

BIODERMA

CONGRESS REPORTS



INFOGYN 2025

Compte-rendu rédigé par le Nicolas DUTRIAUX, sage-femme libérale (Orthez).

LES CHIFFRES DU CONGRÈS

11 %

À 6 semaines du post-partum, 11 % des femmes présenteront encore des douleurs périnéales.

Or une douleur persistant plus de 3 mois tendra vers la chronicité avec le risque de l'installation d'une hypersensibilisation centrale. Il est donc urgent d'assurer une prise en charge antalgique (médicamenteuse et non médicamenteuse) dès le post-partum immédiat à poursuivre autant que nécessaire. Les approches non médicamenteuses (physiothérapie, thérapie manuelle, traitement des lombalgies avec impact postural, ...) seront à initier également dès que possible sans attendre la consultation post-natale.

Grazia SABATINO (présidente de l'association PEYRIONIS) milite donc pour une consultation périnéale spécifique dès la sortie de maternité et à renouveler si nécessaire en sortant de la « normalité des douleurs du post-accouchement » et donc de leur banalisation.

(Ellie A McDonald, Deirdre Gartland, Rhonda Small, Stéphanie J Brown, Frequency, severity and persistence of postnatal dyspareunia to 18 months post-partum : A cohort study, Midwifery (2016) 34, 15-20).

ARTICLE 1 - LA SCIENCE EN PARLE

LA PRISE EN CHARGE DES COCCYGODYNIES

Maud MEUNIER, sage-femme libérale, formatrice en thérapeutique manuelle et autrice du livre Thérapies Manuelles des algies et dysfonctions pelviennes (Salon de Provence).

Article rédigé par le Nicolas DUTRIAUX, sage-femme libérale (Orthez).

Intro

Dans toutes les douleurs pelviennes chroniques, l'errance médicale reste prégnante. Une douleur spécifique est la douleur d'origine coccygienne souvent banalisée ou décrite comme ne pouvant faire l'objet d'aucune prise en charge. Elle est pourtant particulièrement handicapante en gênant le quotidien dès lors que la position assise est requise (temps professionnel, trajet en voiture ou autre transport, temps calme, aux repas, ...).

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

Le diagnostic d'une algie pelvi-périnéale d'origine coccygienne est relativement simple en clinique. Elle doit être suspectée devant toute douleur dans le territoire du coccyx qui s'exprime au passage en position à assise et pouvant se majorer en se relevant. L'anamnèse complétée de l'examen clinique permettra souvent d'évaluer les diagnostics différentiels comme une douleur fessière (musculaire) ou sacro-iliaque (articulaire). La première sera mise en évidence par une douleur présente y compris dans d'autres sollicitations des fessiers et par la présence de trigger points (points douloureux) à la pression digitale lors de l'examen. La seconde, pourra être suspectée devant un P4 test (Posterior Pelvic Pain Provocation Test) positif. Ce test clinique simple consiste à placer les pouces en regard des deux articulations sacro-iliaques de la patiente et de lui demander une flexion ventrale du tronc après s'être redressée, de lever alternativement une jambe. En flexion ventrale, les deux pouces doivent physiologiquement monter et en levant un pied le pouce homolatéral descend. Lorsque les pouces du praticien prennent une direction opposée ou présentent une asymétrie lors de la flexion ventrale, le test est positif pour une origine articulaire de la problématique (douleur, troubles urinaires ou de la défécation).

La névralgie pudendale est un autre diagnostic différentiel possible. Il convient alors d'interroger les critères de Nantes :

- La douleur concerne au moins 2 territoires sur 3 qu'innervent le pudendal (anus – vulve vagin urètre – clitoris) ;
- Elle est aggravée assise et/ou en journée et stoppe dès le décubitus – la douleur n'est donc pas insomnante ;
- Le ou les territoires concernés peuvent présenter un déficit sensitif au toucher et/ou à la piquûre ;

- La douleur est souvent décrite à type de brûlure et/ou tiraillement et/ou engourdissement et/ou un prurit (critères issus du score DN4 pour repérer une douleur neuropathique) ;
- La symptomatologie est préférentiellement unilatérale et peut s'aggraver après la défécation ;
- Un test d'anesthésie du territoire par un bloc anesthésiant peut alors être réalisé pour confirmer le diagnostic + /- une IRM pour rechercher une cause organique à la compression nerveuse.

De même, une douleur de description neuropathique (score DN4 +) sur les zones supérieures des fessiers et le bas du dos et non la zone périnéale pourra faire suspecter une atteinte du nerf clunéale.

La lombalgie est souvent associée à la plainte de la patiente. Il faudra alors faire préciser dans son interrogatoire si la douleur était présente avant (cause) ou après (conséquence) l'apparition de la douleur coccygienne. Dans le premier cas, il pourra être suspecté une discopathie L4 L5 ou L5 sacrum. Cette précision influera donc la demande d'examen radiologique.

Enfin, en fonction du contexte original de survenue de la douleur, il faudra investiguer une cause périnéale ou proctologique.

Une fois le diagnostic de coccygodynie conforté, il sera nécessaire de chercher l'existence ou l'absence d'une lésion osseuse. Selon le Dr Jean Yves MAINE, la description précise des douleurs oriente généralement le praticien vers la présence ou l'absence fortement probable d'une lésion.

	Coccygodynie AVEC lésion osseuse	Coccygodynie SANS lésion osseuse
Douleur irradiante	+/-	+
Douleur en position assise	Dès le passage en position assise	Après un temps de latence + /- long
Douleur au relevé	+++	Inconstante
Douleur debout	Non	Inconstante
Aggravation horaire	Non	Oui

La prescription d'une radio du bassin avec le coccyx comme cible demandera « Radio du bassin en 2 clichés de face et profil en position bipède après 5 à 10 minutes passées en position debout & un troisième cliché de profil en position assise avec une flexion de hanche de 90 degrés et ou dans la position réveillant la douleur de la patiente ».

À la suite d'une coccygodynie aiguë – souvent à la suite d'un traumatisme comme une chute ou dans les suites de l'accouchement, une expectative de 3 semaines est à proposer – en mettant en place une antalgie médicamenteuse. La résolution spontanée est fréquente et la gestion de l'état inflammatoire transitoire est souvent suffisante. En cas de persistance, après réalisation des clichés radiologiques en cas de suspicion de lésion osseuse, une approche en thérapie manuelle pourra être

proposée. Le protocole proposé par Maude MEUNIER consiste en 2 séances de traitement neuro-musculo-squelettique par voie externe, espacées de 3 semaines. Elle précise que la voie interne notamment endorectale n'est que rarement nécessaire – et ne doit donc pas être proposée en première intention ! Dans ce contexte traumatique avec lésion radiologique (luxation antérieure ou fracture), le traitement permettra généralement un rétablissement complet. En revanche, en cas d'hypermobilité, de luxation postérieure positionnelle ou d'arthrose calcifiée et/ou une discopathie, le traitement sera plutôt à visée de soins de support et devra donc être renouvelé régulièrement.

Le traitement musculaire comprendra le traitement des pelvitrochantériens, des psoas iliaques, des carrés des lombes, des grands fessiers, des ischio-coccygiens et des obturateurs internes. Les rappels anatomiques précisent que les ischio-coccygiens n'ont pas une insertion directe sur le coccyx mais par une terminaison sous forme d'un raphé. Les releveurs périnéaux s'insèrent eux directement sur l'os.

Le traitement articulaire sacro-coccygien et des sacro-iliaques remobilisera les jonctions pour réinitialiser les informations proprioceptives riches de cette zone. Le traitement sacro-coccygien est réalisé en flexion extension dans son mouvement physiologique + /- couplé à une luxation antéro-postérieure non physiologique tout comme la rotation et/ou la décoaptation. Ces mouvements sont accessibles en manipulation externe le plus souvent mais pourront secondairement pour certains nécessiter une approche en interne (vaginal et ou endorectal) mais de manière non systématique et uniquement en cas d'échec des deux à trois séances en externe. La manipulation s'étendra jusqu'aux ligaments sacro-épineux légèrement plus haut.

Le traitement neurologique lèvera des éventuelles compressions en rendant sa capacité de glissement des nerfs pudendaux et cluniaux. Cette prise en compte de l'innervation intégrera le ganglion impar du coccyx en prévenant avant toute manipulation la patiente du rôle neuro-végétatif important de ce ganglion et donc des effets possibles lors de la manipulation sous forme d'une libération émotionnelle, de pleurs, de vertiges.

Une rééducation périnéale intégrant un travail postural (rétroversion du bassin, suppression de l'enroulement du buste) et la gestion des pressions thoraco-abdominales + /- d'une constipation terminale complétera la prise en charge.

Messages clés

- La coccygodynie est à évoquer devant toute douleur en position assise qu'elle soit dès l'installation ou après un temps de latence (la patiente évoquera alors souvent une douleur après un trajet en voiture prolongé ou en fin de journée professionnelle).
- L'anamnèse précise et un examen clinique permet souvent d'éliminer les diagnostics différentiels.
- La prescription de radiologie ne sera réalisée que pour objectiver une suspicion de lésion osseuse, après trois semaines d'un traumatisme souvent

spontanément résolutif, et sur indications à partir des éléments de l'interrogatoire.

- Le traitement en thérapie manuelle, au-delà de trois semaines en cas d'un évènement aigu pris en charge initialement par antalgiques médicamenteux et conseils, sera curatif dans les situations traumatiques et ne sera que de support et donc à renouveler dans les situations d'hypermobilité et de discopathie terminale.
- Le traitement par voie interne, et particulièrement la voie endorectale, n'est que rarement nécessaire, après échec d'au moins deux séances de thérapie manuelle par abord externe.

Questions de formation

1/ Le traitement de la coccygodynie en thérapie manuelle comprend :

- a) Toujours un traitement musculaire
- b) Un abord endorectal obligatoire pour le traitement articulaire
- c) Un traitement des articulations du bassin
- d) Un traitement neurologique

Réponses a, c, d

2/ Une patiente décrit que, depuis son accouchement il y a une quinzaine de jours, une douleur en position assise immédiate et se majorant lorsqu'elle se relève. Elle peut être réveillée la nuit en se tournant. Elle signale une lombalgie déjà présente au cours de la grossesse et une crise hémorroïdaire à la maternité. L'examen clinique ne met pas en évidence d'hypoesthésie. La douleur n'est pas décrite comme une brûlure ni une décharge électrique. Le prurit suit le trajet cicatriciel de la périnéorraphie d'une déchirure simple.

- a) Une radio est nécessaire dans cette situation immédiatement
- b) Une radio sera à envisager à la consultation post-natale en cas de persistance des douleurs
- c) Je revois la prescription des antalgiques pour tenir compte d'une composante inflammatoire musculosquelettique probable
- d) À ce stade, il peut être certain que la douleur décrite est liée à l'accouchement

Réponses : b, c

ARTICLE 2 - LA SCIENCE EN PARLE

LES DOULEURS DU POST-PARTUM : LES PRENDRE EN COMPTE POUR PRÉVENIR LES IMPACTS MATERNELS ET NÉONATAUX.

Grazia SABATINO, sage-femme libérale et présidente de l'Association PEYRIONIS (Marseille).

Article rédigé par le Nicolas DUTRIAUX, sage-femme libérale (Orthez).

Intro

Souvent « normalisées » par les femmes elles-mêmes et banalisée par l'entourage, les douleurs du post-partum se doivent pourtant d'être prises en compte comme n'importe quelle autre situation douloureuse. Elles doivent être considérées comme une urgence pouvant impacter la relation mère - enfant, la santé mentale maternelle ainsi que sa vie intime et sexuelle future. En rappelant qu'après trois mois une situation douloureuse devient chronique et peut être source d'une hypersensibilisation centrale, il ne faut pas attendre la consultation post-natale à 2 mois du post-partum pour gérer leurs causes identifiées le plus tôt possible dès le séjour en maternité et lors du suivi à la maison ou au cabinet par la sage-femme libérale.

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

Il est rappelé en préambule la définition de la douleur (Association Internationale pour l'Étude de la Douleur - IASP) comme "une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle ou décrite dans ces termes". Elle existe donc dès lors que la personne affirme la ressentir et que celle-ci interfère avec son espace psychosocial et physique. L'expérience est par essence subjective ; elle nécessite une écoute par les professionnels de santé - ce qui constitue un premier pas dans la prise en soins grâce à une reconnaissance de celle-ci (« je vous crois, nous allons trouver des solutions »). Cette écoute active permet d'identifier les échos émotionnels associés à des douleurs passées. C'est ainsi que l'environnement doit être pris en compte dans le soin (chez la femme accouchée, les points de vulnérabilité relevés au cours de la grossesse - notamment lors de l'entretien prénatal, sont autant de points à réinterroger par exemple).

Conformément aux recommandations, l'évaluation de la douleur se fera de manière quantitative par une échelle visuelle analogique (EVA) ou une échelle numérique simple (« de 0 à 10, à combien estimez-vous votre douleur ? »). Cette quantification permettra le suivi et surtout le contrôle de l'efficacité des soins antalgiques. Pour

rappel, une douleur est « acceptable » si elle est à maximum 3/10 en mobilité et donc sans interférer dans le quotidien. L'accouchement est ici à considérer quelle que soit la voie de naissance comme une douleur chirurgicale. Son traitement vise à éviter sa chronicisation.

Les données de la littérature retrouvent près de 92 % des femmes présentant une douleur déclarée à J1, 61 % à J7 et encore 7 % à 11 % à 6 semaines avec ou sans lésion périnéale (Mac Arthur 2004, Mac Donald 2016). Dans son aspect sexologique, Mc Donald décrit qu'une douleur est signalée par 85 % des femmes de son étude à la reprise des rapports sexuels. ; Près de 25 % de ces femmes auront toujours des dyspareunies à un an. Cette fréquence contribue à une forme de normalisation par les parturientes autant que par l'entourage et même les professionnels de santé. Il faut donc sortir d'une forme de banalisation car les impacts sont réels et peuvent être majeurs. L'état émotionnel de la femme exprime de la colère, une notion d'injustice qui peut aggraver l'état de fatigue prénatal. La culpabilité dans un sentiment de perte de capacité face aux difficultés à s'occuper du nouveau-né, dans la mise en place de l'allaitement, dans la reprise de ses activités quotidiennes et plus tard, dans la reprise d'une activité sexuelle. Ce sont dès lors les interactions précoces à travers un lien mère enfant mis en difficulté qui sont susceptibles d'être impactées par une douleur insuffisamment réduite.

