

POSTERS COMMENTES

Seins inflammatoires en dehors de la grossesse et de l'allaitement: les cancers sont-ils vraiment si rares ?

Type de communication : Poster commenté

Date de session : Mercredi 6 décembre 2017

Horaires de sessions : 12h45-13h10

Y. Dabi*(1), L.Darrigues(1), K.Pons(1), M.Mabille(1), I.Abd alsamad(1), R.Mitri(1), D.Skali(1), B.Haddad(1), C.Touboul(1)

Centre Hospitalier Intercommunal de Créteil, Paris, France(1)

* *Auteur principal*

Résumé

Objectifs : L'objectif de notre étude était de décrire une cohorte de patientes consultant pour un sein inflammatoire en dehors de la grossesse et de l'allaitement et d'identifier les caractéristiques associées à un diagnostic de cancer du sein inflammatoire.

Matériel et méthodes : Toutes les patientes ayant consulté pour un sein inflammatoire dans notre centre hospitalo – universitaire entre septembre 2013 et décembre 2015 ont été prospectivement incluses. Les patientes enceintes ou dans la période du post-partum ont été exclues. Un examen clinique ainsi que des examens d'imagerie ont été systématiquement réalisés à l'inclusion. Une biopsie était réalisée chaque fois que le diagnostic de cancer du sein inflammatoire était suspecté par le clinicien.

Le CERES a approuvé la réalisation de cette étude (comité éthique).

Résultats : Parmi les 76 patientes évaluées et incluses, 38 (50%) avaient un cancer du sein inflammatoire, 21 (27.6%) une pathologie infectieuse et 17 (22.4%) une pathologie bénigne inflammatoire du sein. Les patientes avec un cancer du sein inflammatoire étaient significativement plus âgées ($p=0.022$, IC95% 1.78–14.7), avaient des masses palpables plus larges ($p<0.001$, IC 95% 22.8–58.9), une peau plus épaissie ($p = 0.05$) et présentaient plus souvent des adénopathies suspectes à l'examen clinique ($p<0.001$, IC 95% 2.72–65.3) que les patientes diagnostiquées avec une affection bénigne (inflammatoire ou infectieuse). La présence de limites nettes à l'échographie était significativement associée au diagnostic de lésion bénigne. La présence d'une masse ($p = 0.04$), de micro-calcifications ($p = 0.04$) ou d'une asymétrie focale ($p<0.001$, IC95% 1.3–618) sur la mammographie étaient significativement associées au diagnostic de cancer du sein inflammatoire.

Conclusion : Une patiente sur deux consultant pour un sein inflammatoire en dehors de la grossesse ou du post-partum avait un cancer du sein dans notre cohorte. L'identification de caractéristiques permettant d'identifier rapidement les patientes à haut risque de néoplasie sous-jacente est nécessaire pour accélérer leur prise en charge diagnostique.

Prédiction des récurrences de mauvais pronostic chez les patientes avec cancer de l'endomètre : un nomogramme développé par le groupe de recherche FRANCOGYN

Type de communication : Poster commenté

Date de session : Mercredi 6 décembre 2017

Horaires de sessions : 12h45-13h10

M. Ballester*(1), L.Ouldamer(2), J.Pilloy(2), S.Bendifallah(3), G.Body(4), C.Touboul(5), O.Graesslin(6), P.Collinet(7), C.Coutant(8), V.Lavoué(9)

Aphp/ hopital tenon, Paris, France(1)CHU Bretonneau, département de gynécologie, Tours, France, (2)APHP: Hôpital Tenon, Paris, France, (3)CHU Bretonneau/département de Gynécologie, Tours, France, (4)Centre hospitalier intercommunal de creteil, Creteil, France, (5), Chu Reims, Reims, France(6), Chru Lille, Lille, France (7) Centre anticancéreux dijon, Dijon, France, (8) CHU rennes, Rennes, France, (9)

* *Auteur principal*

Résumé

Abstract

Background

The purpose of this study was to develop a nomogram to predict "poor prognosis recurrence" (PPR) in women treated for endometrial cancer (EC).

Methods

The data of 861 women who received primary surgical treatment between January 2001 and December 2013 were abstracted from a prospective multicenter database. Data were randomly split into two sets: training and validation with a predefined 2/3 ratio. A Cox proportional hazards multivariate model of selected prognostic features was performed in the training cohort (n=574) to develop a nomogram predicting PPRs. The nomogram was validated in the validation cohort of 287 patients.

Results

In the training cohort, 82 (14.3%) developed subsequent PPR. Age, histologic type and grade, lymphovascular space invasion status, FIGO stage and nodal staging (SLN ± pelvic and/or para-aortic lymphadenectomy) were independently associated with subsequent PPR. The nomogram showed an area under the receiver operating characteristic curve (AUC) of 0.82 (95% CI, 0.73 to 0.89) in the training set. The validation set showed a good discrimination with an AUC of 0.75 (95% CI, 0.65 to 0.83).

Conclusion

We have developed a robust tool that is able to predict subsequent PPRs in women with FIGO I-III EC.

Peut-on faire le diagnostic antenatal du vasa prævia afin d'en améliorer la prise en charge ?

