les fermetures dans la liberté de choix comme dans les questions sont proscrites (« Mes informations vous ont-elles permis de changer d'avis ? »).

Ces étapes préparatoires ouvrent le stade suivant, où la personne va intégrer de plus en plus ses capacités de réussir et initier par elle-même le changement. La HAS reconnaît que « *la rechute, est un stade potentiel qui fait partie du processus normal de changement. Elle est fréquemment une occasion d'apprentissage afin de mieux cerner les situations à risque et les facteurs qui peuvent maintenir le succès du processus engagé* ».

Chaque consultation de suivi permettra de renforcer le maintien du comportement et d'analyser les rechutes tout en restant dans le non-jugement mais dans une position équilibrée et d'égal à égal entre la personne et le professionnel de santé.

### Messages clés

- L'entretien motivationnel est applicable dans de nombreux domaines en santé à toutes les étapes d'un parcours de soins primaires ou avancés.
- Les questions ouvertes sont prioritaires dans une posture symétrique du professionnel de santé avec la personne rencontrée.
- Les valorisations qui ponctuent la démarche doivent être elles aussi en position basse pour le professionnel de santé : il est ainsi recommandé de renoncer à toute formulation comme « c'est super ! / Je suis fier de vous / Bravo » pouvant rompre l'alliance thérapeutique en cas d'échec secondaire de la personne. Privilégier les formules replaçant la personne au centre comme « vous avez réussi cela / qu'est-ce que cela vous a apporté ? / Vous avez beaucoup travaillé pour réussir cette étape / vous vous êtes déjà bien renseigné-e ».
- L'entretien motivationnel se construit d'un rendez-vous après l'autre



## ARTICLE 6 - PATHOLOGIES BÉNIGNES DU SEIN

- Dr Lorraine MAITROT MANTELET, gynécologue, Paris
- Dr Corinne BORDONNE, radiologue, Paris

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Orthez (64)

### Intro

Que ce soit au démarrage du dépistage par l'examen clinique, au cours du dépistage organisé ou personnalisé par imagerie ou à la demande de la patiente, nombre d'éléments mammaires sont le plus souvent bénins. Un rappel est fait sur ces pathologies fréquentes non cancéreuses avec un binôme gynécologue – radiologue a été fait.

### *Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)*

Il est tout d'abord rappelé les grandes lignes du dépistage du cancer du sein. En France, les recommandations sont de proposer, en population générale, un examen clinique annuel à partir de 25 ans et une imagerie par mammographie de 50 à 74 ans dans le cadre du dépistage organisé. Les données internationales, notamment par les équipes américaines, tendent à élargir cette offre en population générale en proposant une imagerie par mammographie dès 40 ans puis de le renouveler tous les 2 ans à partir de 45 ans. Avant 40 ans, l'imagerie de référence quand elle est nécessaire est l'échographie, qui peut venir compléter la mammographie si nécessaire après 40 ans. Il est rappelé aussi que l'IRM n'est pas recommandée en première ou seconde intention à ce jour et ne remplace pas une biopsie en cas de doute sur une autre imagerie. L'IRM est en effet plutôt réservée en 3<sup>e</sup> intention en bilan d'extension. Ces éléments sont à adapter au niveau individuel si des risques génétiques sont reconnus ou selon les cas familiaux. Cette adaptation doit faire l'objet d'une concertation pluriprofessionnelle en centre spécialisée autant que possible.

Des évolutions technologiques sont en cours de déploiement en ce qui concerne l'imagerie. La mammographie simple est de plus en plus substituée par une tomographie qui permet une reconstruction 3D du sein. Elle permet ainsi des agrandissements spécifiquement au niveau canalaire pour une analyse plus précise des petits éléments pouvant paraître suspect. L'échographie propose de plus en plus d'être complétée au cours du même examen par une évaluation de l'élasticité tissulaire au-delà de l'analyse doppler courante. À cela, il faut aussi intégrer les études en cours sur l'apport de l'intelligence artificielle dans l'analyse des images. Elle reste encore marginale et non concluante pour le moment.

La classification Bi RADS (ACR) de l'imagerie est réalisée uniquement chez l'adulte - pas de classification chez les adolescentes. En cas de doute, la biopsie est indispensable pour permettre une analyse histologique par le service d'anatomopathologie. La cytoponction cible plutôt les éléments évoquant des kystes (souvent d'aspect liquidien). La microbiopsie recourt à une sorte de pistolet automatique présentant un calibre moyen qui réalise un carottage de tissu sous échoguidage au sein d'une masse clairement différenciée à la palpation et/ou à l'échographie. La macrobiopsie, de diamètre plus important est réalisée à l'aiguille dans un tissu non différencié, ne

permettant pas de délimiter une masse. La ponction peut être l'occasion de poser également des clips afin de délimiter la zone qui sera ensuite la cible de la chirurgie lorsqu'elle semble se profiler.

Le préambule a permis également de faire un rappel embryologique sur l'origine des glandes mammaires qui se mettent en place entre 6 et 24 semaines de grossesse. Une chaîne de crêtes mammaires se développe de part et d'autre du tronc. Un bourgeon va ensuite se différencier en ectoblaste pour donner la glande mammaire et en mésenchyme à l'origine du stroma et des vaisseaux. Les autres bourgeons de la crête involuent. La différenciation sera ensuite modulée à la puberté sous influence des hormones féminines.