Cette prévalence élevée des douleurs notamment périnéales peut et doit s'anticiper dès le prénatal à travers une information lors de la préparation à la naissance où il est possible de débiter les rappels anatomiques et en dépistant des troubles périnéaux préexistants (crise hémorroïdaire, constipation, dyspareunie avant ou depuis le début de grossesse, troubles urinaires, ...). En per-natal : on retrouve les éléments de protection périnéale : massage, application de compresses chaudes, contrôle du dégagement, épisiotomie non systématique, ... Le postnatal doit permettre une mise en place systématique des antalgiques médicamenteux, quel que soit le mode d'alimentation (pour rappel, les AINS oraux sont compatibles !). Les soins locaux et les antalgiques locaux peuvent aussi être mobilisés : xylocaïne visqueuse, traitement des œdèmes et autres états inflammatoires (argile verte par exemple), cicatrisation soutenue par du miel médical ou de l'argent colloïdal, ...

La réassurance est indispensable : la situation est transitoire, le processus de cicatrisation et ses étapes sont réexpliqués ainsi que les facteurs influençant positivement celle-ci. Une réhabilitation rapide mais soutenue – comme cela est désormais proposé pour les césariennes – est nécessaire. Les technologies comme la radiofréquence et les LEDs thérapeutiques (photobiomodulation) sont des outils d'optimisation de la cicatrisation qui peuvent être proposés en maternité ou dès les premiers jours qui suivent la sortie.

Grazia SABATONO milite ainsi pour le développement plus systématique d'une consultation périnéale précoce du post-partum. Les visites et consultation de suivi doivent couvrir déjà beaucoup d'éléments tant pour la femme, que pour le ou les nouveau-nés et le coparent. Dès lors qu'une douleur n'est pas contrôlée de manière efficace par les antalgiques et les soins à domicile (EN <= 3/10 en mobilité et donc en permettant les soins aux nouveau-nés notamment), cette consultation

spécialisée en suivi de cicatrisation et en accompagnement aux douleurs pelvi-périnéales devrait être proposée dans les 10 jours / 15 jours post-partum. Ce temps spécifique intégrera bien évidemment un entretien exhaustif et un examen ciblé. La reprise en détail de ce qui a déjà été mis en place en termes de soins locaux et de traitements oraux permet un ajustement des traitements. Il peut être transmis des conseils nutritionnels spécifiques, des exercices précoces de travail de la posture et de remobilisation. Ces consultations auprès de sages-femmes équipées des nouvelles technologies de traitement comme la radiofréquence, la photobiomodulation les champs magnétiques pulsés ou les ondes de choc peuvent ainsi une initiation rapide des traitements ; l'efficacité est alors rapide et ne nécessitera qu'une ou deux séances en général. Un apport en micronutriments spécifiques peut aussi venir compléter l'offre de soins.

Toutes les sages-femmes peuvent dépister le risque de chronicisation sur la base des recommandations émises pour les douleurs postopératoires. Ces textes décrivent ainsi 3 situations :

- Il n'existe pas de douleur avant l'acte et la douleur aiguë du post-mal accompagnée devient chronique après ;
- Il existe une douleur préalable en regard du site chirurgical avant l'opération et elle reste présente après ;
- Il existe déjà une douleur chronique sans relation avec l'intervention au préalable (ou ici l'accouchement) sans lien avec le site opératoire mais qui peut présenter une aggravation par des mécanismes d'hypersensibilisation centrale. Chez la femme enceinte, citons les céphalées migraineuses ou non, les lombalgies, la fibromyalgie, l'endométriose.

Les ressorts de cette hypersensibilisation sont connus. Il s'agit d'une surcharge des mécanismes d'inhibition et de modulation cérébrale descendant par la répétition en fréquence et/ou en intensité d'une douleur aiguë). L'action des neurotransmetteurs provoque une suractivité du récepteur NDA qui tourne en boucle vers une sur excitation du faisceau spinothalamique (siège de la mémoire). L'hypersensibilité peut être primaire (le local), secondaire (le régional) ou tertiaire (le cerveau) en atteignant ainsi les différents étages des voies ascendantes de la douleur. Les facteurs de risque identifiés sont le stress, la sédentarité, les troubles du sommeil, la chronicité et la répétition des épisodes douloureux. Dans 50 % des cas, un événement traumatique est retrouvé dans les antécédents. Or, l'accouchement peut être décrit comme traumatique à posteriori par un nombre non négligeable de femmes (estimé autour de 3 - 4 %). La césarienne, notamment en urgence, est un facteur de risque identifié comme la tocophobie préalable à l'accouchement, ou encore l'extraction instrumentale. Les études sur ce thème décrivent aussi la douleur aiguë persistante per-partum et dans le post-partum et non prise en compte ou insuffisamment traitée tout comme le défaut d'antalgie que ce soit pendant l'accouchement ou lors des soins de suture.

Dans le cas particulier du post-partum, une étude canadienne de 2017 retrouve déjà 38 % de douleur pendant la grossesse perdurant plus d'une fois sur deux dans le

post-partum. Ces douleurs apparaissant au cours de la gestation peuvent encore être présentes à 3 mois de l'accouchement chez 25 % des femmes douloureuses. Dans le cas spécifique de la lombalgie, elle peut être retrouvée à 6 mois du post-partum encore chez 25 % des femmes l'ayant déclarée en cours de grossesse. La péridurale n'influence pas ce risque bien que la plainte des femmes soit fréquemment dans le post-partum « une douleur du point de péridurale ».

La consommation d'opioïdes pendant la grossesse est à haut risque de chronicité tout comme une description de malaises vagues à l'adolescence, des apnées du sommeil ou un syndrome des jambes sans repos. Un questionnement ciblé est donc nécessaire pour identifier ces nombreux facteurs de risque de chronicisation.

Messages clés

- La douleur est une composante quasi systématique du post-partum immédiat comme lors de la reprise de la sexualité autant que de l'accouchement lui-même. Il ne faut plus la banaliser après l'accouchement tout autant que nous ne le faisons plus pendant.
- Les femmes doivent être conseillées dès la grossesse dans l'observance indispensable des antalgiques médicamenteux en post-partum en leur exposant les risques de chronicité des douleurs insuffisamment réduites rapidement.
- L'écoute fait autant partie du soin et une approche multimodale médicamenteuse et non médicamenteuse doivent pouvoir être mises en place en établissement comme dans les tout premiers jours qui suivent le retour à la maison.
- Il faut repérer les facteurs de risque d'hypersensibilisation centrale et proposer un accompagnement adapté – notamment en cas de mauvais vécu ou de stress post-traumatique franc du déroulé de l'accouchement. Ce repérage tient compte des douleurs déjà existantes avant la grossesse ou apparaissant au cours de celle-ci. Les lombalgies sont particulièrement fréquentes en obstétrique et insuffisamment traitées par ailleurs.

Questions de formation

1/ Une patiente présente depuis la fin du 1^{er} trimestre de grossesse une lombalgie. Elle n'a pas bénéficié de séances de kinésithérapie. Elle décrit une prise d'opioïde à type de tramadol 50 mg quelques fois au cours de la grossesse. À l'accouchement, la péridurale n'a pas pleinement fonctionné. Une extraction instrumentale a été nécessaire ainsi que la suture d'une déchirure du deuxième degré alors que l'antalgie était encore jugée insuffisante par la femme. Pendant le séjour, elle n'a bénéficié d'AINS que pendant 48 heures.

Combien de facteurs de risque de chronicisation de la douleur présente-t-elle ?

- a) 1
- b) 2
- c) 4
- d) 6
- e) 8

Réponse : d = 6

2/ Concernant une patiente se plaignant de douleur au point de péridurale persistante depuis l'accouchement.

- a) Elle a correctement identifié la cause de sa douleur.
- b) Il convient de l'interroger sur les douleurs de dos qu'elle avait déjà probablement en cours de grossesse.
- c) Il faut la rassurer en lui conseillant d'attendre et de se reposer pour que cela passe rapidement.
- d) Une prise en charge active de la lombalgie est nécessaire rapidement.

Réponses b & d

ARTICLE 3 - LA SCIENCE EN PARLE LE COPARENT ET AUTRE ACCOMPAGNANT DE LA FEMME EN MATERNITÉ

Dr Clément BRUHAT, gynécologue obstétricien maternité d'Issoire (type I)

Dr Marie ACCOCEBERY, gynécologue obstétricienne maternité du CHU de Clermont Ferrand (type III)

Dr Anne-Laure SUTTER-DALLAY, pédopsychiatre CHU Bordeaux

Article rédigé par le Nicolas DUTRIAUX, sage-femme libérale (Orthez).

Intro

Il est courant désormais de ne plus parler uniquement du père mais du coparent pour les couples homosexuelles ou même d'élargir à tout accompagnant pour les femmes seules (parent, ami-e, ...). Toutefois dans la mesure où ces évolutions sont relativement récentes, les données historiques et la littérature évoquent principalement « le père ». Les présentations ont repris l'historique de la place des hommes dans la maternité avant de mettre en perspective les évolutions sociétales modernes. L'intégration et la prise en compte émotionnelle du coparent / accompagnant sont à adapter selon que la situation obstétricale est à bas ou à haut risque en mettant en perspective un type I de petite taille (< 1 000 naissances)

avec un type III en CHU (qui accueille autant le bas que le très haut risque obstétrical et néonatal).

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

Historiquement, les hommes ont été exclus longtemps du champ de la maternité et de l'accouchement. Le père pouvait éventuellement intervenir en soutien de sa femme ou en cas de complications par sa connaissance « des vêlages difficiles » dans un monde principalement rural. Ils gardaient cependant le rôle de socialisation des enfants au fur et à mesure de leur croissance et de leur éducation. Plus tard, en parallèle de l'essor des sages-femmes en substitution des matrones, les chirurgiens ont influencé les pratiques obstétricales en se tournant vers les complications obstétricales, en promouvant l'hygiénisme, etc. jusqu'au basculement domicile / hôpital dans la seconde moitié du XXe siècle.

Cette seconde moitié du XXe siècle a aussi conduit à redéfinir les rôles vers une société plus égalitaire bien qu'encore imparfaitement répartie. Ce changement de positionnement des hommes s'est accompagné d'une reconnaissance de la place des pères tout au long du suivi de grossesse, en préparation à la naissance, en salle de naissance et en suites. L'évolution sociétale a poussé aux évolutions législatives : reconnaissance de ces nouveaux rôles dans les textes réglementaires d'autorisation de fonctionnement des établissements de santé, dans l'augmentation du congé paternité, en 2013 avec le mariage pour toutes et tous, en 2023 avec la loi de bioéthique autorisant la PMA sans autoriser la gestation pour autrui (GPA), ... La GPA sort cependant d'une forme de clandestinité par les propositions existantes à l'étranger à travers les décisions de la Cour Européenne des Droits de l'Homme qui impose la reconnaissance des enfants nés d'une GPA à l'étranger. Les congés postnataux se démocratisent à tous les couples parentaux quelle que soit leur composition. Le projet de réforme du congé parental prévoit une meilleure rémunération d'un congé plus court (8 mois) réparti entre les 2 partenaires (4 mois par parents). Cela changera-t-il le fait que seulement 1 % des pères prennent un congé parental pour seulement 14 % de femmes dans un monde où la différence de revenus femmes / hommes persiste ? La question reste ouverte.

L'éducation et la compréhension de la grossesse et des soins prénataux comme la théorie de l'attachement et le déploiement des 1 000 premiers jours amènent un rééquilibrage entre le basculement de toujours plus de médicalisation vers une demande de plus physiologie qui intègre de fait un plus grand rôle des partenaires. Ce partenaire n'est pour autant pas toujours reconnu comme la personne de confiance nommée par la patiente, tout comme la personne à prévenir peut être un troisième tiers.

En type III, comme dans les autres types de maternité, l'accompagnant est intégré en cas d'annonce d'une pathologie maternelle et/ou fœtale et/ou néonatal comme seconde écoute des informations et combler la phase de sidération que peut vivre la femme tout en ayant lui ou elle aussi l'implication émotionnelle et donc une

difficulté à accueillir cette annonce. Un double débriefing est donc conseillé à l'issue de la consultation d'annonce. Toutefois, cela contribue ensuite au cours du suivi à placer cet accompagnant coparent ou non comme un allier thérapeutique, un soutien non médical et émotionnel en continu. Le coparent se retrouve, malgré elle/lui, pour autant aussi en situation de vulnérabilité et peut être en surcharge en cas d'hospitalisation de la femme si elle gère une part importante de la charge familiale. Ce soutien pour la femme peut donc aussi avoir besoin d'un soutien.

Quid en cas d'urgence en salle de naissance ? Les recommandations HAS ET CNGOF précisent une priorité absolue aux soins et à la sécurité de la patiente (pour tenir compte éventuellement d'un environnement inadapté à la présence d'une tierce personne lors des gestes de sauvetage ou au départ en césarienne d'urgence code rouge). Cependant, il est aussi mentionné que le coparent – accompagnant doit être inclus dans l'information au fur et à mesure. Le manque d'informations est une remarque souvent retrouvée dans les retours d'expériences négatives des patients. Le coparent est alors placé dans une situation de traumatisme face à un sentiment d'impuissance et où un vécu d'être oublié par l'équipe majorant l'anxiété et l'inquiétude. Les recommandations nationales et les revues internationales sur la réanimation adulte et enfant apportent cependant un éclairage sur le « Family witnessed resuscitation » (FWR) (la famille en situation de témoin de la réanimation). Les publications retrouvent un vécu de plus de transparence, moins de culpabilité et une baisse du risque de deuil prolongé en cas de décès. Le témoin familial présent au cours des soins de réanimation au-delà du risque d'interférence dans le soin est exposé à un vécu traumatique possible. La simulation haute-fidélité intégrée dans les formations inclut d'ailleurs de plus en plus des éléments de gestion des proches.