Type de communication : Poster commenté

Date de session : Mercredi 6 décembre 2017

Horaires de sessions : 12h45-13h10

E. Nohuz*(1), E.Boulay(2), D.Lemery(2), D.Gallot(2), F.Vendittelli(2)

Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre hospitalier de Thiers, Pont-du-château, France(1) Service de Gynécologie-Obstétrique, CHU Estaing, Clermont-ferrand, France, (2)

* Auteur principal

Résumé

1.Introduction

Le vasa prævia traduit l'interposition de vaisseaux allanto-choriaux sur les membranes, entre la présentation fœtale et l'orifice cervical interne. Sa dilacération au cours de la rupture membranaire conduit à une hémorragie brutale grave. Le but de ce travail était d'analyser le contexte clinique de diagnostic du vasa prævia afin d'élaborer une stratégie de dépistage antenatal.

2.Patientes et méthodes

Il s'agit d'une étude rétrospective de cohortes, incluant les cas de vasa prævia diagnostiqués entre Janvier 2011 et Décembre 2015. Toutes les parturientes ayant bénéficié d'une échographie-Doppler couleur menée par voie sus-pubienne et endovaginale ont été incluses. Ont été analysés les caractéristiques générales et obstétricales des patientes, la situation clinique du diagnostic en corrélant les données échographiques aux différents facteurs de risque de vasa prævia (anomalies placentaires et grossesses multiples notamment) ainsi que les issues materno-fœtales (voie d'accouchement, état néonatal).

3.Résultats

Parmi les 18152 accouchements, 8 cas de vasa prævia (0.04%) ont été identifiés en antenatal au terme moyen de 26±5.4SA. Les circonstances diagnostiques étaient l'échographie de dépistage des deuxième/troisième trimestre (3 cas) ou ciblée pour surveillance pondérale et signe d'appel morphologique (3 cas), des métrorragies (placenta bas inséré (2 cas). Les anomalies placentaires (placenta bipartita ou bas inséré) ont été retrouvées dans 7 cas (87.5%). Dans un cas (12.5%), le placenta est apparu normal mais l'insertion cordonale était vélamenteuse. Des anomalies concomitantes cordo-placentaires furent objectivées dans 2 cas (25%). Les accouchements ont eu lieu au terme moyen de 37±2.1SA, par césarienne dans 7 cas et par voie basse à 33 SA dans un cas. Aucun cas de décès périnatal n'était à déplorer.

4.Discussion

Le diagnostic antenatal du vasa prævia durant l'échographie prénatale de routine semble possible. Une échographie-Doppler couleur ciblée menée par voie endovaginale est essentielle pour ce dépistage, particulièrement lorsqu'une anomalie d'insertion du cordon et/ou de localisation placentaire a été visualisée. Cette stratégie permet dès lors une coordination renforcée de l'équipe obstétricale afin de promouvoir une prise en charge appropriée.

PRATIQUE DU CERCLAGE EN CAS DE GROSSESSES GEMELLAIRES ET ISSUES OBSTETRIQUES

Type de communication : Poster commenté

Date de session : Mercredi 6 décembre 2017

Horaires de sessions : 12h45-13h10

M. Métairie*(1), D.Korb(1), C.Morin(1), T.Schmitz(1), O.Sibony(1)

Robert Debré, Paris, France(1)

* *Auteur principal*

Résumé

Introduction : Le taux de grossesses multiples a augmenté récemment, notamment avec l'augmentation de la PMA et de l'âge maternel. En cas de grossesse gémellaire, 50% des naissances ont lieu prématurément. Les données de la littérature ne permettent pas de recommander la réalisation d'un cerclage lors d'une grossesse gémellaire, que cela soit préventivement en cas d'antécédent de fausse couche tardive (FCT) et/ou d'accouchement prématuré (AP), ou prophylactiquement lors de modifications cervicales.

Cependant, les études sont limitées par leur faible qualité méthodologique, leurs effectifs réduits et leur manque de puissance. Ainsi, la question du cerclage en cas de grossesses gémellaires n'est pas tranchée, et certaines équipes le pratiquent.

Objectif : Décrire les pratiques du cerclage en cas de grossesses gémellaires et le terme d'accouchement.

Matériel et méthode : Etude descriptive, rétrospective, en maternité de niveau 3, ayant inclus les grossesses gémellaires cerclées qui ont accouché dans le service entre 2002 et 2017. L'indication du cerclage reposait sur des antécédents FCT et/ou d'AP, ou sur des modifications cervicales, et était discutée en staff selon l'histoire obstétricale. Les variables étudiées étaient: antécédents obstétricaux, indication et terme du cerclage, déroulement de la grossesse, terme d'accouchement.

Résultats : Sur les 1972 grossesses gémellaires ayant accouché à Robert Debré entre 2002 et 2017, 89 (4.5%) ont été cerclées dont 35 (39%) présentaient des antécédents de FCT et/ou d'AP. 10% des femmes ont été transférées in utero. 86.5% des grossesses étaient bichoriales. Le terme médian du cerclage était de 17SA + 5 jours. 43 patientes (48.1%) ont été hospitalisées pour MAP et 12 (13.6%) pour rupture prématurée des membranes. 66 patientes (74.2%) ont eu une tocolyse et 38 (42.7%) une corticothérapie. Le terme médian du décerclage était de 34SA + 3 j. 67 (75.3%) patientes ont accouché avant 37SA, 46 (51.7%) avant 34SA et 22 (24.7%) avant 28SA.