La plupart des anomalies bénignes proviennent d'une anomalie du développement. Elles sont regroupées par la classification ANDI ou Aberrations dans le Développement normal et l'Involution du sein. La plus fréquente est l'adénofibrome ou fibroadénome qui survient généralement entre 15 et 25 ans. C'est une masse solide de forme ovale parallèle au plan cutané. Elle est mobile et sensible, sans écoulement. Le nodule est régulier et allongé se prolongeant vers l'arrière. Sa croissance est plus ou moins rapide correspondant à une exagération du développement normal. Le fibroadénome géant dépasse les 5 cm. Il peut y avoir également une multiplicité formant une poly adénomatoze (> 5 fibroadénomes). Le suivi est annuel. Si un traitement est nécessaire, il intègre la chirurgie (avec risque de récurrence), et/ou un traitement anti gonadotrope (comme la contraception orale).

La tumeur phyllode est la seconde pathologie bénigne fréquemment rencontrée. Elle se diagnostique devant un kyste d'évolution rapide qui conduit à une ponction et nécessitera une tumorectomie. En imagerie, elle correspond à une masse lobulée à grand axe vertical. Dans de rares cas, la tumeur peut revêtir des caractéristiques malignes. L'association entre tumeur phyllode et fibroadénome n'est pas certaine. Sa croissance rapide et sa récurrence même avec une exérèse large peut cependant nécessiter une mastectomie.

L'hypertrophie mammaire ou gigantomastie est une hypersensibilité hormonale du tissu mammaire. Elle survient donc à la puberté ou en cours de grossesse. Une chirurgie de réduction peut être proposée selon la gêne et les conséquences douloureuses vertébrales qu'elle occasionne au-delà de l'aspect strictement esthétique. Aucun examen d'imagerie n'est nécessaire.

La mastodynie simple ne nécessite pas d'imagerie sans anomalie clinique si elle est bilatérale. Elle est ressentie généralement dans le quadrant externe de manière cyclique en prémenstruelle et se répète chaque mois. Elle est prise en charge par des anti-inflammatoires locaux et autres antalgiques par voie générale. Un surrisque de cancer est décrit. Une mise sous progestérone 10 jours par mois ou un traitement hormonal antigonadotrope (pilule contraceptive à climat progestatif) et/ou de la progestérone gel local peuvent être discutés. Elle ne doit pas être confondue avec douleurs intercostales musculosquelettiques à irradiation mammaire qui sont plus fréquentes.

Enfin l'abcès mammaire, puerpéral ou non (associé alors à un diabète, au tabagisme, chez la patiente immunodéprimée après une effraction comme un piercing par exemple) se traduit par une algie localisée avec une réaction inflammatoire importante et de la fièvre. L'inflammation se poursuit avec une ulcération purulente. La chronologie est importante car certaines formes de cancer invasif

peuvent débiter de la même façon. L'imagerie échographique retrouve une image typique de collections liquidiennes mixtes +/- hypervascularisée en périphérie. En cas de récurrence, une bactériologie doit être répétée avec une recherche de mycoplasmes ou germes anaérobies, ainsi que des sérologies IST et une glycémie à jeun (recherche d'une cause extérieure comme un diabète ou une immunosuppression). Le traitement de 1<sup>re</sup> ligne est un antibiotique large spectre comme le métronidazole ou l'association amoxicilline/acide clavulanique +/- réadapter avec la biologie.

En cas de récurrence à l'arrêt de l'antibiothérapie, il peut s'agir d'une mastite granulomateuse sans prolifération tumorale ou mastite inflammatoire chronique avec une histologie de granulome non nécrotique. Dans tous les cas, l'abcès ou la mastite granulomateuse peuvent nécessiter une mise à plat chirurgicale.

### Messages clés

- Lésions bénignes fréquentes
- Sémiologie clinique en parallèle de l'imagerie soutenue par de l'histologie (de manière anecdotique chez l'adolescente).
- Suivi individualisé et traitement adapté parfois pluriprofessionnel (gynécologue, radiologue, biologiste, interniste pour les épisodes infectieux, ...).



## ARTICLE 7 - INSULINO-RÉSISTANCE DÉCRYPTÉE

- Dr Christian JAMIN, médecin interniste, endocrinologue et gynécologue médical, Paris
- Dr Anna MALLAFRE, gynécologue, Barcelone

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Orthez (64)

### Intro

L'insulino-résistance est décrite en 1936 après la découverte de l'insuline en 1921. Les médecins et chercheurs se sont rendus compte que pour une même charge de sucre, le taux d'insuline variait d'une personne à l'autre pour rééquilibrer la glycémie sanguine. Quels enjeux en pratique clinique de ces différences ?

### *Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)*

La résistance à l'insuline est une incapacité d'une quantité d'insuline connue endogène ou exogène d'augmenter la capacité de captation du glucose et son utilisation chez un individu contrairement à la moyenne des sujets normaux. Plusieurs mécanismes peuvent expliquer cette résistance à l'insuline : anomalie génétique, malnutrition fœtale, sédentarité, ... La physiopathologie de cette incapacité d'action attendue de l'insuline entraîne une augmentation des taux d'insuline endogènes pour compenser cette incapacité. Or, l'insuline n'a pas qu'un rôle de gestion du sucre, il a également un rôle de promotion de la mitose. Un taux d'insuline augmenté, a donc une influence pro-oncogène (cancer de l'endomètre, du pancréas, du sein, du colon ou du foie). Elle modifie aussi la répartition des masses graisseuses en favorisant l'adiposité viscérale (à différencier de l'adiposité sous-cutanée) qui sécrète plus d'adipocytokine. En effet, cette graisse qui entoure les organes et viscères abdominaux a une lipotoxicité qui intoxique d'autres tissus comme les muscles. Elle installe ainsi un terrain inflammatoire chronique qui augmente le risque cardiovasculaire (diabète type II, hypertension, artériosclérose, SOPK, ...) et le risque thrombotique.