Quant à la santé mentale paternelle, les études sur la santé mentale paternelle sont quasi inexistantes et ne commencent qu'à s'ouvrir à une vision plus large « coparentale ». Les nouveaux pères interrogés décrivent également une crise à l'arrivée d'un enfant en passant d'une situation de vie relativement autocentrée – y compris au sein de l'entité couple – à une charge familiale en les mettant dans une situation de vulnérabilité émotionnelle. Leur histoire peut inclure pour eux aussi des événements de violence ou de vécu difficile qu'il faudrait interroger comme on le fait pour les femmes – les facteurs de risque coparentaux semblent similaires à ceux des femmes mais leur identification est une donnée nouvelle (méta analyse de 2021) – leur prise en soins n'est toujours pas codifiée et se base à ce jour sur un modèle de soins maternels... sans certitude de leur efficacité pour eux. Il est aussi à noter que tous les troubles de santé mentale ne sont pas dépression : les troubles anxieux, la variabilité d'humeur, les addictions, les conflits conjugaux avec ou sans déclenchement d'accès de violence, ... Sont autant de tableaux cliniques démontrant la vulnérabilité émotionnelle perçue mais pas toujours identifiée par les intéressés eux-mêmes et leur entourage. « Il sort tous les soirs se détendre avec ses copains pour prendre un apéro, en quoi est-ce un problème ? » est ainsi une banalisation d'une alcoolisation quotidienne avec une vision normative.

Sur le plan biologique, les études démontrent que la testostérone diminue au cours de la grossesse et dans les suites de la naissance et ce proportionnellement à

l'implication paternelle. La Parentalité augmente l'ocytocine dès la grossesse et jusqu'à 6 mois après la naissance chez les deux membres du couple. Cela démontre une plasticité cérébrale complexe encore peu connue – mais constatée chez tout parent, y compris hors transmission génétique (couples hétérosexuels avec dons de gamètes, couples homosexuelles, ...) et peu étudiée y compris sur les effets et risques induits sur la santé mentale des partenaires de la femme. La cohorte française ELFE est une autre source de données mettant en évidence l'impact de la santé maternelle sur la santé mentale paternelle. Celle-ci étant elle-même source d'influence sur la santé physique et mentale maternelle, ainsi que celle de l'enfant (attachement sécure ou non sécure). Les troubles psychotiques et les addictions sont les troubles qui ont un impact négatif significativement démontré sur la santé maternelle et néonatale. La cohorte amène un autre éclairage en démontrant que l'augmentation du congé paternité semble réduire le risque de décompensation en santé mentale chez les pères... mais majorer le risque sûr de décompensation en santé mentale maternelle à la reprise du travail. Les chercheurs émettent une théorie de non-adaptation progressive qui existait jusqu'alors par une l'absence de congés ou leur durée plus courte.

Pour se former sur ces questions, un MOOC existe :

- La santé mentale périnatale (2023) : <https://pns-mooc.com/fr/mooc/25/presentation>
- Un livret BD : Le livret BD "Devenir Papa" qui complète ce MOOC : <https://www.epsm-lille-metropole.fr/path>

Messages clés

- L'intégration des hommes en général et des pères en particulier est une évolution relativement récente de nos sociétés en pleine mutation sociale et législative sur ces questions.
- Les données en santé mentale sont parcellaires et intègrent que peu ou pas les coparents qui ne seraient pas « des pères ». Des publications démontrent des impacts biologiques quantifiables puis sous-tendent une plasticité cérébrale.
- Dans les situations d'urgence maternelle et/ou néonatale, deux argumentations s'opposent entre :
 - Éloigner l'accompagnant pour ne pas interférer dans les soins pouvant être invasifs dans une architecture des salles de naissance ne permettant pas toujours d'avoir la place pour les intervenants. L'éloignement peut être source d'un défaut d'information et d'un vécu traumatique ;
 - Et laisser l'accompagnant être « témoin » des phases de réanimation mais pouvant tout autant être source d'un vécu traumatique.
- Le plan des 1 000 premiers jours s'ouvre sur la place du coparent comme figure d'attachement du nouveau-né et du nourrisson sans pour autant avoir toutes les réponses à la question de ses propres vulnérabilités.

Questions de formation

1/ Quelle est l'une des raisons pour lesquelles l'intégration des pères et des coparents en périnatalité reste insuffisante ?

- A) Les données en santé mentale sont principalement centrées sur les mères et peu sur les coparents.
- B) Les pères ne souhaitent pas s'impliquer dans la santé mentale périnatale.
- C) Les lois interdisent la présence des coparents dans les salles de naissance.
- D) Les professionnels de santé rejettent ces évolutions.

Réponse : A

2/ Parmi les situations d'urgence maternelle et/ou néonatale évoquées, quelles sont les deux principales options concernant la place de l'accompagnant ?

- A) L'éloigner pour éviter son traumatisme ou le laisser participer activement aux soins.
- B) L'éloigner pour ne pas interférer dans les soins ou le laisser être témoin des phases de réanimation, chaque option pouvant être source de vécu traumatique.
- C) Lui confier la prise de décisions médicales ou le placer en salle d'attente.
- D) L'impliquer uniquement une fois l'urgence gérée et le laisser s'assurer que les problématiques administratives (déclaration de naissance, ...) soient gérées.

Réponse B

ARTICLE 4 - LA SCIENCE EN PARLE

L'ODON DEVICE OBTIENT UNE MARQUE CE MÉDICAL

Pr Didier RIETHMULLER, gynécologue obstétricien PUPH CHU de Grenoble

Article rédigé par le Nicolas DUTRIAUX, sage-femme libérale (Orthez).

Intro

Alors que depuis l'avènement des forceps et de la ventouse obstétricale puis de la césarienne comme solution d'extraction fœtale en cas de dystocie aucune autre évolution technique n'avait vu le jour, un nouveau dispositif va pouvoir dans les années à venir, après formation des professionnels, arriver prochainement dans les salles de naissance.

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

L'histoire de l'ODON DEVICE commence à Buenos Aires en Argentine au début des années 2000. Un mécanicien automobile qui observe des enfants jouer sur le trottoir devant son garage. Il ne le sait pas encore, mais cette observation est sur le point de le faire basculer de la mécanique automobile à la mécanique obstétricale. Les enfants s'amuse à extraire un bouchon de liège du fond de la bouteille où il est tombé grâce à un simple sac plastique qu'ils placent à l'intérieur de la bouteille avant de le gonfler comme un ballon. En tirant dessus, le sac et le bouchon sortent de la bouteille. Jorge ODON imagine alors que cela aurait pu aider sa femme lors de la naissance de leur enfant plutôt que le recours aux forceps.

Son idée est transmise à un obstétricien et un projet d'une nouvelle instrumentation est lancé depuis 2012 soutenue par l'OMS dès 2013. Des prototypes sont créés et évoluent à partir d'expérimentation sur mannequin d'accouchement pour arriver au modèle proposé aujourd'hui et en cours d'évaluation. Un anneau plastique gonflable est inséré autour de la présentation fœtale grâce à 4 spatules en plastique guidées par une échelle graduée sur une présentation céphalique descendue au minimum à la partie moyenne de l'excavation pelvienne. Ces dernières années ont été utilisées à former des équipes pilotes dans le monde. Monaco et Besançon ont été les deux centres expérimentateurs en France complétés par une équipe anglaise pour l'Europe. Les publications issues de cette expérimentation clinique randomisée auprès de femmes volontaires qui nécessitaient une extraction instrumentale viennent de permettre un marquage CE du dispositif. La commercialisation à plus grande échelle ne sera lancée qu'après formation des professionnels.

En pratique, quelle que soit la variété de présentation, une fois sa hauteur validée par contrôle échographique, le dispositif est inséré pendant un effort expulsif autour de la tête fœtale en suivant le repère gradué. Le manchon plastique est alors gonflé avant retrait de l'inserteur tout au long d'efforts expulsifs maintenus. La traction

débute après une ultime insufflation du manchon grâce aux deux poignées tenues à une ou deux mains en suivant l'axe ombilico-coccygien traditionnel. Une bande bleue repère le passage du point de pivot sous symphysaire autorisant le dégonflage du manchon et la finalisation de l'expulsion sans rotation de la tête fœtale.

En 2023, deux publications ont rapporté les résultats français et anglais. Il s'agissait d'une étude clinique randomisée multicentrique. L'équipe anglaise était à la limite de la validation de la méthode d'extraction avec 2/3 de réussite et 90 % de réalisation d'une épisiotomie associée au geste. L'équipe de Besançon a présenté ses résultats dans cette publication : Safety and efficacy of the Odon Assist inflatable device for assisted vaginal birth : the BESANCON ASSIST study - American Journal of Obstetrics Gynecology <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2023.05.016>.

Les principales données issues de cette étude sont :

- 83 % d'adhésion des femmes ;
- Sur 104 parturientes ayant nécessité une extraction instrumentale sur singleton à terme ont bénéficié du recours au dispositif ODON DEVICE, le taux de succès avoisine les 90 % et aucune césarienne n'a été nécessaire sur les 12 % ayant nécessité une autre technique d'extraction complémentaire ;
- La pratique de protection périnéale déjà coutumière dans l'équipe n'a pas été modifiée : seulement 3 épisiotomies ont été réalisées et sans majoration du taux de lésion du sphincter anal, 45 % de périnée intact ont été rapportés.
- Les femmes et les couples rapportent un taux de satisfaction élevée par l'absence de marque sur la tête du nouveau-né en dehors de l'accommodation au bassin maternel préexistante à l'extraction. Les pédiatres ont ainsi pu relever un taux d'ictère néonatal inférieur par l'absence de résorption d'une bosse séro-sanguine fréquente après le recours à la ventouse obstétricale ou aux forceps ;
- Les 4 obstétriciens ayant participé à l'étude ont fait part de leur satisfaction également et de la facilité d'utilisation du dispositif.

La suite de l'analyse avant un déploiement à large échelle permettra de préciser la courbe d'apprentissage nécessaire au bon usage du dispositif et la comparaison dans d'autres contextes. Ce point est particulièrement scruté devant la différence majeure constatée entre l'équipe française et anglaise tant en termes de protection périnéale que de réussite de l'extraction. Les pratiques obstétricales sous-jacentes sont suspectées à travers la durée des efforts expulsifs longs de l'équipe anglaise. La pratique anglo-saxonne ayant en effet l'habitude de faire débiter les efforts expulsifs dès la dilatation complète alors que la pratique française est pour une expectative en démarrant les efforts expulsifs de manière retardée une fois

l'engagement de la présentation actée. Le recours à des taux de péridurale plus élevés en France peut aussi permettre d'expliquer ces différences de pratique. L'équipe de Besançon va accompagner une équipe éthiopienne pour évaluer dans un contexte tout autre du système de santé le dispositif.

Messages clés

- Le marquage CE du dispositif n'est qu'une étape supplémentaire dans le développement de ce nouveau dispositif d'extraction fœtale.
- Les pratiques obstétricales environnant son utilisation semblent fortement impacter les résultats tant de réussite dans son utilisation que les conséquences périnéales à la suite de son utilisation.
- Les données françaises offrent cependant une vision prometteuse pour une commercialisation à venir mais sous condition d'une formation adéquate des équipes.

Questions de formation

1/ Quel facteur est suspecté d'expliquer la différence de réussite entre l'équipe française et l'équipe anglaise dans l'utilisation du dispositif d'extraction fœtale ODON DEVICE ?

- a) La différence d'âge des patientes
- b) La durée des efforts expulsifs et la pratique obstétricale**
- c) Le type de maternité (publique ou privée)
- d) L'expérience des praticiens utilisant le dispositif

Réponse b

2/ Selon les données françaises, quelle condition est jugée nécessaire avant une commercialisation à grande échelle du dispositif ODON DEVICE ?

- a) Une réduction du coût de fabrication
- b) Une formation adéquate des équipes**
- c) Une augmentation du nombre de parturientes
- d) Une adhésion plus grande des patientes

Réponse b

ARTICLE 5 - LA SCIENCE EN PARLE

DÉPISTAGE PLUS SYSTÉMATIQUE DU CMV, UNE NOUVELLE RECOMMANDATION

Pr Olivier PICONNE, PUPH gynécologue obstétricien, Coordinateur du Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN) Léonard de Vinci (CH Colombes et CH Pontoise) – président fondateur du Groupe de Recherche sur les Infections pendant la Grossesse (GRIG).

Article rédigé par le Nicolas DUTRIAUX, sage-femme libérale (Orthez).

Intro

Jusqu'à présent le dépistage du CMV était refusé par les autorités de santé puisqu'un dépistage n'a d'intérêt que si une prise en charge codifiée ou un traitement de référence existe. Or, il y a encore peu le recours le valaciclovir n'était pas suffisamment démontré comme efficace dans la prévention des complications néonatales. C'est désormais chose faite. Ce qui a conduit la HAS à revoir sa position en 2025.

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

Toutes les sociétés savantes et institutions de gynécologie obstétrique en France comme à l'étranger reconnaissent le CMV comme un problème de santé publique. 40 à 50 % des femmes sont séronégatives au démarrage d'une grossesse, l'immunité acquise ne contre pas une réinfection toujours possible (avec les mêmes effets en termes de fœtopathie). 1 % des nouveau-nés naissent avec une infection congénitale au CMV qui est reconnue comme une des premières causes de surdité congénitale. 20 à 50 % des enfants qui sont accueillis en collectivité, dès la crèche, excrètent du CMV dans leurs sécrétions corporelles. Chez l'adulte, seulement 20 % des infections sont symptomatiques et donc 80 % ne présenteront aucun symptôme !

Les mesures d'hygiène confirment leur efficacité (lavage des mains fréquent, surtout après change et mouchage ou essuyage de larmes chez un enfant en collectivité, ne pas manger avec les mêmes couverts ni dans la même assiette ni boire dans le même verre). Les données américaines confirment une baisse des infections congénitales à CMV en période COVID entre 2020 et 2021 renforçant les données que les mesures d'hygiène sont une barrière efficace.