Conclusion : Malgré la réalisation d'un cerclage, quelle qu'en soit l'indication, plus de la moitié des grossesses gémellaires cerclées ont accouché avant 34SA.

Il est nécessaire de continuer à évaluer la performance du cerclage en cas de grossesse gémellaire dans des sous-groupes particuliers.

Non-rendus du dépistage prénatal non invasif sur sang maternel (cfDNA): rôle de l'héparine de bas poids moléculaire

Type de communication : Poster commenté

Date de session : Mercredi 6 décembre 2017

Horaires de sessions : 12h45-13h10

S. Guterman*(1), Y.Dabi(1), J.Costa(2), A.Benachi(1)

CHU Antoine Bécclère, Paris, France(1)Laboratoire CERBA, St-ouen-l'aumone, France, (2)

* *Auteur principal*

Résumé

Introduction: Dans 1 à 4% des cas de dépistage prénatal non invasif sur sang maternel (cfDNA), il n'est pas possible de rendre un résultat à la patiente. De récentes études posent la question du rôle d'un traitement par héparine de bas poids moléculaire (HBPM) dans ces échecs. L'objectif de notre étude est d'évaluer le lien entre traitement par HBPM chez la mère et résultats du cfDNA.

Méthodes: Les analyses du cfDNA ont été réalisées sur des échantillons tests avant et après administration d'héparine, en faisant varier les doses afin de simuler plusieurs situations cliniques. L'étude du cfDNA a été faite par séquençage à haut débit. Par ailleurs, nous analysons les caractéristiques et les résultats de patientes traitées par héparine ayant eu un non-rendu au premier prélèvement du cfDNA au sein du laboratoire CERBA. Le projet a été accepté par le comité local d'éthique.

Résultats: Au sein de tous les échantillons testés, aucune différence concernant le nombre de lectures ou la fraction foetale n'a été retrouvée, avant et après administration HBPM. Parmi l'ensemble des échantillons analysés entre 2013 et 2016, il n'a pas été possible de rendre un résultat après le premier essai pour 86 d'entre eux. 52,9% des échecs peuvent être imputés à une faible fraction foetale. Dix sept des 86 patientes (19,8%) étaient traitées par héparine au moment du prélèvement sanguin et environ la moitié pour une maladie auto-immune (lupus érythémateux disséminé, syndrome des anticorps antiphospholipides). Deux patientes ont accouché d'enfants présentant des malformations complexes. Sept patientes (41,2%) ont eu un deuxième échec de la technique.

Conclusion: Nos analyses in vitro tout comme l'analyse de notre cohorte permettent d'exclure l'héparine comme cause associée aux non rendus du cfDNA. L'hypothèse la plus probable à ce jour serait plutôt celle d'un échec causé par la pathologie indiquant le traitement et notamment les maladies auto-immunes.

Les cerclages cervico-isthmiques par voie haute et voie basse : une série de 31 patientes en maternité de niveau III.

Type de communication : Poster commenté

Date de session : Jeudi 7 décembre 2017

Horaires de sessions : 12h45-13h10

C. Sanson*(1), O.Parant(2), C.Vayssière(2), P.Guerby(2)

CHU Toulouse, Toulouse, France(1)CHU Maternité Paule de Viguier, Toulouse, France, (2)

* Auteur principal

Résumé

Objectif

Evaluer l'efficacité d'un cerclage cervico-isthmique chez la femme à haut risque d'accouchement prématuré en fonction de la voie d'abord.

Patientes et Méthodes

Etude rétrospective de 2003 à 2016, incluant de manière consécutive toutes les patientes ayant eu un cerclage cervico isthmique par voie haute (laparotomie et coelioscopie) ou voie basse.

Résultats

31 patientes ont été incluses ; l'âge moyen était de 32,8 ans. 12 (38,7%) avaient une malformation utérine et 3 (9,7%) une chirurgie du col utérin. 28 (90,3%) avaient eu au moins une fausse couche tardive, 12 (38,7%) au moins un accouchement prématuré dont 7 (58,3%) étaient très sévères, à moins de 28 semaines d'aménorrhée (SA). 24 patientes (77,4%) avaient eu un échec de cerclage cervical. 33 cerclages ont été réalisés, dont 7 (21,2%) posés avant et 16 (78,8%) posés pendant la grossesse (terme moyen = 13SA+2). 19 cerclages (57,6%) ont été posés par voie haute, et 14 (42,4%) posés voie basse. 41 grossesses ont été rapportées, dont une gémellaire. Parmi ces 41 grossesses, 30 (75%) naissances vivants ont été obtenues. 3 ont abouti à une fausse couche précoce, 6 à une fausse couche tardive ou interruption médicale de grossesse suite à une rupture prématurée des membranes, 1 mort fœtale in utero et 1 perdue de vue. Parmi les 30 naissances vivantes, le terme moyen était de 36SA +2. 17 (56,7%) étaient à terme ; 2 à un terme inférieur à 28 SA, 2 entre 28 et 32 SA, et 9 supérieur à 32 SA. On ne note pas de différence significative en terme d'efficacité (en terme de naissance vivante) ou de complications entre la voie haute et la voie basse. Il n'y a eu aucune complication per-opératoire, et un hématome de paroi en post-opératoire immédiat. Concernant les complications plus tardives, on note une exposition de bande prothétique et une rupture utérine isthmique d'issue favorable dans le groupe voie vaginale.