Le diagnostic clinique est simple et rapide en consultation : la mesure du périmètre ombilical - quels que soient le poids et l'indice de masse corporel. **Le tour de taille > 94 cm chez les hommes européens et un tour de taille > 80 cm chez les femmes européennes seraient de bon seuil diagnostique** (des seuils plus élevés ont été définis pour les populations nord-américaines). En pratique clinique, nous pourrions évaluer également les activités physiques et l'alimentation. Nous mettrons en balance la sédentarité avec les taux de pression artérielle (systolique > 130 mmHg / diastolique > 85 mmHg), les mesures sanguines du cholestérol total (> ou = 2.2g/l), le HDL (pathologique si <0.4 ou 0.5g/l) et LDL, la glycémie à jeun (vigilance si > ou = 1g/l, un taux > à 1.10g/l à jeun est une hyperglycémie et le seuil diagnostique du diabète est fixé à 1.26g/l), les triglycérides (pathologique si > ou = 1.5g/l). Le Homa Test ou Homeostasis Model Assessment est calculé par le biologiste à partir d'un dosage sanguin à jeun de la glycémie, de l'insuline et du peptide C. Un seuil > 2.4 est un critère diagnostique de cette insulino-résistance et doit amener à revoir a minima les conseils hygiéno-diététiques (alimentation, activités physiques d'au moins 30 minutes par jour ciblant l'activité musculaire des membres inférieurs et des fessiers, ...). Il est à prescrire dans ces situations :

surcharge pondérale, tension élevée, glycémie supérieure à la normale, troubles lipidiques, syndrome des ovaires polykystiques, investigation de l'infertilité chez la femme.

En traitement médicamenteux, la metformine est un antidiabétique oral qui peut être proposé par les médecins en cas de diabète confirmé ou en accompagnement d'un SOPK par exemple. En complément alimentaire, il est désormais prouvé que 2 inositols ont une action bénéfique de correction de l'insulinorésistance. Les inositols sont des stéréo-isomères naturellement présents dans les fruits, les pois chiches, les haricots, etc. Ces sucres particuliers ont un rôle de second messager de l'insuline ainsi que d'autres hormones comme la FSH dans les cellules, notamment graisseuses et musculaires ou dans le tissu ovarien. Naturellement, l'insuline active des épimérasas qui produisent du myo-inositol et du D-chiro-inositol dont la proportion varie d'un tissu à l'autre pour favoriser le stockage du glycogène ou au contraire sa libération. L'ovaire présente physiologiquement un rapport myo-inositol > D-chiro-inositol inversement proportionnel au rapport des cellules musculaires. Le myo-inositol amène à une activité de la thèque vers une activité plus grande de la granulosa et favorise ainsi les ovulations. L'absence d'inversion du rapport ovarien en cas de résistance à l'insuline entraîne une thèque plus active que la granulosa ; la production hormonale notamment de testostérone est ainsi favorisée ce qui explique les signes d'hyperandrogénie fréquemment rencontrée chez les femmes SOPK. Le d-chiro-inositol favorise la néoglucogénèse et lutte contre l'hyperinsulinisme au sein des cellules musculaires.

Les complémentaires alimentaires à base de myo-inositol seul favorisent les ovulations de manière démontrée sans effet positif en cas de FIV. Toutefois, l'association avec le D-chiro-inositol semble plus favorable encore dans les parcours de PMA. La Société Européenne de Reproduction Humaine et d'Embryologie (ESHRE) recommande désormais en première intention ces apports en inositols en cas d'hypofertilité féminine, puis en seconde intention seulement, la metformine. Pour réduire le stress oxydatif, il est possible de conseiller des extraits de grenade et autres sources de polyphénols (raisins et autres fruits rouges). Ces compléments à visée de soutien de la reproduction sont proposés généralement avec de l'acide folique.

### Messages clés

- Il est conseillé de mesurer le périmètre ombilical lors de toute consultation quel que soit l'IMC devant l'explosion de la sédentarité dans nos sociétés.
- Devant un risque de résistance à l'insuline, un bilan biologique glycémio-lipidique peut être proposé, pouvant être complété par un Homa-Test dans certaines indications.
- La première ligne d'accompagnement est une révision des règles hygiéno-diététiques dont le premier palier est la marche active 30 minutes par jour.
- L'apport de myo-inositol ou de complexes myo-inositol et D-chiro-inositol est une supplémentation reconnue de soutien à la fertilité.





## ARTICLE 8 - ACCUEIL DES PERSONNES SOURDES EN MATERNITÉ

- Sophie SERREAU, Sage-femme, CH Pitié Salpêtrière - Paris

Article rédigé par Nicolas DUTRIUX, sage-femme, Orthez (64)

### Intro

Le congrès Infogyn est l'occasion de réunir d'autres congrès sur un même lieu et un même temps. Cette année, le congrès marseillais A Deux Mains a donc posé ses valises à Pau pour permettre des échanges et un accès facilité aux professionnels dans un lieu unique. Une des thématiques portait sur l'accès aux soins des personnes en situation de handicap. Avec le déploiement de l'Handigynéco au niveau national, les sages-femmes sont de plus en plus sollicitées également pour accompagner l'Handiparentalité.

Focus sur un handicap sensoriel : la surdité partielle ou complète.

### *Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)*

*Jean DAGRON : « Il y a autant de façons de vivre sa surdité qu'il y a de sourds » (premier médecin hospitalier à avoir ouvert une unité de soins en langue des signes en France).*

L'épidémie de SIDA au milieu des années quatre-vingt-dix a en effet été révélatrice des insuffisances d'adaptation des campagnes d'informations envers certains publics dont les personnes présentant une surdité partielle ou totale. Le défaut d'accès à l'information et aux campagnes de promotion du préservatif a conduit une surexposition de cette population au VIH.