Pour informer les couples de cette infection, de sa prévention et de son dépistage possible, le GRIG propose un support sous forme de BD animé et de vidéos sont disponibles sur leur site Internet :

(<https://www.infections-grossesse.com/cytomegalovirus-cmv>)

et Youtube :

<https://www.youtube.com/watch?v=tHM7V82NH4>

https://www.youtube.com/watch?v=8-r16N_d5dE

Il existe aussi un Tuto'Tour de la Grossesse : <https://www.tutotour.net/grossesse>



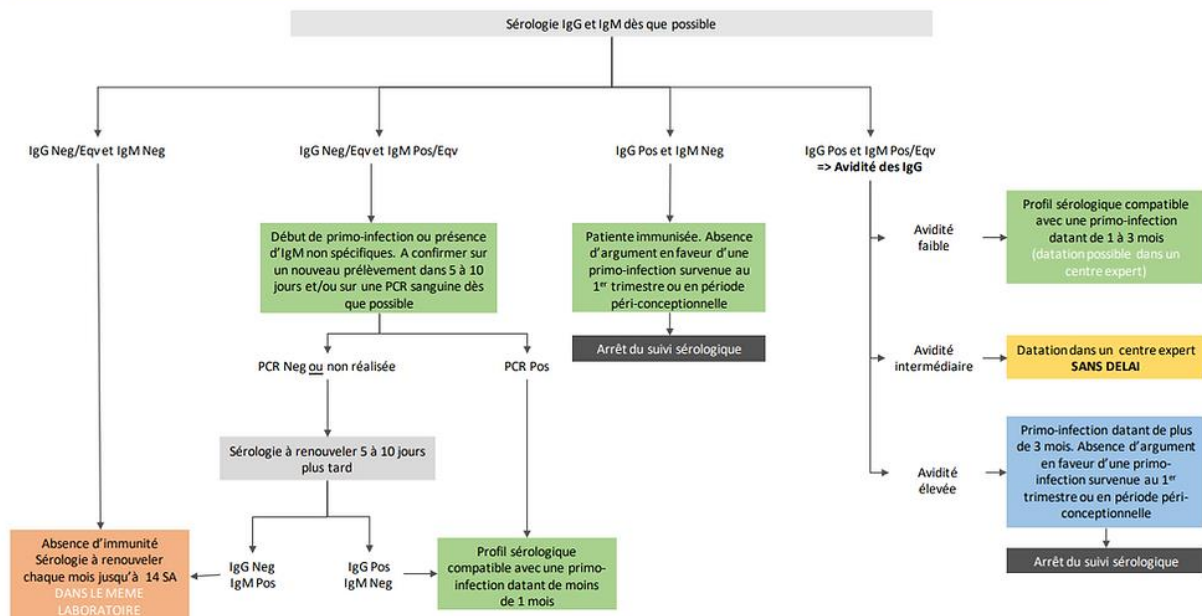
La discussion peut être ouverte à partir d'une question simple comme « Avez-vous entendu parler du CMV ? ».

Les mesures de prévention, particulièrement auprès des multipares avec enfants en bas âge en collectivité, doivent être systématiques. Le dépistage, une fois expliqué à la femme / au couple, reste une décision partagée et ne doit pas être prescrit en systématique surtout sans information préalable. Idéalement, une première sérologie devrait être proposée en préconceptionnel. En l'absence d'examen antérieur ou en cas d'absence d'Ig G et d'Ig M. (sérologie négative) lors de l'examen initial du premier trimestre, une surveillance mensuelle doit être initiée et ce jusqu'à 14SA MAXIMUM. Il est totalement inutile (et souvent ininterprétable en cas de résultats positifs) de le proposer au-delà ! Si un rattrapage est souhaité, il devra être fait sur la sérothèque de début de grossesse.

Si la sérologie retrouve une séroconversion ancienne (Ig G + et Ig M. négatives), il ne faut pas réitérer l'examen. Les recontaminations possibles (avec les mêmes risques de fœtopathie) ne sont pas identifiables ; c'est un angle mort du dépistage. Cette sérologie positive ne doit pas non plus être faussement rassurante pour les parents (contrairement à la rubéole ou à la toxoplasmose, il n'y a pas d'immunité acquise et donc pas de protection assurée contre le virus). Les mesures d'hygiène doivent donc s'appliquer dans tous les cas.

Dès lors qu'une sérologie retrouve des Ig M. seules ou des Ig G et des Ig M. positives, un contrôle 5 à 10 jours plus tard + une demande d'avidité des Ig G est recommandée. Ce second prélèvement peut être associé à une PCR sérologique.

Femme < 14 SA statut CMV négatif ou inconnu



La prévention secondaire d'une primo-infection au CMV périconceptionnelle se base sur la prescription de valaciclovir 2 g ; 4 fois par jour. Cette forte dose a montré la réduction du taux de transmission fœtale. Au minimum 8 semaines après l'infection et après 17SA, une amniocentèse sera réalisée. En l'absence de virus retrouvé dans les prélèvements, l'infection fœtale est infirmée et la surveillance ainsi que le traitement sont stoppés.

En cas de PCR virale positive sur le liquide amniotique, une surveillance échographique par 15 jours est mise en place et une IRM cérébrale fœtale sera proposée à 32SA. Le traitement est poursuivi tout au long de la surveillance. Cette prise en charge a confirmé son intérêt médico-économique et explique la mise en place du dépistage.

Messages clés

- Le dépistage cherche à identifier les primo-infections ; l'infection secondaire est un angle mort du dépistage.
- Le dépistage n'a d'intérêt que jusqu'à 14SA et ne doit pas être proposé ni poursuivi au-delà.
- Il convient de bien suivre les arbres décisionnels proposés par les Sociétés savantes et la HAS disponibles sur le site du GRIG : algorithme pour le praticien = > <https://www.unilim.fr/cnr-herpesvirus/wp-content/uploads/sites/18/2025/07/Algorithmes-CMV-clinicien.pdf>
- En cas de séroconversion confirmée, un traitement est institué et une surveillance adaptée est à mettre en place. L'amniocentèse confirmera ou infirmera la transmission fœtale afin de poursuivre ou lever la surveillance et le traitement.

Questions de formation

1/ À propos du dépistage du CMV pendant la grossesse

- a) Le dépistage du CMV doit être systématique pour toutes les femmes enceintes, quel que soit le terme.
- b) Le dépistage du CMV est pertinent uniquement jusqu'à 14SA et ne doit pas être proposé au-delà.
- c) Le dépistage du CMV permet d'identifier aussi bien les primo-infections que les recontaminations.
- d) La sérologie positive au CMV assure une protection contre le virus pour les grossesses suivantes.
- e) Le dépistage doit être proposé mais ne doit pas être imposé

Réponse b et e

2/ Concernant la prise en charge d'une séroconversion confirmée au CMV

- a) Un traitement par valaciclovir à forte dose est prescrit et une surveillance adaptée est mise en place.
- b) L'amniocentèse ne joue aucun rôle dans la confirmation de la transmission fœtale.
- c) La surveillance échographique est inutile après une PCR virale positive sur le liquide amniotique.
- d) En cas de séroconversion, aucun contrôle supplémentaire n'est nécessaire.

Réponse correcte : a

ARTICLE 6 - LA SCIENCE EN PARLE

VOYAGER ENCEINTE, QUELS RISQUES ? QUELLES PRÉCAUTIONS ?

Pr Olivier PICONNE, PUPH gynécologue obstétricien, Coordinateur du Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDPN) Léonard de Vinci (CH Colombes et CH Pontoise) – président fondateur du Groupe de Recherche sur les Infections pendant la Grossesse (GRIG).

Dr Yoann ATHIEL, gynécologue obstétricien, Paris

Article rédigé par le Nicolas DUTRIAUX, sage-femme libérale (Orthez).

Intro

La demande d'un certificat médical pour voyager en avion notamment est une demande fréquente des patientes. La responsabilité du professionnel de santé est engagée par ce certificat et il convient donc de respecter certaines règles. Tout d'abord une information sur les risques liés à ce voyage surtout en pays étrangers est un préalable et il conviendrait de recommander de renoncer au voyage. Cet avis « sous pression » des patientes conduira à émettre un certain nombre de préconisations préventives puisque la plupart du temps, elles partiront quel que soit l'avis émis par le professionnel référent du suivi de grossesse.

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

Le Pr PICONNE rappelle que presque toutes les infections virales comme bactériennes peuvent avoir un retentissement possible chez la mère, le fœtus et le nouveau-né. La surveillance épidémiologique mondiale retrouve des endémies (présence habituelle d'une maladie dans une région déterminée), des épidémies par vague ainsi que des virus émergents connus et inconnus – notamment en Amérique Latine. Le DAN Léonard de Vinci coordonné par le Pr PICONNE assure les expertises de DAN de la Guyane et assure donc un suivi spécifique de cette zone géographique.

On retrouve ainsi en Amérique du Sud : la Dengue, le Paludisme, la Syphilis, la Leptospirose, la Fièvre jaune, Zika, Chik, Tonate et oropouche. Ces deux nouveaux virus identifiés au Brésil ont confirmé un retentissement fœtal possible avec des conséquences proches de Zika (atteinte cérébrale, microcéphalie, ...).

L'Afrique est concernée par : le Paludisme, Zika, Mpox (il ne circule pas que dans les populations homosexuelles masculines !), le HIV, la Tuberculose, Ebola, la Fièvre jaune.

L'Asie regroupe : le Mers, le méningocoque, la rougeole, les hépatites.

Ces prédominances ne sont pas exclusives et ces pathologies circulent – comme le foyer de Chikungunya en région de Bergerac en cette fin d'été sur le territoire métropolitain.

En cas de voyage, il faut donc adapter notre vigilance et nos conseils à la zone géographique vers laquelle se dirige la patiente. Une information sur les maladies endémiques et les épidémies en cours est nécessaire. En dehors du risque infectieux, il convient de se renseigner sur la typologie et les moyens d'accès au système de santé locale : quelles ressources en soins de santé et particulièrement en quels accès aux soins obstétricaux ? Inadéquation du suivi médical pendant la grossesse – Incompatibilité des pratiques obstétricales. Quels coûts et quelles prises en charge financières des soins sur place ? Quel remboursement possible au retour en France ? etc.).

Il est vivement conseillé de se renseigner sur les contrats d'assistance – en rappelant que nombre de contrats de paiement bancaires par carte proposent des assurances couplées.

- ➔ Un conseil en cas de départ à l'étranger : il est fortement recommandé de s'inscrire sur Fil d'Ariane proposé par le Ministère des Affaires Étrangères : <https://fildariane.diplomatie.gouv.fr/fildariane-internet/accueil>
Ce service public « permet **de recevoir des alertes durant votre voyage** » mais n'est ni une assurance ni un moyen d'être géolocalisé en cas de problème.
- ➔ Le Quai d'Orsay propose aussi sur son site des fiches conseils aux voyageurs et permet, ainsi que les conseils ajustés par pays de destination – notamment les vaccins à réaliser avant le départ. En fonction de la zone, un contrôle du calendrier vaccinal proposé par le Ministère de la Santé est donc souhaitable.

Il faut rappeler aux femmes qu'un vol aérien est par définition un désert médical tout au long du trajet, tout comme éventuellement le lieu de villégiature. Or, les vols en avion sont une situation d'hypercoagulabilité majorée d'une stase veineuse + /- couplé aux risques préexistants avec la grossesse (risque thromboembolique X5) et surtout dans les premières semaines du post-partum (risque thromboembolique X20 à X80). Des études de 2020 retrouvent une légère augmentation significative par suite d'un voyage en avion mais il faut reconnaître qu'en valeur absolue ce risque est < 1 %. Il ne faut donc pas non plus utiliser cet argument comme seule opposition. Les conseils courants sont valables : marcher régulièrement (pour les vols > 2 heures), réaliser des exercices d'étirement, porter des vêtements amples et non constrictifs, porter des bas de contention force II (toutes femmes enceintes devraient en porter au cours du 3^e trimestre et pour les 3 à 6 semaines du post-partum). Il faut aussi rappeler la nécessité de boire très régulièrement sans attendre d'avoir soif – comme dans son quotidien par ailleurs. La thromboprophylaxie n'a fait l'objet d'aucune étude dans le cas spécifique des voyages en avion. Les femmes enceintes présentant des facteurs de risque identifiés pourront cependant en discuter avec un médecin pour évaluer l'intérêt éventuel de lui en faire bénéficier. Dans les facteurs de risque reconnus, il est retrouvé l'obésité, la thrombophilie significative, certaines complications obstétricales.

Pour revenir à la question du certificat, la réglementation dépend exclusivement de la compagnie aérienne. La demande d'un certificat n'a rien de systématique ni d'obligatoire. Pour certaines, seul un âge gestationnel donné fixe la contre-indication (35 à 37SA généralement, souvent moins en cas de grossesse gémellaire) – par crainte d'une naissance en vol. Ce risque est à pointer avec les conséquences sur l'état Civil de l'enfant : nationalité étrangère, risque de non-reconnaissance et d'être considéré comme apatride, ... Dans ce cas, la compagnie aérienne n'a besoin que d'une simple attestation reprenant les dates de début et de fin prévisible de grossesse pour s'assurer le respect de leur règlement interne quant à l'âge gestationnel. Pour les compagnies plus précautionneuses demandant un certificat médical, le seul qu'il est possible d'émettre à la date de l'examen est un certificat médical de non-complication et du déroulé normal de la grossesse à date. Il est légalement et déontologiquement impossible de se prononcer sur l'absence de risque ou d'une non-contre-indication lié au vol. Il faut éviter les formulations « le vol ou le voyage est non contre-indiqué » car cela sous-tendrait une projection impossible sur le déroulé de la grossesse au-delà de la consultation de constatation.

La littérature médicale s'est aussi interrogée sur les risques d'arrêt naturel de grossesse ou des conséquences au-delà du 1^{er} trimestre de l'hypoxie relative à la pressurisation des cabines et au rayonnement en altitude. En dehors des personelles des compagnies aériennes qui ont été comparées à une population générale ayant pris ou non l'avion, il ne semble pas y avoir de surrisque – celui-ci étant faible et non significatif pour la plupart des auteurs. La perturbation des rythmes circadiens semblant plus à même d'être un facteur confondant. Elle pointe surtout le risque de l'apparition d'une complication comme un saignement utérin pendant le vol dans une situation de « désert médical » sans que le vol ne soit la cause de ce saignement. Des études ont évalué les RCF au cours de vols long-courriers ; il n'y a pas de modification significative confirmant l'absence d'impact hypoxique sur les fœtus.