Conclusion

Le cerclage cervico isthmique permet la prise en charge des incompétences cervicales sévères chez les patientes ayant eu un échec de cerclage cervical, sans différence d'efficacité entre la voie vaginale et la voie haute.

Vécu et prise en charge de la douleur dans l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse jusqu'à 9 SA en pratique clinique. Etude RYMMa

Type de communication : Poster commenté

Date de session : Jeudi 7 décembre 2017

Horaires de sessions : 12h45-13h10

A. Agostini*(1), E.Zinovieva(2), C.Billard(3), H.Herman-demars(2)

CHU de Marseille - Hôpital de la Conception, Marseille cedex 5, France(1)Nordic Pharma, Paris, France, (2)ADBiostat, Arcueil, France, (3)

* *Auteur principal*

Résumé

Objectif : Evaluer le vécu et la prise en charge de la douleur dans l'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse (IVGM) en pratique courante jusqu'à 9 semaines d'aménorrhée (SA).

Matériel et méthode : RYMMa est une étude prospective non interventionnelle multicentrique longitudinale menée dans 23 centres français réalisant des IVGM jusqu'à 9 SA en milieu hospitalier avec une dose de mifépristone de 600 mg. L'objectif principal de l'étude était d'évaluer le taux de succès de l'IVGM avant 7 SA et entre 7 et 9 SA. Parmi les objectifs secondaires figuraient l'évaluation la douleur et les conditions de prescription d'antalgiques dans le déroulement de l'IVGM. Ci-après nous présentons les résultats concernant ces objectifs secondaires.

Résultats : Entre novembre 2015 et mai 2016, 893 patientes ont été incluses. Un traitement antalgique prophylactique avant a été prescrit à 657 patientes (74 %) et a effectivement été pris par 398 d'entre elles (61 %). Il s'agissait d'un antalgique de niveau 1 dans 66 % des cas (seulement 244 des 588 patientes l'ayant effectivement pris : 41 %) et d'un niveau 2 dans 31 % des cas (prise effective 258/272 : 95 %). Un traitement antalgique curatif a été réalisé chez 349 patientes (46,9 %), dont 174 (50 %) avaient déjà bénéficié d'un traitement prophylactique. Les répartitions des traitements prophylactique et curatifs étaient équivalentes quel que soit le terme de la grossesse (avant ou après 7 SA). Sur les 740 patientes évaluées, 94 (12,7 %) ont rapporté aucune douleur, 296 (40,0%) une douleur faible, 262 (35,4 %) modérée, 79 (10,7 %) intense et 9 (1,2 %) extrême. Il n'existait pas de différence avant et après 7 SA.

Conclusion : La prescription d'un traitement antalgique prophylactique se fait pour environ 3/4 des patientes, mais ce traitement est pris de manière effective dans moins de 2/3 des cas. Dans l'étude RYMMa une différence dans l'observance de la prise d'antalgiques prophylactiques prescrits en fonction de leur pallier allant de 41% pour le niveau 1 jusqu'à 95% pour le niveau 2 a été observée. Le vécu de la procédure semblait acceptable. Il n'existait pas de différence de vécu et de prise en charge en fonction du terme de l'IVGM.

Pronostic obstétrical des patientes présentant un antécédent de césarienne avant 32 semaines d'aménorrhée : étude rétrospective cas-témoins au CHU d'Angers

Type de communication : Poster commenté

Date de session : Jeudi 7 décembre 2017

Horaires de sessions : 12h45-13h10

S. Tixier*(1)

CHU Angers, Angers, France(1)

* Auteur principal

Résumé

Objectif : Comparer le mode d'accouchement et les complications maternelles et néonatales après une césarienne (CS) \leq 32 SA par rapport à un groupe témoin de patientes accouchant après une CS \geq 37 SA.

Méthodes : étude rétrospective cas-témoin, réalisée au CHU d'Angers, maternité de niveau 3, de 2000 à 2014. Nous avons inclus toutes les patientes ayant bénéficié d'une CS \leq 32 SA (considérée comme la CS index) puis ayant accouché d'un singleton. Ces patientes pouvaient avoir un antécédent d'accouchement voie basse (AVB). Nous avons exclu les patientes ayant un utérus cicatriciel obstétrical avant la CS index, les patientes n'ayant pas eu d'accouchement ultérieur au sein de notre maternité, et les grossesses multiples sur la grossesse suivant la CS index.

Résultats : nous avons inclus 366 patientes : 183 patientes dans le groupe « cas » et 183 patientes dans le groupe « témoin ». Dans la population « cas », 64 patientes (35%) ont bénéficié d'une CS programmée après césarienne prématurée (CP post-CSP) et 119 patientes (65%) d'une tentative de voie basse après césarienne prématurée (TVB post-CSP) dont 86% (102/119) de succès soit 56% (102/183) d'AVB post-CSP. Trois patientes ayant bénéficié d'une hystérotomie corporéale ont eu une TVB post-CSP pour l'accouchement ultérieur et ont accouché par voie basse. L'âge gestationnel moyen lors de la CS prématurée était de 29,4 SA. On retrouvait 1 rupture utérine (0,5%) et 4 déhiscences (2,2%) dans la population « cas » et 3 ruptures utérines (1,6%) et 2 déhiscences (1,1%) dans la population « témoin ». Les nouveaux nés issus des grossesses ayant succédé à une CS \leq 32 SA naissaient à un terme et d'un poids inférieurs à ceux issus des grossesses ayant succédé à une CS \geq 37 SA ($p < 0,0001$) qu'il y ait eu une tentative de voie basse ou non.