Cet historique malheureux a permis de rappeler à tous les professionnels de santé que dans toute prise en charge et dans tous soins, chaque patient-e doit pouvoir s'exprimer dans la langue où il est le plus à l'aise. Pour les personnes sourdes, la langue des signes (LSF ou langue des Signes Française) est une langue à part entière. C'est ainsi qu'a vu le jour la première unité d'accueil en LSF en 1999 à la Pitié-Salpêtrière à Paris. Son ouverture a permis un élargissement de l'accueil au sein de tout l'établissement notamment en maternité une auxiliaire de puériculture du service est malentendante et communique en LSF ; une partie des professionnelles a pu se former à cette langue « étrangère » dont la sage-femme qui a réalisé cette intervention. Depuis, en France, ce sont 24 unités d'accueil pour les soins généraux en LSF qui ont ouvert et petit à petit il y a également un déploiement de soins psychiatriques dédiés.

La société civile s'est également ouverte à faciliter cet accès linguistique en proposant des publications adaptées, en développant des retranscriptions en LSF de certaines diffusions télévisées,

ou encore avec l'ouverture d'un numéro d'appel d'urgence (114 en visio ou par sms) ou le 3989 (Tabac Info Service) qui propose un accès via la plateforme Acceo. Les campagnes d'information et de promotion de la santé sont de plus accessibles également en LSF par l'intermédiaire de vidéo.

Il faut toutefois savoir que la surdité a des origines diverses (congénitale d'origine génétique ou infectieuse, ou acquises, par traumatismes ou d'autres causes). Certaines personnes sont appareillées mais toutes ne le souhaitent pas voir ont renoncé à leur appareillage (implant cochléaire ou appareil auditif externe). De même, être en situation de surdité ou être malentendant ne signifie pas connaître la LSF. Les personnes étrangères peuvent également communiquer dans d'autres langues signées qui sont aussi diversifiées que nos langues verbales.

C'est pourquoi avoir accès à un interprète lors des consultations programmées ou proposer des soins avec des professionnels sachant signer n'est pas le seul moyen de permettre un accès aux soins universalisé. Cela commence dès la prise de RDV en multipliant les canaux : vidéo, SMS, fax, mail, ... La mention de ce handicap est indispensable dans le dossier ou sur la fiche des consultants. Ce n'est pas toujours le cas... Quand personne ne se lève en salle d'attente à l'appel du nom du prochain RDV, il est utile de se poser la question. Est-ce que la personne appelée a la capacité d'entendre qu'elle est appelée ?

Lors de la consultation en présentiel, il est possible de recourir désormais à des applications de transcription écrite instantanée mais qui présente encore des défauts notamment pour les personnes aux accents prononcés et elles obligent à ce qu'une seule personne parle. Une autre crise sanitaire, celle du COVID 19, a permis le déploiement d'une application MEDIPICTO pour permettre une communication visuelle grâce à des images – utilisable pour tous les publics y compris en cas de barrière de la langue ou pour des handicaps mentaux (accessible via les plateformes de téléchargement des applications de nos smartphones).

L'organisation de la consultation doit être envisagée sur un temps plus long et en face-à-face, sans contrejour (tenir compte de l'heure de consultation par rapport aux éclairages par exemple). Comme toute situation, il convient d'écouter, d'informer et de soigner en s'adaptant au niveau de compréhension du soigné. Les difficultés de langage ne doivent pas conduire à projeter une croyance en un déficit intellectuel ! Bien que beaucoup de malentendants savent lire sur les lèvres, tous ne le peuvent pas. Pour ceux qui ont cette capacité, nous devons nous rappeler qu'elle demande un effort important et que la fatigue et le stress peuvent rendre difficile la lecture labiale – source de quiproquo ou d'incompréhension. La communication oralisée peut être très fatigante aussi. Le port du masque est ici problématique pour tous (soignants et soignés).

Pour les personnes appareillées par implant cochléaire, contre-indique la possibilité d'accès aux examens par IRM ; en cas de doute, privilégier le scanner.

En obstétrique, des adaptations sont possibles. Comme une imprimante 3D permet désormais à des déficients visuels d'avoir un accès à l'échographie... Les personnes malentendantes peuvent percevoir les vibrations du doppler ou du monitoring pour « faire entendre le bruit de cœur ». En ce qui concerne le matériel de puériculture, il existe des babyphones vibrant ou avec flash lumineux.

Quid dépistage auditif systématique en maternité ?

La population sourde était contre son déploiement systématique. Beaucoup ont vécu cela comme une attaque à leur culture et à leurs formes diversifiées de langage. Il a également été décrit un risque majeur de rupture ou de défaillance du lien parents-enfants en cours de création à l'annonce très (trop) précoce d'une possible surdité du nouveau-né. Ce point a été l'occasion de rappeler que comme tout dépistage il n'est pas obligatoire mais obligatoirement proposé. Les personnes malentendantes ou sourdes sont plus fréquemment en demande d'une non-réalisation du test de dépistage.

### Messages clés

- Le déficit auditif a des origines diverses
- La LSF n'est pas l'unique langue des signes et il est faux de penser que toutes les personnes avec un déficit auditif la connaissent et y ont recours.
- La prise de RDV doit rester multiple et l'environnement de la consultation doit être pensé pour s'adapter aux besoins et aux attentes de la personne.
- La communication doit être diversifiée et rester ouverte tant pour le consultant que pour la personne en situation de handicap auditif (LSF, écrit, lecture labiale, ...)



## ARTICLE 9 - DOULEURS CHRONIQUES EN CONSULTATION PRECONCEPTIONNELLE

- Dr Olivier BREDEAU, médecin de la douleur, CH Foch Suresnes (92)

Article rédigé par Nicolas DUTRIUX, sage-femme, Orthez (64)

### Intro

La douleur gynécologique ou non gynécologique impacte grandement la vie sociale et affective des femmes. Quand elle est pelvienne et/ou en cas de dyspareunie, l'impact sur la sexualité est majeur et peut donc être impactant aussi dans la fertilité. Le questionnement a donc toute sa place en consultation préconceptionnelle.