Au-delà de l'avion, quid des compagnies maritimes ? Les bateaux de croisière refusent souvent les femmes enceintes dès 24SA. Les questionnements sur le lieu de destination doivent aussi interroger le type de climat, l'accès à la nourriture et les règles d'hygiène sur place, quelle sécurité sanitaire des aliments est mise en place ? L'altitude ne pose de problème en tant que telle – il y a souvent confusion avec les activités physiques à forte intensité qui sont contre-indiquées au-delà de 2500 mètres.

Pour un départ en post-partum, l'avis du pédiatre pour le nouveau-né est aussi à demander. En conclusion, le voyage justifie-t-il le stress associé à son organisation et à son bon déroulement sur place ?

Messages clés

- Le risque infectieux est le principal risque associé aux voyages à l'étranger avec des conséquences maternelles, fœtales et néonatales possibles
- Les conseils doivent être adaptés à la destination et tenir compte des préconisations du Ministère des Affaires Étrangères.

- La thromboprophylaxie médicamenteuse n'est pas recommandée mais peut être discutée sur facteur de risque selon la durée du vol prévue.

Questions de formation

1/ Quel est le principal risque associé aux voyages à l'étranger pour une femme enceinte ?

- a) Le risque thromboembolique
- b) Le risque infectieux
- c) Le risque d'hypoxie pour elle et son fœtus en vol ou pour les destinations d'altitude
- d) Le risque d'accouchement prématuré en cours de voyage

Bonne réponse : b) Le risque infectieux

2/ Que doit-on éviter de mentionner dans un certificat médical pour autoriser un vol chez une femme enceinte ?

- a) Les dates de début et de fin prévisible de grossesse
- b) L'absence de complication à la date de l'examen
- c) La non-contre-indication du vol pour toute la grossesse
- d) Le déroulé normal de la grossesse à date

Bonne réponse : c) La non-contre-indication du vol pour toute la grossesse

ARTICLE 7 - LA SCIENCE EN PARLE MANGER, BOUGER, DORMIR : QUELS CONSEILS SONT PROPOSÉS AUX FEMMES ENCEINTES ?

Dr Clélia BLANCHI, Médecin nutritionniste & diététicienne (Marseille)

Dr GUICHARD, médecin du sommeil (Bordeaux)

Nicolas DUTRIAUX, sage-femme libérale (ORTHEZ)

Article rédigé par le Nicolas DUTRIAUX, sage-femme libérale (Orthez).

Intro

La période de grossesse permet une fenêtre de prévention susceptible d'irradier sur la famille dans son ensemble. C'est donc un moment clé pour proposer des outils pratiques pour mieux manger, mieux bouger et mieux dormir.

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

ALIMENTATION :

L'alimentation « occidentale moderne » riche en sucre graisse sel, surtout dans les produits hypertransformés, a un impact sur la femme la mère et le nouveau-né – l'enfant en programmant nombre de pathologies métaboliques, cardiovasculaires voire cancéreuses au long cours. L'alimentation méditerranéenne avec ses apports en oméga 3, en iode, etc. aura un impact positif sur le devenir de la grossesse – et donc le déroulé de l'accouchement. L'impact au-delà sera sur les habitudes alimentaires de l'enfant. Il pourrait aussi y avoir un lien entre « malbouffe » et santé mentale maternelle dégradée.

L'association Alim'Mater a été fondée par Clélia BLANCHI pour « lutter contre les inégalités de santé » face au constat que les femmes ne disposent pas toutes du même capital « pour adopter une alimentation adaptée à leur situation et aux besoins de leur enfant ». L'équipe pluridisciplinaire de professionnels de santé, de chercheurs et d'acteurs de terrain propose une approche scientifique, inclusive et pragmatique. En se basant sur le programme des 1 000 premiers jours, l'association propose une application gratuite et accessible à toutes et tous, des fiches en *facile à lire et à comprendre* (FALC) tout en s'adaptant aux conditions de vie de chacun (précarité, culture, ...). Les conseils sont ainsi personnalisés en s'adaptant au budget de chaque famille et s'ajustent au gré des besoins de la femme (comme un ciblage en cas de diabète gestationnel par exemple). Les féculents intègrent aussi

les sources plus exotiques comme le manioc ou l'igname pour être au plus proche de la culture de chacune.

Grâce à cet outil, les femmes disposent d'articles, d'une boîte à recettes personnalisée et des idées pragmatiques au plus près du quotidien pour que les leviers soient simples, faciles et qu'ils durent dans le temps.

C'est l'occasion de rappeler que seul l'acide folique doit être systématiquement prescrit si possible dès le préconceptionnel jusqu'à 15SA (fermeture du tube neural). Les études commencent à pointer un fort taux de recours à une automédication multivitaminique entraînant des risques de surdosage. Le zinc est ici cité en exemple où la fenêtre de sécurité est étroite et le cumul peut vite amener à dépasser les normes recommandées.

Les restrictions alimentaires usuelles concernant le risque infectieux (listéria, toxoplasmose) sont contournées par une cuisson prolongée à 70 degrés (« cuisson à cœur – tout est de la même couleur ») tout en rappelant que la surgélation n'est pas une solution – y compris pour le toxoplasme contrairement aux idées reçues. Cela est aussi vrai pour les fromages au lait cru qui peuvent donc être consommés en préparation culinaire chaude (pizza, tartes salées, ...). Cette approche permet de varier les groupes d'aliments et les aliments consommés avec modération mais sans se priver. Il est aussi rappelé que les préconisations sont d'adjoindre 2 produits laitiers par jour à ses repas.

Le concept des 1 000 premiers jours tend à s'élargir en préconceptionnel (les « 1 100 premiers jours »), cela inclut de fait le coparent dans la démarche. L'impact sur la famille entière y compris en cas de pathologie chronique à court moyen et long terme est donc renforcé. Si on ne modifie pas la qualité, la quantité augmentant avec les besoins chez les femmes enceintes, cela majore les carences. Il faut alors sortir des « interdits ou des aliments déconseillés » par un discours positif qui propose les « aliments autorisés » avec des recettes simples au plus proches de la culture de la femme. Les bénéfices se répercutent alors sur le post-partum et sur la diversification du bébé dans un continuum. Les fruits à coque sont une solution simple et peu coûteuse par exemple pour les collations et goûters de toute la famille. Le passage au riz complet sans restriction ni s'opposer à leur culture est un autre exemple facile à mettre en place par les familles.

Une femme enceinte sur 6 est concernée par le diabète gestationnel qui ne s'arrête pas à l'accouchement. Le risque de diabète au long cours dans les 3 à 5 ans est multiplié par 17. L'intégration de nouvelles habitudes alimentaires (plutôt que de parler de régime) est un gain de santé certain. En interventionnel dès le préconceptionnel, il est démontré une réduction de 40 % de risque de diabète gestationnel.

Pour les femmes végétariennes, la variété des habitudes amène à adapter la supplémentation de manière très personnalisée. Il est possible de proposer un bilan complet – comme cela est proposé pour les femmes ayant connu une chirurgie bariatrique. Il faut cependant aviser les femmes qu'une partie des dosages est

« hors nomenclature » et donc sans prise en charge CPAM. Il faut investiguer les automédications de compléments alimentaires pour éviter toute supplémentation tout aussi péjorative que la carence.

Pour les troubles courants comme la constipation, une étude européenne a démontré que la consommation de 2 kiwis par jour avait un impact significativement positif sur l'amélioration du transit.

Une question a enfin été posée sur les aliments lactofermentés (kéfir de fruits, kéfir de lait, ...). Il faut éviter les fermentations maison qui par définition ne sont pas pleinement maîtrisées. Pour les produits achetés, il est possible de les consommer juste après ouverture uniquement.

L'activité physique pendant la grossesse

Pourquoi ?

Les premiers freins à l'activité physique pendant la grossesse sont l'entourage de la femme enceinte (comme pour les femmes atteintes en suites de cancer du sein comme l'a indiqué le Dr Carole MAITRE gynécologue à l'INSEP, « il faut te ménager et reposer ») et les professionnels de santé eux-mêmes. Il reste dans les habitudes de prescrire du repos dans le cadre des pathologies obstétricales comme les retards de croissance ou la menace d'accouchement prématuré... Sans qu'aucune étude n'en soit démontrée l'intérêt ! Au contraire, les études existantes démontrent que l'activité physique régulière Amélioration de l'hémodynamique et de la perfusion placentaire, une réduction des risques de complications hypertensives et de prééclampsie, une moindre prise de poids maternel (sans impact réel sur le poids fœtal), une réduction du risque de diabète gestationnel et un meilleur contrôle des glycémies lorsqu'il survient (l'action sur la résistance à l'insuline démontre un taux de fertilité augmenté dans le cadre des SOPK), une action positive sur la santé mentale. L'accouchement semble également plus favorablement spontané (-24 % d'extraction instrumentale) – l'impact sur le taux de césarienne n'est pas clairement démontré en revanche. Les femmes pratiquantes déclarent un meilleur sommeil, une moindre stase veineuse.

Les craintes évoquées quant au risque d'effet tératogène lié à l'hyperthermie sont infirmées. Au contraire, les gains de santé maternels infantiles se prolongent dans le temps avec pour les deux un meilleur développement neurologique et une protection contre les maladies neurodégénératives – d'où l'incitation à maintenir cette activité tout au long de la vie. Certaines études ont même démontré un impact sur le microbiote par un effet épigénétique.

La baisse de résistance à l'insuline explique probablement le lien entre protection contre les cancers et activité physique.

Quoi ?

Les recommandations tendent toutes (HAS, NICE anglais, collèges de gynécologie américains et canadiens, CNSF, ...) tendent tous vers une même recommandation :

une activité physique de 30 minutes, au moins cinq fois par semaine, ou 150 minutes par semaine, d'intensité modérée, toujours en aérobie en dehors des activités à risque de chute ou de traumatisme et de la plongée sous-marine. Cette durée peut être portée à 40 45 minutes 7/7 pour les sportives de haut niveau. Mieux vaut une activité répétée de courte durée que de réaliser 150 minutes une seule fois par semaine.

Il convient de bien préciser que ce qui compte, c'est de lutter contre la sédentarité une absence de mouvement et de travail musculaire plus de 7 heures par jour... Ce qui est très rapidement atteint par les activités professionnelles de bureau ou de commerces et le temps d'écran devant la télévision en soirée). L'activité physique est le mouvement corporel par contraction des muscles squelettiques avec augmentation de la dépense énergétique. L'exercice physique est une activité physique programmée, structurée et répétitive pouvant devenir une activité sportive lorsque des règles communes de réalisation sont édictées par une fédération. Cette différence permet d'amener vers l'objectif santé d'une activité physique et non d'une pratique sportive qui peut rebuter.

Cette activité doit cependant démontrer une augmentation de la dépense énergétique par des repères simples :

- Elle est dite légère en l'absence de modification du rythme cardiaque et de la fréquence respiratoire, sans transpiration ;
- Elle est dite modérée lorsque le rythme cardiaque augmente légèrement et que l'on ressent un léger essoufflement qui permet de maintenir une conversation, la transpiration débute ;
- Elle dite élevée lorsque l'essoufflement rend difficile la conversation, le rythme cardiaque augmente et la transpiration est franche ;
- Elle est très élevée lorsque le rythme cardiaque double, que l'essoufflement ne permet plus de parler, la transpiration est importante.

Ces repères sont les éléments de prescription d'une activité physique adaptée (APA ou « sport sur ordonnance »). Mais ils sont aussi des repères simples pour nos patientes. Ils seront adaptés à l'activité initiale hors grossesse en tenant compte des difficultés de chacun. Tout est mieux que rien !

L'encouragement s'accompagnera, conformément aux recommandations, de conseils alimentaires personnalisés et surtout d'hydratation ! Professionnels comme patientes renonceront à « essayer » - ce qui programme une forme d'autosabotage et il faudra encourager à partir de verbes d'action (« faire », « marcher », « courir », « danser », ...). C'est le moment de rappeler que nous visons la sortie de la sédentarité ; les activités quotidiennes de jardinage, de ménage, de marche de gestion (aller chercher les enfants, faire les courses, ...) sont autant de points déjà gagnés.

Quelles précautions ?

La seule vraie contre-indication est la plongée sous-marine. Le risque de chute en course à pied ou à vélo ou à cheval est minime si les activités étaient préexistantes avant la grossesse et qu'elles n'ont pas été interrompues pendant le 1^{er} trimestre (par

les nausées ou des saignements utérins par exemple). Le corps a ainsi pu s'adapter aux modifications du schéma corporel et à l'hyperlaxité progressivement acquise sous l'effet des hormones de grossesse. En revanche, ces activités seront adaptées en cas de pause de plus d'un mois (vélo d'appartement, promenade à pied avec les chevaux, marche rapide plus que course).

L'altitude n'est pas un problème dans les limites de 2 500 mètres où les activités d'intensité élevée sont alors proscrites (les activités légères voir modérées restent possibles).

Il faut également tenir compte du climat, notamment des fortes chaleurs en décalant ses sorties le matin ou le soir et surtout en adaptant sa quantité d'eau prise avant, pendant et après l'activité.

Le guide du ministère des Sports et de la Santé – co-écrit par G. BONTEMPS à la suite de son mémoire de fin d'études de sage-femme, prodiguent de nombreux conseils. Il rappelle les vraies contre-indications obstétricales : la rupture prématurée des membranes, le travail prématuré (ou > 2 naissances prématurées dans les antécédents), les saignements vaginaux non diagnostiqués et le placenta prævia confirmé, les béances cervicales avec ou sans cerclage, la prééclampsie avérée. Les autres risques obstétricaux amèneront plutôt à une régulation vers une intensité légère à modérée qu'un arrêt ou une interdiction formelle. Le diabète gestationnel sera au contraire une indication à sa poursuite ou à sa mise en place ! Le guide offre aussi un modèle de certificat pour les professionnels médicaux pour valider les pratiques.

Comment ?