Les nouveau-nés issus des TVB post-CSP étaient plus hospitalisés en Néonatalogie que ceux issus de TVB post- CS \geq 37 SA ($p = 0,02$).

Conclusion : après une césarienne \leq 32 SA, avec présence d'un segment inférieur et hystérotomie segmentaire précisée sur le compte-rendu opératoire, nous accordons l'épreuve du travail. La rupture utérine et ses complications sont rares et l'épreuve du travail est de pronostic comparable à une TVB post-CS \geq 37 SA.

Un nomogramme pour prédire les naissances vivantes après traitement chirurgical conservateur pour tumeur ovarienne borderline

Type de communication : Poster commenté

Date de session : Jeudi 7 décembre 2017

Horaires de sessions : 12h45-13h10

E. Darai*(1), L.Ouldamer(2), J.Couderchet(2), S.Bendifallah(3), G.Body(2), C.Uzan(4), P.Morice(5), M.Ballester(3)

APHP/hôpital tenon, Paris, France(1)CHU Bretonneau, département de gynécologie, Tours, France, (2)APHP/ Hôpital Tenon, Paris, France, (3)APHP, Paris, France, (4)Institut Gustave Roussy, Villejuif, France , (5)

* *Auteur principal*

Résumé

Study question: Can a nomogram be used to predict the individual probability of live-birth (LB) in women with borderline ovarian tumours (BOT) receiving primary fertility-sparing surgery?

Summary answer: A nomogram built according to the woman's age, histologic subtype (serous versus mucinous), type of ovarian surgical treatment and FIGO stage can accurately predict the probability of LB in women with BOT.

What is known already: Current prediction models determine the probability of pregnancy after medically assisted reproduction (MAR) and form the basis of patient counselling to guide the decision as to whether to consider in vitro fertilization but do not take into account prediction of the LB rate.

Participants/ Materials, setting, methods: This was a retrospective multicentre study including 187 women with fertility-sparing surgery for BOT diagnosed between January 1980 and December 2013. A multivariate logistic regression analysis of selected factors and a nomogram to predict the subsequent LB rate was constructed. A bootstrapping technique was used for internal validation.

Main results and the role of chance: Fifty-one women had LB (27.3%). Taking into account multiple pregnancies, the overall LB rate was 40.1 % (75/187). Federation International of Gynaecology and Obstetric (FIGO) stage, age at diagnosis, histological subtype and surgery type were included in the nomogram. The predictive model had an AUC of 0.742 (95% CI, 0.644-0.825) and 0.72 (95% CI, 0.621-0.805) before and after the 200 repetitions of bootstrap sample corrections, respectively, and showed a good calibration.

Limitations, reasons for caution: The retrospective nature of the study cannot exclude all biases. Our nomogram is based on simple criteria but did not take into account the evaluation of ovarian reserve. It demonstrates a fair relevance but requires external validation before routine use.

Wider implications of the findings: Clinicians are increasingly interested in such tools to support the patient in making an informed decision about treatment options. This nomogram contributes in the decision making by defining simple risk factors of poor LB probability which can help identify good candidates for MAR.

Evaluation de la morbidité des techniques chirurgicales du traitement de l'hémorragie du post partum

Type de communication : Poster commenté

Date de session : Jeudi 7 décembre 2017

Horaires de sessions : 12h45-13h10

J. Fievez*(1), C.Thuillier(2), A.Fauconnier(2), P.Berveillier(2), C.Huchon(2)

CHI poissy Saint Germain, Strassen, Luxembourg(1)CHI poissy saint germain, Poissy, France, (2)

* Auteur principal

Résumé

Mots-clés

Hémorragie du post-partum (HPP) ; traitement chirurgical ; complications ; morbidité.

Position du problème

L'HPP est une cause majeure de mortalité. Les traitements chirurgicaux ont démontré leur efficacité sans pour autant qu'un ne se démarque. Cette étude a pour but de vérifier si une technique est préférable à une autre de par une éventuelle morbidité réduite.

Matériel et méthodes

Etude rétrospective sur 10 ans concernant les patientes ayant présenté une HPP prise en charge par un traitement chirurgical. La classification Dindo-Clavien a été employée : complications non traitées (grade I), traitées médicalement (II), traitées chirurgicalement (III) ou nécessitant une prise en charge en USI pour défaillance organique (IV). Les grades III/IV ont été comparés aux I/II et à l'absence de complication. L'analyse statistique a reposé sur des tests du chi-2 et de Fisher.

Résultats

Sur 10 ans, 114 patientes ont été incluses sur 44107 accouchements (0,27%), 60 (52,6%) ont bénéficié d'un traitement chirurgical unique, 40 de 2 traitements (35,1%), 8 de 3 traitements (7%) et 6 de 4 (5,3%).

Le taux de complications global (Clavien I-V) était de 39,5%, dont 24,6% de Clavien III-IV et 14,9% de Clavien I-II.