La douleur est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé à partir d'une définition proposée par l'Association Internationale pour l'Étude de la Douleur (IASP) : *"La douleur est une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes"*. Elle peut être aiguë ou chronique qui présente des mécanismes différents ; les facteurs émotionnels et cognitifs sont toujours présents tant dans l'influence qu'ils peuvent avoir sur la douleur et sa gestion que sur les conséquences de la douleur dans la vie des personnes. Une douleur aiguë répond à un signal nociceptif « d'urgence » et s'apaise rapidement une fois la cause corrigée. Au-delà de trois mois, des phénomènes de sensibilisation liée à une persistance de lésions causales ou à une hypersensibilité secondaire neurologique peuvent survenir. Cette sensibilisation est aggravée par le stress, la sédentarité, la chronicité de la pathologie originale, ... Le système inhibiteur, modulé par le terrain hormonal, présente des défaillances qui conduisent à la douleur chronique. La Haute Autorité de Santé a émis des recommandations sur le parcours obligatoirement multidisciplinaire des patient-es douloureux-ses chroniques<sup>3</sup>. La modulation hormonale du système nerveux central explique la prévalence plus grande de certaines pathologies douloureuses chez les femmes : fibromyalgie, lombalgies, migraine, hypersensibilité pelvienne, ...

Ces douleurs chroniques nécessitent des prises d'antalgiques répétées, avec des recours à des paliers I à actions périphériques à de plus fortes doses (paracétamol, anti-inflammatoires non stéroïdien, néfopam). Le recours à des paliers II (tramadol, codéine qui ont une action centrale faible) et III (morphine, hydromorphone, oxycodone, tapentadol, buprénorphine, fentanyl, méthadone qui ont une action centrale forte) fréquents sont sources de dépendances. Il est ainsi rappelé que l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a revu la classification des antalgiques et émet une obligation de recourir à des ordonnances sécurisées d'ici fin 2024 pour de nombreuses spécialités notamment pour les opioïdes. L'ANSM rappelle ainsi le bon usage de ces spécialités : *« Pour limiter le risque de dépendance, prescrivez les médicaments contenant du tramadol ou de la codéine sur des durées les plus courtes possibles. Pour les douleurs aiguës, le traitement doit être prescrit pour 3 à 14 jours. Pour les douleurs chroniques, réévaluez le traitement tous les trois mois (lors du renouvellement de l'ordonnance). Pour éviter un syndrome de*

---

<sup>3</sup> HAS, Parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique, 2023

*sevrage, quelle que soit la durée du traitement, diminuez progressivement la posologie jusqu'à l'arrêt. Pour rappel, les opioïdes doivent être utilisés avec précaution chez le patient épileptique, compte tenu de leur capacité de réduire le seuil de crise »<sup>4</sup>. Enfin, d'autres classes thérapeutiques sont aussi présentes dans l'arsenal thérapeutique : antispasmodique, corticoïdes, psychotropes et antiépileptiques, anesthésiques, ... Quel que soit le palier ou la classe thérapeutique, ces traitements au long cours peuvent avoir un impact sur la grossesse ou sur le nouveau-né d'où la nécessité de les réévaluer dès le préconceptionnel en cas de projet de grossesse chez la femme douloureuse chronique. Il convient d'anticiper une sortie de la dépendance et, en cas d'échec, d'anticiper les sevrages néonataux au plus tôt.*

La consultation préconceptionnelle permet ainsi de faire évoluer les protocoles d'accompagnement médicamenteux et non médicamenteux vers un sevrage anticipé tout en projetant une adaptation du suivi de la grossesse et de l'accueil du nouveau-né.

Il est rappelé que 50 % des douleurs chroniques peuvent être retrouvées chez des personnes ayant connu un traumatisme. Parmi ces traumatismes, l'accouchement à vécu traumatique, est reconnu comme source de douleurs chroniques post-partum. Or, jusqu'à 1 femme sur 3 juge son accouchement traumatique et jusqu'à 3,7 % des accouchées présentes des symptômes de stress post-traumatique (expérience négative, absence de soutien, peur de mourir, ...). Au-delà des troubles dépressifs du post-partum, la dyspareunie et autres impacts sexologiques doivent donc être interrogés dans les mois qui suivent une naissance (entretien post-natal, consultation post-natale, suivi gynécologique, rééducation pelvi-périnéale du post-partum) et une prise en charge adaptée doit être mise en œuvre. La plupart du temps il n'y aura pas d'interdiction à une nouvelle voie basse mais il convient d'entendre la demande d'une césarienne de la part de la mère / du couple parental. Il faudra cependant informer qu'une thèse à démontrer la même fréquence de douleurs périnéales après voie basse et après césarienne. Les douleurs trouvent généralement leur origine sur les modalités de suture périnéales ou abdominales plus que sur le déroulé de l'accouchement lui-même. Il est donc rappelé aux professionnels présents lors de cette session d'être attentif lors des réfections périnéales et lors de la fermeture de paroi en cours de césarienne. La consultation préconceptionnelle permettra de réévaluer l'impact de la grossesse précédente et là aussi d'anticiper. Il en est de même en interrogeant les continences qui peuvent impacter fortement l'estime de soi et donc les douleurs et leur risque de chronicisation.