En se basant sur l'entretien motivationnel. Que faites-vous déjà ? Et en valorisant ces premiers points. Que faites-vous comme activité dans la charge quotidienne ? Et que faites-vous ou qu'aimeriez-vous faire en loisir qui vous ferait réellement plaisir ? Là aussi, on ne vise pas l'exercice physique ou la pratique sportive mais bien l'activité ! Rappeler cette différence est pour beaucoup de femmes un point rassurant et d'encouragement. Il est possible pour les exercices de s'aider d'applications – plusieurs sont validées par le contrôle des contenus par des professionnels de la santé et/ou du sport. Les outils connectés comme les montres qui comptent les pas lancent de petits défis quotidiens. Et votre entourage (qui est souvent réticent !), comment peut-on l'inclure lui aussi (partenaire, famille, ami-es, ...) ? Ou au contraire, êtes-vous mieux et plus sereine en étant seule ? Pour installer une routine, il faut 60 jours minimum ; chaque petit plus au jour le jour amènera à instaurer une habitude qui deviendra nécessaire de poursuivre en post-partum ou de reprendre parce que sera vécue comme « un manque » à l'interruption des premiers jours.

Mon activité m'amène à proposer également une possibilité d'être soutenue par la zoothérapie (« on ne va pas marcher, on sort le chien »).

Autant il n'est pas possible de passer de 0 activité aux 150 minutes semaine, autant il ne sera pas possible de passer de 2 heures jour à 0. Les sportives de haut niveau poursuivront donc en ajustant leur temps d'entraînement et leur intensité à leurs ressentis. Les coéquipiers devront être avertis pour s'adapter – spécifiquement dans les arts martiaux où les combats seront revus et stoppés au-delà du 2e trimestre. La visualisation, les entraînements au kata en solo etc. pourront en revanche tout à

fait être encouragés. La récupération post-partum chez elles comme pour toutes femmes tiendra compte des lésions périnéales et sera progressive mais aussi rapide que possible sans temps de latence pour les exercices d'étirement. Le retour à la discipline sera accompagné tout autant secondairement avant un retour à la compétition.

Et le sommeil ?

En préambule, il est rappelé que 75 % de la recherche sur le sommeil concerne les hommes... 90 % des femmes porteuses d'une apnée ne sont pas diagnostiquées. Après un rappel des évolutions physiologiques du sommeil chez la femme enceinte (majoration au 1^{er} trimestre, lissage au 2nd et insomnie par raccourcissement des phases de sommeil profond au 3^e trimestre), il est relevé que les plaintes de troubles du sommeil se majorent au fur et à mesure du 3^e trimestre et jusqu'à ce que l'enfant fasse ses nuits. Les impatiences nocturnes et autres crampes ou syndrome des jambes sans repos, les pollakiuries et nycturies sont aussi des plaintes somatiques qui perturbent le sommeil.

Évolution physiologique : 1^{er} trimestre : augmentation du temps de sommeil, somnolence diurne, se lisse sur 2^e trimestre et insomnie au 3^e trimestre et sieste

L'apnée du sommeil est un collapsus par obstruction complète des voies aériennes supérieures qui entraîne un microréveil pour lever l'obstruction avec un risque cardiovasculaire et une fatigue chronique en journée (risque accidentel, trouble de santé mentale, ...). Elle est favorisée chez la femme enceinte par une congestion nasale et l'ascension diaphragme couplée à un œdème pharyngé. La prise de poids avec augmentation de masse grasseuse entraîne aussi une variation de la fréquence respiratoire. Ainsi 4 % des femmes enceintes ont plus de 15 apnées par nuit. Les facteurs de risque sont HTA chronique, surpoids, tour de cou élevé, grossesse tardive – âge, diabète gestationnel et plaints de ronflements par la femme elle-même ou le/la partenaire. C'est cette population qu'il convient d'adresser en consultation de pneumologie ou du sommeil pour une polysomnographie. L'appareillage pour une pression positive respiratoire nocturne minore ainsi les complications à type d'HTA gravidique et de prééclampsie (jusqu'à – 35 %). Un autre signe qui peut alerter en clinique courante est une plainte de l'endormissement > 30 minutes et des difficultés de réveil de plus de 30 minutes réveils avant le lever. L'expression d'un sommeil non réparateur avec impacts sur la journée est aussi un signe d'alerte.

Le syndrome des jambes sans repos (crampes, impatiences, mouvements réveillant des membres inférieurs, ...) est des mouvements périodiques des pieds qui fragmentent le sommeil. Il faut alors rechercher une origine familiale, une carence en fer ou en folates. Les changements hormonaux liés à la grossesse sont aussi une cause reconnue.

Les troubles du sommeil peuvent aussi être un signe d'un problème de santé mentale comme un trouble anxieux par exemple. Le questionnement émotionnel est donc primordial.

Dans tous les troubles du sommeil, il est conseillé de revoir la gestion des écrans et la consommation de café le soir. C'est pourquoi, l'approche en thérapie cognitivo-comportementale est la plus recommandée. Charles MORIN propose des conseils dédiés pouvant être transmis par des professionnels de santé dans son ouvrage « Vaincre les ennemis du sommeil ». L'activité physique est également une partie de la solution à l'ensemble des parasomnies.

Messages clés

- La grossesse est une opportunité pour transmettre des conseils santé qui diffusent dans les familles et peuvent perdurer au-delà. Il faut autant que possible les transmettre dès le préconceptionnel.
- Que ce soit pour l'alimentation, le sommeil ou l'activité physique, une approche pragmatique à partir de la réalité de vie des patientes est primordiale.
- Le ni trop ni trop peu est valable pour les 3 volets également en tenant compte que les changements ne seront pas immédiats ni extraordinaires du jour au lendemain.

Questions de formation

QCM : Alimentation, Activité physique et Sommeil chez la femme enceinte

Partie : Alimentation

1/ Quel est le meilleur moment pour transmettre des conseils nutritionnels à une femme ?

- A. Durant le 3e trimestre de grossesse
- B. Dès la période préconceptionnelle**
- C. Au moment de l'accouchement
- D. Après la naissance de l'enfant

Réponse B

2/ Selon le texte, quelle approche est recommandée pour aborder l'alimentation des patientes ?

- A. Une approche stricte et uniforme
- B. Une approche basée sur la réalité de vie des patientes**
- C. Une approche standardisée internationale
- D. Aucune recommandation

Réponse B

Partie : Activité physique

1/ Quel est l'impact de l'activité physique sur les troubles du sommeil chez la femme enceinte ?

- A. Aucun impact

- B. Peut contribuer à l'amélioration des parasomnies
- C. Aggrave les troubles du sommeil
- D. Provoque des insomnies

Réponses B

2/ Quelle recommandation générale s'applique à l'activité physique pendant la grossesse ?

- A. En faire le moins possible
- B. Pratiquer une activité physique adaptée, sans excès ni insuffisance
- C. Faire uniquement de la musculation
- D. Se limiter à la marche lente

Réponse B

Partie : Sommeil

1 / Quel pourcentage de femmes enceintes présentent plus de 15 apnées par nuit ?

- A. 1 %
- B. 4 %
- C. 10 %
- D. 20 %

Réponse B

2/ Quelle méthode est la plus recommandée pour la gestion des troubles du sommeil pendant la grossesse ?

- A. Prise de somnifères
- B. Thérapie cognitivo-comportementale
- C. Isolement sensoriel
- D. Augmentation de la consommation de café

Réponse B

ARTICLE 8 - LA SCIENCE EN PARLE

LE THM APRÈS 60 ANS, PEUT-ON LE DÉMARRER ? PEUT-ON LE POURSUIVRE ?

Pr Geneviève PLU-BUREAU – gynécologue médicale, Paris

Dr Christine ROUSSET-JABLONSKI – gynécologue médicale, Lyon

Pr Florence TRÉMOLLIÈRES – gynécologue médicale, Toulouse

Dr Gérard BOUTET – gynécologue, La Rochelle

Article rédigé par le Nicolas DUTRIAUX, sage-femme libérale (Orthez).

Intro

Bien que, à ce jour les sages-femmes n'aient pas la possibilité de prescrire les traitements hormonaux de la ménopause (THM), elles peuvent orienter les patientes pour en discuter avec un médecin. Connaître les indications et surtout l'isolement des facteurs de risque peut permettre d'éviter une orientation inutile si des contre-indications sont présentes ou ne pas induire de faux espoirs d'accès aux patientes. Pointer les facteurs de risques (ou leur absence) permettra en revanche d'appuyer la demande pour permettre au médecin d'évaluer l'intérêt de sa mise en place. De plus, certains de ces facteurs de risque sont modifiables et c'est donc là tout le rôle préventif des consultations de sages-femmes à cette période.

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

Depuis 2004, la Haute Autorité de Santé (HAS), la Société Française de la Ménopause (GEMVI), le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) comme nombre de recommandations internationales préconisent de débiter tôt, sans attendre une ménopause confirmée, sur la durée la plus courtes possible dans les limites de 10 ans. Ces recommandations ont fait suite à la publication d'un article sur les deux études Women Initiative Study (WHI) au début des années 2000 démontrant un surrisque de cancer du sein et d'accident cardiovasculaire notamment des accidents vasculaires cérébraux chez les femmes suivant un THM. Ces études étaient basées sur les protocoles américains (œstrogène combiné équin (ECE) per os avec de la médorxyprogestérone acétate ou de l'ECE seul débutés une fois la ménopause confirmée) – qui diffèrent du THM « à la française » qui utilise de la progestérone naturelle per os couplée à un œstrogène naturel par voie transcutanée débutée plus précocement en périménopause. Les accidents constatés ont amené les investigateurs à stopper l'étude et à publier ces résultats conduisant à une crise mondiale et amenant les prescripteurs comme les femmes à renoncer à ces traitements en France comme ailleurs. Qu'en est-il en 2025, avec du recul ?

La périménopause débute dès les premières variations hormonales une quinzaine d'années avant la ménopause (moyenne à 35 ans) avec les premiers troubles du

climatère pouvant débuter 10/11 ans avant (vers 40 ans). Elles peuvent alors perdurer encore plusieurs années après la ménopause effective – soit 20 à 30 ans de troubles pour certaines femmes ! L'IMC élevé est un facteur de risque notable. Même sans bouffées de chaleur, la périménopause peut s'accompagner de troubles du sommeil, de douleurs articulaires, d'une baisse de la densité osseuse, d'un syndrome génito-urinaire (ou SGUM = sécheresse intime, troubles urinaires à type d'incontinence), ... Ces difficultés peuvent aussi s'étendre sur de nombreuses années avant et après la ménopause effective dont la définition reste clinique à postériori : 12 mois sans règles. Le déficit en œstrogène lié à l'âge (DOLA comme certains la nomme) est source également de risque cardiovasculaire propre (la Swan Study retrouve un risque augmenté chez les femmes présentant au moins 6 bouffées de chaleur quotidiennes pendant au moins deux semaines). Les accidents cardiovasculaires tuent plus que les cancers chez les femmes – notamment en France. C'est pourquoi, il a été important de se poser la question de réhabiliter le THM. Or, il a aussi été démontré qu'à son arrêt, un rebond du risque est constaté sans compter le retour des symptômes et plaintes qu'il devait corriger (trouble du climatère, baisse de densité osseuse, SGUM, ...). Il est donc tout aussi licite de se questionner sur la possibilité de poursuivre au-delà de 60 ans.

Les règles de prescription actuelle d'un THM réhabilité sont donc revues pour contrer les effets visibles (plaintes des patientes comme bouffées de chaleur et SGUM) et invisibles (pertes de densité osseuse, risque cardiovasculaire majoré, augmentation de la résistance à l'insuline avec risque oncologique associé, risque de maladie neurovégétative). Le THM n'est pas une prévention secondaire d'accident cardiovasculaire, d'apparition de troubles neurodégénératifs, d'ostéoporose. Le THM peut être débuté avant la ménopause mais ne doit pas être institué plus de 10 ans après sa confirmation clinique. Au-delà de 50 ans, la voie transcutanée ou vaginale avec un œstradiol naturel est à privilégier pour éviter la voie digestive d'un ECE. La progestérone, privilégiée au progestatif, vient corriger un risque de cancer endométrial et ne doit donc pas être prescrite chez les femmes hystérectomisées.

Les femmes sous THM « à la française », d'après les données actualisées présentent un effet neutre voir une diminution du risque cardiovasculaire au moins jusqu'à 60 ans. Il est même constaté une baisse de la mortalité toute cause confondue. En revanche, il est bien confirmé que plus le démarrage du traitement débute tard après la ménopause, plus, au contraire, les risques cardiovasculaires se majorent. Dans cet intervalle de 10 ans après la ménopause, le vieillissement artériel et le dépôt de plaques d'athérome ont débuté. La mise en place d'un THM peut alors rompre une plaque existante, ce qui explique ce constat. Au-delà de 60 ans, il est donc recommandé de ne pas initier un THM mais il semble possible de le poursuivre s'il a été introduit précocement. La limite de traitement ne serait donc plus « sans dépasser une durée de 10 ans de traitement » mais plutôt « sans dépasser l'âge de 70 ans ». Le screening des facteurs de risque doit être systématique à l'initiation comme au renouvellement avec action sur les facteurs modifiables possibles pour poursuivre le traitement.

En cas de risque cardiovasculaire faible, si l'examen gynécologique est normal, il est possible de poursuivre le THM. En cas de risque cardiovasculaire modéré, un avis

cardiologique est à demander et peut amener à contre-indiquer le THM tout comme les risques élevés. Dans le screening, il faut rechercher une insuffisance ovarienne précoce, une naissance prématurée, du diabète gestationnel ou de complications hypertensives dans l'historique obstétrical, le SOPK et autres troubles dyslipidémiques et glycémiques (recherche des résistances à l'insuline comme l'obésité avec prédominance de l'adiposité abdominale), les maladies inflammatoires auto-immunes – y compris l'endométriose qui peut rentrer dans cette définition, les migraines avec aura, la sédentarité, le tabagisme (y compris arrêté depuis < 3 ans) ainsi que les antécédents familiaux.

Pour les risques de cancer, il semble malgré tout que le cancer du sein soit majoré au-delà de 5 ans de traitement (surtout si traitement combiné, le risque individuel revenant au point de départ après 5 ans d'arrêt du THM). Toutefois, les modèles américains en données absolues ne retrouvent pas plus de 15 cas pour 1000 utilisatrices avec le recours aux ECE. Cette modélisation en risque absolu n'existe pas sur les données françaises. La surveillance mammographique est donc importante avec un focus sur les éventuelles calcifications qui pourraient être un signe d'alerte faisant préconiser un arrêt du THM tout en rassurant les patientes. Au-delà de 60 ans, il faut tenir compte qu'il s'agit de la tranche d'âge où se situe le pic d'incidence des cancers du sein. Pour le cancer de l'ovaire, le THM pourrait être en partie promoteur mais il a un pic d'incidence plus tardif avec un surrisque qui perdure au-delà de l'arrêt du THM. Le traitement séquentiel et progestérone naturelle semble plus protecteur sur le cancer de l'endomètre sans différence majeure à + /- 5 ans d'utilisation. Le THM, comme la contraception hormonale, baisse le risque de cancer du pancréas, du cancer colorectal, de l'œsophage et peut être aussi du poumon.