Concernant la technique, pour les patientes ayant eu un traitement unique, 20 patientes ont bénéficié d'une ligature périphérique (artère utérine-triple ligature, 33,3%), dont 15% ont présenté une complication III/IV, 19 d'une ligature hypogastrique (31,6%), dont 5% ont présenté une complication III/IV, 2 d'un capitonnage (3,3%), 4 de techniques autres (6,7%) et 15 d'une hystérectomie (25%) dont 11 dans un contexte de malplacentation, non prises en compte dans les statistiques. Il n'a pas été retrouvé de différence significative entre la morbidité des différents traitements.

En cas de traitements multiples, la morbidité augmentait significativement avec le nombre de gestes associés (OR=6,92, p=0,03 pour 4 traitements associés).

Conclusion

Les traitements chirurgicaux pris isolément semblent présenter une morbidité comparable. En cas de traitements chirurgicaux associés, la morbidité augmente progressivement, proportionnellement au nombre de techniques employées, possiblement en rapport avec l'augmentation de la durée opératoire et la morbidité inhérente à chaque geste.

Développement d'une méthode innovante de mesure de la génération de thrombine et plasmine en un puits: effet in vitro de l'acide tranexamique.

Type de communication : Poster commenté

Date de session : Vendredi 8 décembre 2017

Horaires de sessions : 12h45-13h10

A. Baptiste*(1), E.Jeanpierre(1), I.Saidi(1), A.Bouthors(1), S.Susen(1), B.Hennart(1)

CHRU de Lille, Lille, France(1)

* *Auteur principal*

Résumé

Contexte:

Afin d'explorer la coagulation, la fibrinolyse et leur interaction, un test de génération simultanée de thrombine et de plasmine en un puits a été développé dans notre laboratoire (Simultaneous Thrombin and Plasmin Generation Assay, STPGA).

Objectif:

Evaluer in vitro l'effet de l'acide tranexamique (TA) sur la génération de thrombine et de plasmine mesurées par le STPGA par un test de surcharge en TA dans un pool de plasmas normaux témoins.

Méthode:

A partir d'une solution mère de TA (100mg/mL), plusieurs dilutions successives ont été réalisées afin d'obtenir des concentrations finales de TA dans chaque puits de 0 à 8 mg/L dans le but d'évaluer l'effet de ces différentes concentrations sur le STPGA dans un pool de plasmas normaux. Brièvement, le STPGA est réalisé à l'aide de 2 substrats fluorogéniques de thrombine et de plasmine n'interférant pas entre eux. Dans un micropuits sur fond noir, à 80 µl de plasma sont ajoutés 2µl de céphaline, 2 µl de facteur tissulaire (0.28pM approximativement), 4µ µl de substrat fluorogénique de thrombine, 2µl de substrat fluorogénique de plasmine et du Tri Buffer Saline. Après ajout d'un réactif contenant du chlorure de calcium et du t-PA (tissular plasmin activator) pour initier la génération de thrombine et de plasmine, la fluorescence est mesurée et convertie en concentration de thrombine et de plasmine.

Résultats:

Comme on pouvait s'y attendre, la génération de plasmine diminue lorsque les concentrations de TA augmentent. La génération de thrombine n'est pas affectée par la variation de concentration de TA.

Conclusion : in vitro, le STPGA permet de mettre en évidence une relation dose-effet entre l'acide tranexamique et la génération de plasmine, et par conséquent, la fibrinolyse. L'évaluation in vivo de cette relation reste à évaluer chez les patients présentant une hémorragie aigue recevant un traitement par TA. Une étude ancillaire à l'étude TRACES (PHRC n° 140032) étudiera l'effet de TA sur la génération de plasmine par le STPGA au cours de la césarienne hémorragique.

Comparaison des issues materno-fœtales selon le mode de prise en charge pour des parturientes présumées à bas risque obstétrical

Type de communication : Poster commenté

Date de session : Vendredi 8 décembre 2017

Horaires de sessions : 12h45-13h10

E. Nohuz*(1), J.Goutaland(2), C.Paganelli(2), A.Brunel(2), E.Tarraga(3), L.Gerbaud(4)

Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre hospitalier de Thiers, Pont-du-château, France(1) Service de Gynécologie-Obstétrique, Centre hospitalier de Thiers, Thiers, France, (2) Cabinet de sages-femmes, Chamalières, France, (3) Service de Santé Publique, CHU de Clermont-Ferrand, Clermont-ferrand, France, (4)

* *Auteur principal*

Résumé

1.Introduction

Une moindre médicalisation de la prise en charge de l'accouchement est dorénavant une demande prégnante des couples qui souhaitent accorder plus de place à la physiologie. Or, peu de données comparatives relatives au type de prise en charge (classique versus physiologique) sont retrouvées dans la littérature. Ce travail confronte, pour des grossesses présumées à bas risque, les issues materno-fœtales selon ces deux modes d'accouchement.

2.Patientes et méthodes

Cette étude monocentrique observationnelle analytique enrôlant 291 patientes s'est déroulée dans une maternité de type 1. Ainsi, 97 patientes dans le groupe physiologique (plateau technique : groupe 1) et 194 dans le groupe classique (groupe 2) ont été incluses. Le mode d'appariement a été établi sur la base de facteurs confondants. Les données qualitatives ont été exprimées en fréquence et pourcentage, leur comparaison a fait appel à un test du Khi 2 ou de Fisher. Les données quantitatives ont été exprimées en moyenne (+/- écart-type) et ont été comparées avec un test de Student. Le seuil de significativité a été fixé pour un $p < 0.05$.