L'endométriose a une place spécifique au-delà des risques de trouble de la fertilité qui lui sont associés. En effet, son contrôle est basé principalement sur la thérapie hormonale avec effet contraceptif. Son arrêt peut donc évidemment amener à une résurgence des douleurs qu'il faut alors anticiper. L'endométriose doit ainsi faire interroger les « 5 D » :

- Dysménorrhées,
- Douleurs pelviennes chroniques,
- Dysurie (douleur et difficulté à uriner),
- Dyschésie (douleur et difficultés à déféquer),

---

<sup>4</sup> <https://ansm.sante.fr/actualites/tramadol-et-codeine-devront-etre-prescrits-sur-une-ordonnance-securisee-des-le-1er-decembre>

- Dyspareunies

### Messages clés

- Il est important de rappeler aux femmes que la douleur chronique n'empêche pas la grossesse ; la grossesse peut même améliorer, fut-ce transitoirement, leur plainte.
- La consultation préconceptionnelle peut être l'occasion de revoir l'éducation thérapeutique ou de l'initier (alimentation, sommeil, accompagnements non médicamenteux, ...).
- Elle sera aussi l'occasion de réévaluer les traitements médicamenteux vers une possible désescalade ou un réajustement souvent nécessaire tout en anticipant les risques maternels, embryotoxiques, fœtaux et néonataux en cas de poursuite des traitements.



## ARTICLE 10 - PHOTOBIO-MODULATION ET SES NOUVELLES APPLICATIONS EN GYNÉCOLOGIE

- Dr Stéphane CRISTINELLI, gynécologue, Épinal
- Dr Henri CLAVE, gynécologue, Nice
- Dr Nabil LOUAFI, gynécologue, Meulan les Mureaux

Article rédigé par Nicolas DUTRIAUX, sage-femme, Orthez (64)

### Intro

La photobiomodulation ou PBM a été décrite pour la première fois par Niels Ryberg Finsen un médecin danois de la fin du XIXe siècle qui a étudié des concentrations prépondérantes des différentes longueurs d'onde selon la lumière du jour en appliquant ces travaux à la bactéricide. D'autres chercheurs (médecins et biophysiciens principalement) ont ensuite élargi ces recherches à l'impact de la lumière et des différentes longueurs d'onde sur la cellule et les tissus. La recherche spatiale a agrémenté ces données pour comprendre l'action physiologique de ces traitements par LED (ou lasers froids) et la profondeur d'impact dans les tissus selon la longueur d'onde. Ses applications cliniques initiées en dermatologie et en médecine esthétique ont ouvert la voie à sa mise à disposition en soins de support dans certains cancers. Ces indications s'élargissent désormais à la gynécologie.

### *Pour en savoir plus (lien sur le reste de l'article)*

La session a été l'occasion tout d'abord de rappeler la physiologie cellulaire et le rôle prépondérant de la mitochondrie dans la production d'énergie de la cellule. La mitochondrie est le siège, à travers le cycle de Krebs, de régulation REDOX. Les recherches fondamentales ont pu démontrer que les photons pouvaient interagir avec la mitochondrie, via le cytochrome C notamment, et modifier ses potentiels REDOX en changeant les gradients d'ions. Il semble qu'il y est un effet-doses et une modulation selon la fréquence (lumière pulsée ou non). Toutefois les réactions biochimiques sous-jacentes et leur variabilité ne sont pas encore complètement comprises malgré une littérature florissante. Les applications cliniques se développent cependant déjà dans de nombreux domaines depuis plusieurs années. Il est ainsi démontré que les longueurs d'onde dans les bleus sont antiseptiques et augmentent l'activité des kératinocytes (action cicatrisante), le vert est antalgique (action sur les nocicepteurs), les longueurs d'onde rouges et infra-rouge favorisent la prolifération cellulaire en modulant l'expression génique (donc sans effet semble-t-il sur les cellules cancéreuses d'où son recours en soins de support en oncologie) tout en permettant une action anti-inflammatoire.

L'ouverture aux indications gynécologiques a permis cette proposition de traitement par laser froid (ou low laser therapy) à la névralgie pudendale et des études sont initiées dans le traitement de la dysplasie cervicale ou encore de l'endométriose.

La névralgie pudendale est définie à partir de critères précis appelés critères de Nantes : douleurs chroniques de la région pelvi-périnéales évoluant depuis plus de trois mois, aggravées systématiquement par la position assise et soulagée quasi instantanément en décubitus sans perte de sensibilité. Le test diagnostique principal est une infiltration sous forme d'un bloc anesthésique des nerfs honteux entraînant un soulagement partiel ou total. Le traitement courant est une approche rééducative avec une modification des habitudes de vie associées ou non à une approche médicamenteuse souvent nécessaire. Une répétition du bloc honteux passant d'un objectif diagnostique à un objectif thérapeutique est possible et/ou une libération chirurgicale du nerf en cas d'échec, mais là aussi sans qu'une amélioration soit assurée. La physiothérapie a pu proposer d'intégrer la radiofréquence et d'autres nouvelles technologies. Ainsi, une première étude observationnelle auprès de 32 patientes a étudié cette approche par photobiomodulation dans l'arsenal thérapeutique. Il a ainsi été proposé 1 à 2 séances hebdomadaires pour un total de 8 sessions. La fluence (ou quantité d'énergie transmise par les photons sur la surface traitée exprimée en joules par cm<sup>2</sup>) était de 8 à 20J/cm<sup>2</sup>. La lumière était préférentiellement pulsée (5 à 12Hz pour rechercher un effet antalgique et décontractant). Avant et après traitement, les patientes ont vu leur douleur évaluée par des échelles visuelles standardisées et par des questionnaires de suivi des scores de la qualité de vie sexuelle. Les patientes ont rapporté une réduction de la douleur de manière significative (- 80% du score de douleur) et amélioration parallèle de leur confort quotidien et sexuel. Toutefois, le traitement proposé ne gérant pas la cause, des séances mensuelles d'entretien ont été poursuivies au-delà de l'étude à la demande des patientes.