En tenant compte de ces éléments, la balance bénéfice - risque est très favorable au THM. Il aura aussi un effet bénéfique sur le risque ostéoporotique qui s'améliore et qui dure avec la durée du traitement. Les bénéfices s'atténuent ou diminuent à l'arrêt du THM sur la carence osseuse et les troubles du climatère. Le THM est aussi une prévention primaire des maladies neuro dégénératives.

Les études en double aveugle sur les THM retrouvent jusqu'à 30 % d'effet placebo possible sur les bouffées de chaleur. Il est donc possible de débuter par des approches pharmacologiques autres (comme l'homéopathie) ou non pharmacologiques pour cette plainte qui est de loin la plus fréquente (compléments alimentaires, phytothérapie, hypnose, activité physique, acupuncture, TCC). Il est rappelé que 30 % des femmes caucasiennes ne métabolisent pas les phytoœstrogènes ; il faut donc privilégier en cas de recours à la phytothérapie des formes sans phytoœstrogènes. En cas d'échec, chez les femmes présentant une contre-indication comme chez toutes celles qui ne souhaiteraient pas de traitement hormonal, des alternatives hors AMM existent (non remboursé) sans nécessité de multiplier les stratégies médicamenteuses. Deux nouvelles molécules (fezolinétant et Elizanétant) non hormonales présentent une action directement sur la voie de régulation de la zone thermique par action antagoniste NK1 et NK3. Ils sont utilisables notamment en post-cancer sous hormonothérapie. Une toxicité

hépatique est reconnue pour le fezolinétant ce qui impose un suivi du bilan hépatique avant de débiter puis les trois premiers de traitement.

Concernant le SGUM, les hydratants simples sont inférieurs à l'acide hyaluronique + /- associé 2 fois par semaine à un œstrogène local au long cours et sans limite d'âge. Les dilateurs vaginaux sont aussi préconisés en cas d'atrophie vaginale associée à une rééducation périnéale ciblée.

Messages clés

- Les troubles de la ménopause débutent précocement bien avant sa confirmation clinique (jusqu'à 10 ans avant) et peuvent durer bien au-delà (10 à 15 ans après).
- Les plaintes des femmes sont à entendre et le THM présente, commencé en périménopause présente une balance bénéfices risques positive en appliquant les protocoles français.
- Le THM est possible une fois les facteurs de risque cardiovasculaires contrôlés et réévalués à chaque renouvellement. Sa poursuite au-delà des 10 ans recommandés est à discuter en tenant compte de ces risques.
- Pour les plaintes les plus fréquentes que sont les bouffées de chaleur et le SGUM, des solutions non hormonales et/ou non médicamenteuses existent.

Questions de formation

1/ Concernant le traitement hormonal de la ménopause (THM), quelles affirmations sont vraies ?

- a)** Le THM augmente toujours considérablement le risque de cancer du sein, quelle que soit la durée d'utilisation.
- b)** Le THM peut réduire le risque de cancer du côlon et du pancréas.
- c)** Le THM ne présente aucun effet sur le risque ostéoporotique.
- d)** Le THM est contre-indiqué en cas de risque cardiovasculaire faible.
- e)** Le THM peut avoir un effet bénéfique sur la prévention primaire des maladies neurodégénératives.

Réponses attendues : B, E

2/ À propos des approches alternatives aux traitements hormonaux pour les bouffées de chaleur, indiquez-la (les) proposition(s) correcte(s) :

- a)** L'homéopathie, la phytothérapie et l'hypnose peuvent être envisagées en première intention.
- b)** Toutes les femmes métabolisent efficacement les phytoœstrogènes.

- c) Le fezolinétant nécessite un suivi du bilan hépatique avant et pendant le début du traitement.
- d) Les alternatives médicamenteuses hors AMM sont systématiquement remboursées.
- e) Les solutions non hormonales et non médicamenteuses doivent être envisagées en cas de contre-indication au THM.

Réponses attendues : A, C, E

ARTICLE 9 - LA SCIENCE EN PARLE

LA SANTÉ UTÉRINE : L'ÉCOUTE EN TRAITEMENT

Pr Philippe DESCAMPS, gynécologue obstétricien (Angers)

Dr Laurine GRAS, gynécologue obstétricienne (Toulouse)

Article rédigé par le Nicolas DUTRIAUX, sage-femme libérale (Orthez).

Intro

Les plaintes en santé utérine sont un motif fréquent en consultation gynécologique. L'endométriose l'adénomyose concerne 10 % des femmes (avec une augmentation de prévalence de l'adénomyose après 40 ans). 70 % des femmes caucasiennes de 50 ans et plus ont au moins 1 fibrome et plus de 80 % dans les populations africaines. Pour ces deux maladies fréquentes, la physiopathologie est multifactorielle : nombreux récepteurs oestrogéniques et à la progestérone, des facteurs génétiques, une situation inflammatoire chronique, des éléments immunologiques. La grossesse tend à augmenter la taille des fibromes. Après un rappel des traitements existants pour lutter contre les saignements utérins qu'elles occasionnent, le Pr DESCAMPS nous rappelle l'importance de l'écoute et de la prise en compte des difficultés face à ces saignements abondants et répétés, ainsi que des douleurs qui impactent la qualité de vie des femmes.

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

Ces deux pathologies utérines fréquentes que constitue la maladie fibromateuse et l'adénomyose présentent un profil de douleur et de saignements semblables. De par leurs nombreux récepteurs hormonaux, la proposition de traitements médicamenteux regroupe les contraceptifs progestatifs seuls ou combinés, le diénogeste, les analogues de la GnRH en injection mensuelle ou trimestrielle + /- avec une ad-back thérapie sur 3 à 6 mois (pas d'AMM au long cours ; à l'arrêt les symptômes auront tendance à reprendre), les antagonistes de la GnRH (LINZAGOLIX – RELUGOLIX qui incluent une ad-back thérapie). Leur objectif est de bloquer l'axe hypothalamo-hypophysaire pour un effet immédiat avec un meilleur contrôle des effets antigonadotropes lorsqu'une ad-back thérapie est proposée. Les études et l'analyse clinique confirment une baisse des saignements, une réduction de la taille des fibromes et de fait une baisse de la douleur. Il y a donc bien une amélioration des scores de qualité de vie. Ils ne sont pas dénués d'effets secondaires comme les céphalées ou les troubles du climatère mais restent de faible prévalence à ce jour, sans effet sur la densité minérale osseuse. La voie chirurgicale définitive (myomectomie, hystérectomie) ou conservatrice (radiofréquence pour résection endométriale par abord endo-utérin hystéroscopique) est une autre option possible.

Autant pour comprendre les difficultés des femmes face à ces saignements et ces douleurs, autant que pour améliorer l'observance des traitements médicamenteux que pour informer sur les avantages et inconvénients des différentes approches thérapeutiques, l'écoute devient un outil thérapeutique intégré de plus en plus à la prise en charge. L'interrogatoire initial est large : contexte familial, conditions de travail, antécédents de violences, ... Le vécu est fortement subjectif. La FIGO reconnaît d'ailleurs que la définition d'un saignement utérin abondant est désormais une définition qualitative du vécu des femmes et non uniquement quantitative (score de Higham ou autre). Les recommandations évoquent de plus en plus, comme pour l'endométriose, des questionnaires d'évaluation de qualité de vie dans l'analyse clinique. Cela permet de reconnaître une personnalisation du vécu dans ce corps douloureux qui impacte la vie quotidienne, qui prive la famille de sortie. L'écoute permet de libérer la parole sur les réflexions de l'entourage familiale, amicale et professionnelle qui occasionnent de la culpabilité des femmes. Cela est psychologiquement destructeur. Pour les femmes en âge de procréer, à cet ensemble se surajoute les troubles de la fertilité. Les couples sont aussi bousculés dans leur sexualité. La santé mentale (dépression, anxiété, fatigue chronique, ...) est donc à interroger aussi.

C'est pourquoi, les formations médicales intègrent de plus en plus ces notions d'empathie, de la recherche d'une congruence à travers une considération positive dans un positionnement de communication ouverte de la part du professionnel de santé. Ces approches, comme le counselling qui fait la part belle à la reformulation, sont un pilier de l'alliance thérapeutique. Écouter est un premier pas, entendre en est un second. L'écoute active, sans jugement, dans un climat de respect mutuel pour permettre une prise en charge où la patiente est active et donc avec une meilleure adhésion aux propositions thérapeutiques.

Élargis cette écoute aux conjoints et aux partenaires permet d'entendre le sentiment d'être démunis face à la douleur. Comme pour les séances de préparation à la naissance, avec la transmission des moyens de lutte contre la douleur aiguë, il est possible de proposer des séances d'éducation thérapeutique de prise en charge de la douleur chronique qui intègrent les partenaires afin de leur transmettre des outils. Cette personnalisation du parcours de soins dans une co-construction conjointe offre une approche horizontale du soin. L'éducation thérapeutique se doit d'être pluriprofessionnelle. Intégrer les approches non médicamenteuses complémentaires, tout en tenant compte de leur coût, n'est pas à exclure.

Beaucoup de ces patientes ont pu être non diagnostiquées pendant de longues années. Au-delà des symptômes exprimés, l'écoute des symptômes tus, faire le lien entre ces symptômes en osant aborder des thématiques tabous est autant d'éléments clé d'une sensation de prise en charge adaptée qui peut contribuer à réduire l'errance médicale. Les patientes ainsi considérées comprennent leur entrée dans un parcours de santé et non de soins. La différence permet à la patiente diagnostiquée de ne pas être qu'un corps comme objet médical grâce aux explications de l'intérêt des thérapeutiques et leurs axes d'actions face à ses attentes. La multiplicité des intervenants peut être nécessaire mais peut aussi ne

pas toujours être adaptée. Là aussi, comprendre attentes réelles est une clé de voûte de la prise en charge. Ces attentes sont évolutives en fonction de l'efficacité ou non des traitements, des besoins personnels et familiaux, de la poursuite ou des évolutions professionnelles. L'ajustement se fait au fur et à mesure.

Au décours d'une autre session d'Infogyn, le Dr Laurine GRAS a conduit une réflexion sur les refus de soins en obstétrique comme un écho à cette présentation du Pr DESCAMPS. Oser intégrer la question du consentement et de l'adhésion aux soins dans la réflexion médicale c'est aussi intégrer le non-consentement et la non-adhésion comme réponse possible. Cette éthique est discutée au sein d'un groupe de réflexion pluriprofessionnelle qui interroge la culture du soin qui peut entrer en opposition avec la culture de la patiente. En obstétrique comme en gynécologie, l'impact des représentations et la charge symbolique lourde des soins influencent la relation de soin basée sur une confiance réciproque. Il est donc rappelé le rôle majeur de l'information et surtout la manière de transmettre cette information. Les refus de soin peuvent souvent s'anticiper et éviter une confrontation dans l'urgence des salles de naissance dans un équilibre délicat entre autonomie des patientes et responsabilité médicale.

De plus en plus, il est question d'une approche transculturelle centrée sur le patient. En obstétrique, l'entretien prénatal précoce (EPP) a toute sa place dans cette approche en initiant le projet de naissance comme élément et outil de discussion avec la culture de soins de l'établissement d'accueil. Il ne faut pas confondre ce projet souvent écrit comme une normalisation ou une contractualisation. Même en climat d'urgence, l'intervention d'un tiers reste souvent possible dans la mesure du possible (partenaire, famille, aumônier de l'établissement en cas de questionnement religieux, ...). Anticiper ces difficultés tout au long du suivi, évite fréquemment le besoin de devoir saisir la justice pour trancher une décision. La question du refus de la césarienne en urgence renvoie aux oppositions entre droit de la femme et droit du fœtus (inexistant en France sans reconnaissance d'un statut juridique de celui-ci).

Des outils spécifiques d'autonomie existent et il est possible de s'inspirer des outils proposés à l'étranger comme

- **The Mother's Autonomy in Decision Making (MADM) scale** : évaluation du vécu d'autonomie et de congruence par les femmes vis-à-vis du déroulement des soins obstétricaux (les soins par les sages-femmes retrouvant des scores plus élevés que lorsque les soins sont pratiqués par d'autres professionnels) à travers une information complète, différentes options proposées en posant les avantages et inconvénients de chacune des options proposées, en s'assurant de la bonne compréhension des options avant de demander (et donc d'entendre) le choix de la femme ;
- **MATERNITY CARE PLAN PACT** = plan de soins à partir des refus de soins ou des demandes hors recommandations afin de trouver un compromis acceptable par tous vers une décision médicale partagée.

Malgré les points de clivage, le maintien des soins reste une priorité. Cela impose parfois d'accepter de sortir des recommandations dans les risques faibles pour gagner en adhésion lors des risques élevés. La grille de réflexion éthique n'interdit pas de poser notre incompréhension ou notre point de vue différent dans un discours qui se veut cependant non paternaliste et d'égalité : « Nous allons respecter votre choix même si nous ne sommes pas en adéquation avec votre point de vue ». Cette information doit être tracée tout en mettant en place les éléments nécessaires à la continuité des soins.

La formation médicale en simulation pour gagner ces points d'amélioration de la relation patient-e – professionnels de santé intègrent de plus en plus ces éléments au-delà des gestes techniques pour gagner en savoir-être et non uniquement des savoir-faire.

Messages clés

- Écouter et comprendre les attentes des patientes et leur vécu est de plus en plus compris comme une part du diagnostic et du traitement.
- L'écoute entre dans la démarche d'une décision médicale partagée pour gagner une alliance thérapeutique.
- Le consentement doit être recherché ; le non-consentement doit être entendu. Toutefois, la non-adhésion peut souvent être anticipée. Accepter un

peu de « souplesse » dans les situations à risque faible peut permettre de gagner en adhésion dans les situations à risque élevé.