3.Résultats

Il n'y avait pas de différence significative s'agissant de l'âge gestationnel à l'accouchement, respectivement de 40 SA+1 jour (± 1 jour) et 39 SA+2 jours (± 2 jours) pour les groupes 1 et 2 ($p=0,33$). Le taux d'accouchement par voie basse spontanée ne différait pas de manière significative (85,70%vs71,34%, $p>0,05$).

Ont été observés, dans le groupe 1, des taux (exprimés en pourcentage) significativement plus bas :

- d'analgésie péridurale (34,02vs69,58), (RR=0,49)
- d'amniotomie (19,58 vs 47,93), (RR=0,41)
- de recours aux ocytociques (16,49vs51,03), (RR=0,32)
- d'extraction instrumentale et de césarienne (14,29vs28,66)
- d'épisiotomie (11,26vs25,44)
- de délivrance dirigée (19,30vs87,5)
- d'allaitement maternel exclusif (96,66vs62,36).

Aucune différence significative n'a été retrouvée s'agissant des taux d'hémorragie du postpartum (11,34 vs 6,70), des scores d'Apgar inférieurs à 7 à 5 minutes (1,25vs1,46) et des taux de transferts néonataux (3,86vs4,62).

4.Discussion et conclusion

La possibilité, pour des grossesses à bas risque, d'accoucher avec une moindre technicité, au sein d'un service d'obstétrique de type1, ne semble pas induire plus de risque pour la mère et l'enfant. C'est en ce sens une alternative sûre en considérant qu'une prise en charge traditionnelle peut à tout moment prendre le relais de la parturition en cas de nécessité.

Intérêt clinique du dépistage intrapartum du Streptocoque de groupe B (SGB) par test PCR à la demande avec Xpert® GBS en comparaison à la culture anténatale

Type de communication : Poster commenté
Date de session : Vendredi 8 décembre 2017
Horaires de sessions : 12h45-13h10

G. Richalet*(1)

Cepheid, Clinique des cedres, Echirolles, France(1)

* Auteur principal

Résumé

Contexte : La colonisation par le SGB chez les femmes enceintes peut conduire à une infection chez le nouveau-né avec un risque élevé d'infection néonatale précoce. La plupart des recommandations européennes prévoient un dépistage anténatal du SGB par culture entre 35 et 38 semaines d'aménorrhée (SA) suivi d'une antibioprofylaxie intrapartum pour toutes les femmes positives or la colonisation par SGB est intermittente et le statut des mères peut changer jusqu'à la naissance.

Depuis 2012, la Clinique des Cèdres réalise le dépistage intrapartum du SGB par PCR afin de réduire le risque d'infection néonatale

Matériel/méthode : Entre Février 2013 et Novembre 2016, 4955 prélèvements vaginaux ont été collectés entre 35-38 SA et analysés par culture. Un second prélèvement vaginal a été collecté intrapartum et testé par PCR Xpert® GBS. Parallèlement, 4341 échantillons néonataux (liquide gastrique et placenta: 2367 nouveau-nés) ont été prélevés puis analysés par culture et comparés avec 3207 échantillons néonataux (2155 nouveau-nés) analysés avant l'implémentation de dépistage intrapartum avec Xpert GBS permettant de déterminer le taux d'infection.

Résultats : Sur 4955 échantillons vaginaux analysés, le taux de positivité était de 6,3% (312) avec la culture anténatale et de 10,3% (513) avec Xpert GBS réalisé intrapartum. De plus, 8,2% des femmes ont changé de statut SGB entre les deux méthodes de dépistage.

Entre 2009 et 2012, sur 2155 nouveau-nés testés, 29 étaient infectés par SGB (1.3%). Après l'implémentation du dépistage intrapartum, sur 2367 nouveau-nés, 9 ont été infectés par le SGB (0,4%). La significativité statistique des résultats a été calculé par la méthode chi2.

Conclusions : Sur 312 femmes positives au SGB lors du dépistage anténatal, 164 étaient négatives intrapartum (52%). De plus, 242 femmes avec un résultat anténatal négatif ont été détectées positives au SGB intrapartum. Ainsi la mise en place du dépistage intrapartum a permis de réduire le taux d'infection néonatale de 3,5 points ($p < 0.0004$).

Ces données démontrent que le dépistage intrapartum par PCR représente un réel intérêt clinique étant plus adapté pour évaluer le risque d'infection néonatale, éviter l'infection des nouveau-nés par SGB et réduire l'utilisation inappropriée d'antibioprofylaxie.

Pronostic fonctionnel et oncologique de la trachélectomie radicale : Cohorte prospective de 61 patientes

Type de communication : Poster commenté

Date de session : Vendredi 8 décembre 2017

Horaires de sessions : 12h45-13h10

V. Balaya*(1), P.Mathevet(2), M.Delomenie(3), M.Gosset(3), C.Ngo(3), A.Bats(3), F.Lecuru(3)

Hôpital Européen Georges Pompidou, Paris, France(1) Centre hospitalier universitaire Vaudois, Lausanne, Switzerland, (2) HEGP, Paris, France, (3)

* *Auteur principal*

Résumé

Objectifs : L'objectif de cette étude était d'évaluer la morbidité post-opératoire précoce et tardive chez les patientes ayant subi une trachélectomie radicale avec ou sans curages pour un cancer du col utérin aux stades précoces et leur pronostic fonctionnel

Matériel et Méthode : Nous avons analysé les données de 2 études prospectives multicentriques sur le prélèvement du ganglion sentinelle dans les cancers du col utérin (SENTICOL 1 et 2). Les patientes ont subi une trachélectomie radicale pour cancer du col utérin aux stades précoces entre Janvier 2005 et Mars 2012 dans 8 centres français.