En ce qui concerne la dysplasie cervicale, le risque de cancer est lié au portage chronique de souches de Papilloma Virus Humain (HPV) reconnu à risques oncogènes. Ses cibles privilégiées sont les organes génitaux (pénis, vulve, vagin, col utérin), le canal anal et les voies aériennes supérieures. Le portage chronique est source d'anxiété chez les femmes dépistées (risque de contamination de leur partenaire, risque de cancérisation, ...) avec de fait un impact majeur sur leur sexualité. Or, à ce jour, le traitement chirurgical est dédié à la dysplasie persistante ou s'aggravant. La lutte contre le portage chronique est pourtant indispensable pour éviter leur apparition et donc le risque d'évolution cancéreuse. Le portage chronique est, à ce jour, traité par laser (chaud) ou cryothérapie ou en photothérapie dynamique (application d'un traitement photosensible puis exposition lumineuse pour créer une apoptose superficielle). Tous ces traitements ont un effet d'abraser – de détruire les premières couches cellulaires susceptibles d'héberger le virus. Il est également rappelé qu'en France le typage HPV est souvent rendu en « 16 – 18 ou autres parmi... ». Des laboratoires européens proposent des résultats plus précis en précisant le génotypage exact de toutes les souches présentes ainsi qu'une évaluation du taux de réplication du HPV (nombre de copies virales). Il est alors possible de repérer les multi-portages, les éliminations - recontaminations avec d'autres souches etc.

Des études chinoises ont proposé de recourir à la PBM comme un outil de réparation cellulaire et donc d'amélioration des défenses en plus des stimulations topiques arrivant actuellement sur le marché comme le carboxyméthyl bêta-glucane et le polycarbophile. L'objectif est d'améliorer la clairance virale de manière indirecte en stimulant le système immunitaire et la capacité d'autoréparation cellulaire sans voir recours à une destruction même superficielle du col utérin. Les études publiées ont recouru à des fluences plus importantes que celles utilisées habituellement en



proposant des séances pouvant aller jusqu'à 100j/cm<sup>2</sup>. Les résultats sur 3 à 4 séances semblent démontrer, grâce au génotypage complet et aux mesures de charges virales, un abaissement progressif de la présence des HPV. Ce traitement ne peut évidemment n'être proposé qu'après colposcopie / biopsie puisque en cas de lésion confirmée, la conisation restera indispensable à ce jour et reste non recommandé en Europe pour le moment.

### Messages clés

- Bien que les publications soient nombreuses en ce qui concerne la PBM, les études restent disparates puisque les appareils utilisés ne sont pas normés et varient d'une publication à l'autre.
- Les fluences sont donc difficilement comparables d'une étude à l'autre pour permettre notamment de proposer des protocoles validés.
- La reproductibilité des études actuellement publiées est difficile malgré des résultats encourageant en gynécologie comme dans les autres spécialités.



## Réponses aux Questions

### PERTURBATEURS ENDOCRINIENS EN GYNÉCOLOGIE

1/ Les perturbateurs endocriniens :

- Sont clairement identifiés et identifiables
- Sont omniprésents dans notre environnement
- Ont tous démontré des impacts directs sur la santé
- Les études se contredisent en confirmant ou en infirmant le rôle des PE sur la santé.

Réponse : b et d

2/ L'exposition aux PE :

- À plus d'impact sur le fœtus pendant la grossesse
- À plus d'impact sur le nouveau-né et le nourrisson en post-natal
- À autant d'impact sur fœtus in utero que sur le nourrisson en période néonatale
- Peut être réduite par des conseils simples facilement mis en œuvre au quotidien

Réponses : A et d

### ACTIVITÉS PHYSIQUES ET SPORTIVES : LES PROMOUVOIR POUR LA SANTÉ DES FEMMES

1/ Quelles sont les causes expliquant le différentiel d'activités physiques entre les hommes et les femmes ?

- La charge mentale quotidienne
- La priorité donnée aux enfants par les femmes
- Les difficultés socio-économiques
- Inadaptation des horaires des activités

Réponse a b c et d

2/ Quels sont les freins à l'activité physique au cours de la grossesse ?

- Le reste à charge
- Des horaires inadaptés des séances
- Le tout présentiel
- La personnalisation des conseils à la situation de chacune
- Les craintes de l'entourage des effets supposés négatifs du sport sur la grossesse

Réponse b, c, e

### LE SOMMEIL CHEZ LA FEMME : UNE CLÉ POUR SA SANTÉ

1/ Qu'est ce qui peut favoriser le sommeil

- La lumière bleue
- **La baisse de luminosité**
- **Le sport**
- La température chaude
- De répéter les siestes en journée

Réponses : b et c

2/ Quels traitements sont recommandés aux troubles du sommeil ?

- Une approche médicamenteuse
- Une consommation d'alcool
- **Des approches non médicamenteuses**
- Une alimentation riche surtout le soir

Réponse : c

### PRÉVENTION DES INFECTIONS CHEZ LE NOUVEAU-NÉ ET LE NOURRISSON AU COURS DE LA PREMIÈRE ANNÉE DE VIE.

1/ Une de vos patientes enceinte vous questionne sur ce qu'elle a entendu à propos des vaccins pendant la grossesse. Quelles sont les fake news ?

- **Le vaccin contre le VRS pendant la grossesse est moins efficace que la vaccination néonatale.**
- **Les anticorps transmis par la femme enceinte traversent le placenta vers l'enfant qui a ainsi un taux d'anticorps supérieur au sien.**
- Le vaccin contre le VRS existait dès les années soixante mais il a été abandonné à cause de ses effets secondaires graves.
- **Le vaccin contre la coqueluche rend inefficace le vaccin contre le VRS.**

Réponses :

1. Les 2 stratégies sont aussi efficaces l'une que l'autre... Et en période néonatale, il ne s'agit pas d'une vaccination mais d'une injection d'anticorps monoclonaux.
2. Il a été abandonné par son inefficacité
3. C'est plutôt le contraire, et il ne s'agit pas tant d'une inefficacité mais d'une baisse de la réactivation immunitaire attendue par le rappel DT coq.