Questions de formation

1/ Quel est l'objectif principal de l'entretien prénatal précoce (EPP) dans une approche transculturelle centrée sur le patient ?

- a) Obtenir un consentement écrit obligatoire
- b) Initier un projet de naissance qui tient compte de la culture de la patiente – du couple comme outil de discussion avec la culture de soins de l'établissement**
- c) Remplacer le suivi médical par un accompagnement familial
- d) Anticiper les refus de soins possibles de la part de la patiente / du couple et prendre le temps de la discussion tout au long du suivi plutôt que dans une situation d'urgence en salle de naissance**
- e) Normaliser systématiquement le parcours de soins

Réponse correcte : b, d

2/ Pourquoi l'écoute du vécu et des attentes des patientes est-elle considérée comme une part essentielle du diagnostic et du traitement dans la démarche de décision médicale partagée ?

- a) Pour mieux comprendre et respecter les besoins individuels des patientes**
- b) Pour accélérer la prise de décision médicale sans concertation
- c) Pour imposer des choix médicaux sans tenir compte des préférences de la patiente
- d) Pour comprendre les éléments qui impactent la qualité de vie et améliorer cette qualité de vie au-delà des soins médicaux et du traitement**
- e) Pour éviter toute implication du patient dans son parcours de soins

Réponse correcte : a, d

ARTICLE 10 - LA SCIENCE EN PARLE

LE CORPS, LE SPORT ET LE PROJET DE GROSSESSE DANS L'APRÈS CANCER

Dr Sophie FRANCK, Gynécologue (Paris)

Dr Florence LEDOUX, Gynécologue (Paris)

Natacha ESPIE, psychologue (Paris)

Dr Carole MAITRE (gynécologue et médecin du sport à l'INSEP)

Article rédigé par le Nicolas DUTRIAUX, sage-femme libérale (Orthez).

Intro

Les cancers touchent tous les âges (de l'enfance, du jeune adulte, du grand âge). Les cancers pédiatriques comme les cancers chez les adultes jeunes sont de plus en plus de bon pronostic. Au-delà des traitements et des soins de support en cours de traitement, comment se réapproprier son corps une fois la rémission puis la guérison confirmée ? Cette réappropriation peut conduire à envisager une grossesse comme victoire supplémentaire à la bataille gagnée contre le cancer. Ou au contraire, le choix d'une non-maternité doit conduire à une discussion autour de la réappropriation de la sexualité et donc aussi de la contraception y compris en cas d'aménorrhée induite par les traitements. Qu'en est-il aujourd'hui ? Au cours de ces 4 présentations d'ouverture du congrès d'Infogyn, les intervenantes ont pu apporter des éléments de réponses.

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

Le propos dans ce congrès de gynécologie s'est appuyé sur l'exemple du cancer du sein. La féminité est dans ce contexte questionnée autant pour les femmes que pour leur entourage. Comme nous l'explique Natacha ESPIE, les réactions ne sont jamais classiques, ni prévisibles quant à cette interrogation légitime. Faut-il revenir à la « normale » dès la fin du traitement ? « Princesse, caissière, ou autre... Toutes les femmes font face à une même prise de conscience de l'après cancer ». Cette prise de conscience concerne autant la maladie elle-même, de ce qu'elles ont traversé, de la fatigue chronique qui reste prégnante, du schéma corporel à se réapproprier. Beaucoup expriment comme une obligation presque une injonction de devoir « faire bonne figure en public ». Les regards se croisent entre le sien devant le miroir comme dans son ressenti intérieur, celui des autres, celui des parents, celui véhiculé dans les magazines et les réseaux sociaux où la féminité est présentée dans une forme d'encadrement sociétal. L'image attendue conjugue minceur et jeunesse, sexualité de compétition, grossesse magnifique et nécessaire. Mais qu'est-ce qu'être une femme ? Cela se réduit-il à avoir des seins (ou ici, peut-être ne plus en avoir), un vagin et deux ovaires (en état de fonctionnement) ? Le sein posséderait 3 fonctions principales : une part importante de l'identité sexuelle, un

élément de la sexualité et une composante de la maternité à travers le sein nourricier. Toutes se croisent et s'entrecroisent. La mastectomie peut donc être vécue pour certaines comme une amputation de sa féminité. L'accompagnement par la psychologue permet de voir au-delà de ce sein physique pour gagner le sein psychique qui lui reste présent, de voir non seulement ce que l'on perd mais aussi ce que vous y gagnez.

La chirurgie plastique reconstructrice est un nouveau remaniement du corps qui remplace un corps étranger (le cancer) par un autre corps étranger (la prothèse). En France, les reconstructions restent anecdotiques à posteriori (3 femmes sur 10 contre 7 sur 10 dans les pays anglo-saxons) – ce qui conduit les chirurgiens à discuter d'une reconstruction immédiate dans un délai de réflexion court entre l'annonce et le traitement. La reconstruction n'est jamais obligatoire. Certaines choisiront le tatouage autour de leur cicatrice de mastectomie.

Cette escorte dans le retour à son « nouveau soi » accompagne le retour à une sexualité. De là, se pose la question de la fertilité après cancer quand 6 % du cancer du sein surviennent à moins de 40 ans et une part non négligeable entre 40 et 50 ans. Les taux de survie sont actuellement de 88 % à 5 ans. L'aménorrhée est souvent transitoire sous traitement et la reprise de cycles peut survenir même très à distance (jusqu'à 5 ans). La baisse de fertilité liée au traitement chimiothérapique gonadotoxique est réelle mais ne signe pas une stérilité. Depuis 2004, toute patiente doit être orientée en préservation de la fertilité au moment du diagnostic avant le début des traitements : avec ou sans stimulation ovarienne (vitrification ovocytaire, cryoconservation ovarienne). L'information minimale porte sur la même efficacité possible que la population générale avec comme facteur pronostic principal de réussite d'une PMA à posteriori qui reste l'âge. Cette induction n'aura pas d'effet sur le pronostic du cancer ni sur le risque de récurrence après cette stimulation. La mise en place se fait en 2 semaines dans l'intervalle de la programmation des traitements. Une étude française (FEERIC, entre 2018 et 2019 par le réseau SEINTINELLE) retrouve que, malgré cette obligation légale d'informer et d'orienter vers une consultation de fertilité, seulement 45 % des femmes de moins de 40 ans s'y rendront ; 44 % n'auront même pas eu même de propositions d'accès.

Y compris sous traitement pendant et après cancer, il convient donc de discuter d'une contraception tout au long du parcours. Sous Tamoxifène, le profil de saignement est très variable tout en étant inducteur de l'ovulation ; le statut ménopausique est donc difficile à évaluer quel que soit l'âge. C'est pourquoi le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) a intégré un article dans ses recommandations de 2018. Il émet une contre-indication à toute contraception hormonale sauf la contraception d'urgence malgré des données très faibles et des suivis courts de 3 à 4 ans sur de petites cohortes d'à peine millier de femmes (aucune étude spécifique ; bénéfices de toute façon supérieurs aux risques). L'offre est tournée surtout vers les contraceptifs mécaniques (DIU, préservatifs, diaphragme) ou la contraception définitive. Le stérilet au levonorgestrel présenterait un très léger sur risque de cancer du sein (études danoises et finlandaises, non significatif pour l'étude de registre norvégien). S'il est déjà en place au diagnostic, le changement sera à prévoir sans urgence. Sous

agonistes de la LHRH, au-delà du 1^{er} mois d'utilisation, le risque d'ovulation est rare mais l'échappement est possible chez 17 % des femmes - ce qui explique l'absence d'AMM contraceptive. Ce constat est très dépendant de l'observance des injections. Le risque est minime et l'adjonction d'une contraception n'est pas indispensable. Chez les femmes BRCA indemnes : il n'y a pas d'augmentation du risque de cancer du sein, donc pas de contre-indication à l'utilisation des contraceptifs hormonaux.

Et une grossesse est-elle raisonnable ? La grossesse n'altère pas la survie sans récurrence - voir un effet légèrement positif d'après l'étude POSITIVE 2023 : 500 patientes < 43 ans avec un arrêt de l'hormonothérapie après 18 mois de traitement préalable et une possibilité de concevoir sur 2 ans. Les femmes suivies avaient entre 35 et 39 ans, 60 % avaient été traitées par chimiothérapie. La recommandation du SENORIF 2021 2022 propose un bilan préconceptionnel de moins de 4 mois comprenant un examen clinique, une imagerie, un bilan biologique et un contrôle du bilan d'extension. L'arrêt du Tamoxifène est d'au moins 10 semaines (l'AMM préconise 9 mois) - le délai peut être raccourci si une FIV avec embryons ou ovocytes congelés issus de la consultation de fertilité à l'annonce. Dans tous les cas, les études de suivi démontrent une même issue néonatale après une grossesse sans sur risque en dehors d'un peu plus de césarienne sans motifs obstétricaux francs. L'allaitement est aussi possible.

Comme pour toute autre femme, vouloir ou ne pas vouloir de grossesse est à discuter. Dans ce contexte spécifique, le souhait de la grossesse peut être opposé à une absence de partenaire, aux peurs en lien avec la maladie ou ses traitements, une perte de libido, de la sécheresse liée aux traitements hormonaux, ... Malgré ces obstacles, 70 % de chance d'obtenir une grossesse est confirmée par différentes études.

Dans les difficultés exprimées à envisager un retour à la sexualité et à se réapproprier son corps, il y a la présence des douleurs comme une arthralgie diffuse, de la fatigue chronique, des troubles du sommeil, et le risque et la peur du lymphœdème. La Stratégie Nationale du Sport Santé préconise un retour aux activités physiques et/ou sportives dès que possible. Nos préconisations vont se confronter, comme pour la femme enceinte, aux peurs et aux projections de l'entourage « il faut te ménager, il faut te reposer, tu ne dois pas en faire trop ». Avant diagnostic, on estime que 70 % des femmes n'ont déjà pas une activité physique recommandée. Pour celles qui ont une activité physique et sportive régulière, la moitié aura arrêté à l'annonce ou au cours des traitements. Accompagner un début ou une reprise est donc important en informant sur les bénéfices de gains de santé chez tout un chacun, y compris dans cette période post-cancer : réduction des troubles du sommeil, -35 % de risques cardiovasculaires dont - 30 % du risque d'accident vasculaire cérébral, 20 à 40 % de risque de cancer (et donc de récurrence), - 50 % de diabète de type II, ... En après cancer, il est constaté une baisse de la mortalité tout en maintenant une masse musculaire et osseuse malgré les traitements hormonaux. L'information doit intégrer que la fatigue chronique ressentie peut venir d'un déconditionnement physique lié à la perte de masse musculaire (fatigabilité plus rapide liée à la perte de force). Cette baisse de masse musculaire, amène une augmentation de résistance à

l'insuline qui majore la prise de poids (perçue de manière paradoxale) et qui explique la majoration des récives et de surmortalité en l'absence de reprises. En effet, il est établi un rôle protecteur de la contraction musculaire qui augmente la sensibilité à l'insuline. La myokine active la lipolyse et baisse les niveaux de leptine. L'angiogenèse est réduite tout comme les niveaux d'interleukine ce qui réduit l'état inflammatoire.

L'effet positif sur la composition corporelle avec le maintien de la masse musculaire voir un gain conduit à des gains d'endurance et d'intensité progressivement ce qui améliore le bien-être global. C'est pourquoi l'activité physique est le seul traitement validé de lutte contre les scores de fatigue chronique quelle que soit son origine. Les revues de littérature de la Cochrane confirment une réduction des douleurs et des raideurs grâce à un travail en étirement et en endurance. Réduire la sédentarité ++. Il convient de rassurer qu'il n'y a pas de risque de lymphoedème même en cas de curage ganglionnaire – au contraire le déconditionnement musculaire augmente le risque ! Les activités peuvent être soutenues par une compression du bras du côté du curage. Cela peut s'intégrer dans une prescription d'une activité physique adaptée (APA) par le médecin traitant. Le bilan est alors pris en charge par l'Assurance Maladie mais pas les activités en elles-mêmes. Les fédérations sportives offrent des tarifs préférentiels aux activités spécifiques APA et des associations cancer comme La Ligue, Vaincre avec elles, etc. peuvent prendre en charge ces adhésions au cours de la première année.

MÉDICOSPORT-SANTÉ© est un dictionnaire médical qui propose d'aider les prescripteurs au choix du sport adapté par pathologie. Les maisons sport et santé, les fédérations sportives participantes, les associations sont regroupées dans des annuaires disponibles sur les sites des Agences Régionales de Santé (ARS) pour orienter au plus proche du domicile de la patiente.

Messages clés

- Le cancer et ses traitements impactent le schéma corporel. Le cancer du sein présente la spécificité d'interroger la féminité même pour la femme.
- À l'annonce d'un cancer, toute femme en âge de procréer devrait bénéficier d'une information sur un accès prioritaire en médecine de la reproduction. Près de la moitié des femmes n'en sont pas informées dans le cas du cancer du sein.
- Pendant et au cours des traitements de suivi, la fertilité peut être impactée mais cela ne signifie pas une stérilité. Il faut donc parler tout autant contraception que de préservation de la fertilité.
- La grossesse est possible et ne présente pas de sur risque après cancer.
- Le retour aux activités physiques et/ou sportives est recommandé au plus vite afin de lutter contre la fatigue chronique, de réduire le risque de récive, et diminue le risque cardio-vasculaire.

Questions de formation

1/ Parmi les propositions suivantes, laquelle N'EST PAS un bénéfice de l'activité physique après un cancer du sein ?

- a) Réduction de la fatigue chronique
- b) Augmentation du risque de lymphœdème**
- c) Réduction du risque cardiovasculaire
- d) Maintien de la masse musculaire

Réponse correcte : **b) Augmentation du risque de lymphœdème**

2/ Quelle affirmation est correcte concernant la fertilité après un cancer du sein ?

- a) La grossesse après un cancer du sein est contre-indiquée
- b) La fertilité est systématiquement supprimée après les traitements
- c) Il faut aborder à la fois la contraception et la préservation de la fertilité dès l'annonce du cancer**
- d) Près de la moitié des femmes sont systématiquement informées sur la reproduction

Réponse correcte : **c) Il faut aborder à la fois la contraception et la préservation de la fertilité**