Résultats : 61 patientes ont subi une trachélectomie radicale : 41 par voie coelioscopique et vaginale, 7 par voie coelioscopique pure, 11 par voie vaginale pure et 2 par laparotomie. L'âge médian était de 33 ans (22 – 68 ans). 88,5% des patientes présentaient un cancer du col au stade IB1. Le type histologique était un carcinome épidermoïde dans 63,9% des cas et un adénocarcinome dans 34,4%. 18 patientes (29,5%) ont eu seulement un prélèvement du ganglion sentinelle tandis que 43 patientes (70,5%) ont un curage pelvien complémentaire. Le suivi médian était de 46 mois (0 à 85 mois). Le taux de complications urinaires était de 38,2% (20 patientes) et on notait 12 cas d'infection urinaire (19,6%), 6 cas de dysurie (9,8%), 3 cas d'incontinence urinaire (4,9%) et un cas de fistule urétérale (1,6%). Neuf patientes (14,7%) ont une complication neurologique majeure avec une atteinte du nerf génito-fémoral dans 4 cas (6,5%) et du nerf obturateur dans 5 cas (8,2%). 16 patientes (26,2%) ont présenté une complication lymphatique avec 12 cas de lymphoedème des membres inférieurs (19,7%) et 5 cas de lymphocèles pelviennes (8,2%). Au cours du suivi, 3 patientes (4,9%) ont présenté une récurrence locale et 2 patientes sont décédées : une d'un cancer du sein et l'autre d'une métastase hépatique.

Conclusions : La trachélectomie radicale est une alternative faisable et fiable pour préserver la fertilité des jeunes patientes avec un cancer du col utérin aux stades précoces.

Mots-clés : « cancer du col utérin », « hystérectomie radicale », « pronostic fonctionnel », « complication post-opératoire », « pronostic oncologique ».

Comparaison de l'efficacité et des complications de la prothèse Uphold™ LITE pour la chirurgie du prolapsus par voie vaginale chez les patientes âgées par rapport aux plus jeunes.

Type de communication : Poster commenté

Date de session : Vendredi 8 décembre 2017

Horaires de sessions : 12h45-13h10

L. Allegre*(1), A.Hedde(2), B.Fatton(3), R.De taylor(4), S.Addirahman(3)

Service de gynécologie obstétrique, CHU Nîmes, Nîmes, France(1) Service de Gynecologie Obstetrique CHU Nîmes, Nîmes, France, (2) Service de Gynecologie Obstetrique, CHU Nîmes, Nîmes, France, (3) Service de Gynecologie Obstetrique, CHU Nîmes, Nîmes, France, (4)

* Auteur principal

Résumé

Introduction :

Le prolapsus génital est une pathologie qui impacte la qualité de vie des patientes et dont la prévalence est en augmentation du fait du vieillissement de la population. Le recours à un traitement chirurgical du prolapsus est donc en augmentation et notamment chez des patientes de plus en plus âgées. Chez ces patientes la voie vaginale est souvent préférée afin de réduire le risque de complication. Cependant peu de données existent sur les résultats de la chirurgie prothétique dans cette population.

L'objectif de cette étude était donc d'évaluer l'efficacité ainsi que les complications de la chirurgie vaginale prothétique chez les patientes âgées par rapport aux patientes plus jeunes.

Matériel et Méthodes :

Une étude rétrospective monocentrique a été conduite. Toutes les patientes bénéficiant d'une cure de prolapsus par sacrospinofixation prothétique par voie antérieure étaient incluses. Le critère de jugement principal était les résultats anatomiques utilisant la classification POPQ. Les critères de jugements secondaires étaient le taux de complications ainsi que les résultats fonctionnels urinaires, colo rectaux et sexuels.

Résultats :

Trois cents vingt huit patientes ont été incluses, 69 avaient plus de 75 ans et 257 avait moins de 75 ans. La médiane de suivi était de 12 mois. Le taux de succès anatomique était statistiquement plus élevé chez les patientes âgées 92 % versus 85 % dans le groupe < 75 ans ($p=0.02$). Cependant cette différence n'était plus significative après ajustement sur les facteurs de confusion ($p=0.82$). Les taux de complications per et post-opératoires étaient faibles et comparables dans les deux groupes même après ajustement sur les facteurs de confusion. Le taux de mortalité était nul dans les deux groupes. Le taux de réintervention pour érosion prothétique était de 1% dans le groupe > 75 ans vs 3% dans le groupe < 75 ans ($p=0.9$). Concernant les résultats fonctionnels seul le taux d'hyperactivité vésicale était statistiquement plus élevé dans le groupe des patientes âgées (39%) par rapport au groupe des patientes plus jeunes (25%) $p=0.01$.

Conclusion :

La chirurgie du prolapsus par double sacrospinofixation prothétique par voie vaginale est une option sûre et efficace qui peut être proposée aux patientes âgées.

Les résumés sont le résultat du travail des auteurs et ils n'ont pas fait l'objet de modifications de la part du comité scientifique