2/ Quels sont les freins à la vaccination pendant la grossesse ?

- **Le défaut de proposition de celle-ci par les professionnels de santé**
- L'existence d'une protection néonatale directe contre le VRS
- La vaccination n'empêche pas le recours aux gestes barrière pour permettre la visite des grands-parents à la naissance.
- Il n'y a pas de moments dédiés à celle-ci au cours du suivi de grossesse.

Réponse a

### L'ENTRETIEN MOTIVATIONNEL EN CONSULTATION DE GYNÉCOLOGIE

1/ L'entretien motivationnel est :

- **Une méthode reconnue par la HAS**
- **Une thérapie cognitivo-comportementale**
- Une manipulation volontaire du professionnel de santé sachant sur le patient profane
- **Demande plus de temps qu'une information descendante mais pour une meilleure efficacité**

Réponses : a, b, d

2/ Replacez les étapes d'un entretien motivationnel dans l'ordre :

- La planification ou l'installation des comportements modifiés pour atteindre le changement ;
- L'engagement dans la relation en ouvrant la communication à partir de questions ouvertes ;
- L'évocation du changement à travers les bénéfices à le mettre en place (motivations) et les inconvénients à poursuivre dans l'habitude actuelle (motivations) ;

- La focalisation vers le comportement à quitter en intégrant ses avantages (freins au changement) et ses inconvénients (motivations au changement) ;
- Le suivi pour le maintien des gains et la gestion des rechutes

Réponse : B D C A E

### PATHOLOGIES BENIGNES DU SEIN

1/ Les tumeurs phyllodes sont :

- Toujours bénignes
- **Nécessitent toujours une exérèse chirurgicale**
- **Nécessitent une biopsie de type cytoponction pour les caractériser**
- L'imagerie retrouve une anomalie de grand axe horizontal au plan cutané

Réponses b et c

2/ Chez l'adolescente :

- **L'examen clinique est souvent suffisant en cas de plainte mammaire**
- Une mammographie est nécessaire avec un codage Bi-RADS (classement ACR)
- Une échographie vient toujours compléter l'examen clinique
- L'adénofibrome est surveillé deux fois par an

Réponse : a

### INSULINO-RÉSISTANCE DÉCRYPTÉE

1/ Comment peut-on mettre en évidence simplement une résistance à l'insuline en population générale au cours d'une consultation ?

- Je prescris une exploration des anomalies lipidiques (HDL, LDL, triglycérides)
- **Je prescris une mesure sanguine de la glycémie à jeun, du cholestérol total et des triglycérides**
- Je mesure le périmètre ombilical uniquement chez les personnes en surpoids ou en situation d'obésité
- Je mesure le périmètre ombilical devant une anomalie sanguine glycémique ou lipidique
- **Je mesure la pression artérielle et le périmètre ombilical en consultation**

Réponse : b, e

2/ Les inositols sous forme de compléments alimentaires :

- N'ont prouvé aucune efficacité
- Ont prouvé une efficacité uniquement sur l'amélioration des ovulations
- Sont recommandés uniquement dans le cadre d'une PMA
- Peuvent être une proposition de première intention en soins de premiers recours en cas de projet de grossesse ou de résistance à l'insuline démontrée

Réponse : d

## ACCUEIL DES PERSONNES SOURDES EN MATERNITÉ

1/ Concernant les personnes en situation de déficit auditif :

- Toutes connaissent la LSF
- Toutes ont appris à lire sur les lèvres
- Toutes ont la possibilité d'être appareillées
- Elles peuvent connaître une langue des signes autres que la LSF

Réponse : d

2/ Pour communiquer avec une personne déficiente auditive :

- Je peux utiliser l'écrit
- Je peux parler lentement, sans masque, avec une lumière adaptée
- Je peux recourir à des images et pictogrammes
- Je peux varier les formes de communication et m'adapter aux souhaits et attentes de la personne.
- 

Réponses : a b c d

## DOULEURS CHRONIQUES EN CONSULTATION PRECONCEPTIONNELLE

1/ La consultation préconceptionnelle de la femme douloureuse chronique permet :

- De programmer une procréation médicalement assistée indispensable
- De réévaluer ses traitements médicamenteux
- De changer obligatoirement les traitements médicamenteux

- De rediscuter l'apport des prises en charge non médicamenteuses

Réponses : b et d

2/ Après un accouchement dont le vécu est traumatique :

- Une césarienne est recommandée
- Une voie basse est obligatoire pour traiter le trauma
- **Une discussion ouverte avec la femme – le couple parental est indispensable**
- La césarienne est protectrice des douleurs chroniques

Réponse : c

### PHOTOBIO-MODULATION ET SES NOUVELLES APPLICATIONS EN GYNÉCOLOGIE

1/ La photobiomodulation est :

- Une technologie nouvelle
- Un traitement par laser chaud
- **Un traitement à partir de photons à des longueurs d'onde différentes pour cibler plus ou moins profondément les tissus visés.**
- **La longueur d'onde, la fluence ou quantité d'énergie délivrée et la fréquence de pulsation influencent l'efficacité du traitement.**

Réponses : c et d

2/ La photobiomodulation est :

- Recommandée en traitement du portage chronique des HPV
- Recommandée dans le traitement de la névralgie pudendale
- **Un objet de recherches nombreuses mais dont la variabilité ne permet pas de les intégrer dans les recommandations.**
- Une technologie qui agit sur la membrane cellulaire comme la radiofréquence

Réponse : c