

# Quoi de neuf en gynéco?

Dr SOUEF

PH Gynécologie-Obstétrique

CH Carcassonne

- CONTRACEPTION
  - Pilule
  
- PAPILLOMAVIRUS
  - Test HPV
  - vaccination

# Un mot sur la contraception

- Période de méfiance « sans hormones »
- Arsenal important en France prise en charge SS
  - Pilule OP ou microP
  - Implant
  - DIU
  - Stérilisation
- Bonne information et évaluation des risques

# La pilule : faut-il en avoir peur?

- Médicament d'utilisation très courante
- Comme TOUS les médicaments : avantages (très nombreux) et risques (très faible)
- Balance bénéfice risque très favorable
- Variation tolérance inter-individuelle
- Faible dose d'hormone de synthèse
- Etudes observationnelles (cas-témoin ou de cohorte)

# Risques de cancer

- Augmentation du risque :
  - sur-risque SEIN, COL de l'utérus si HPV
- Diminution du risque
  - endomètre, ovaire (30 à 50 %), colon et rectum (20%)
- Pas d'augmentation de l'incidence globale des cancers tous confondus

# Risques vasculaires

- Lié aux oestrogènes
- Artériel : AVC, IDM (15 cas/1M/an)
  - essentiellement dû aux FdR de la patiente (tabac, HTA, migraine avec aura, cholestérol, diabète, obésité, âge > 40 ans)
  - Histoire familiale d'AVC < 50 ans
- Veineux : TVP et EP (20 à 40 cas/1M/an soit 0,02 à 0,04%)
  - Max la première année, très rarement grave

# Autres bénéfiques

- Effets sur hyperandrogénie (SOPK)
- Effets sur les ménorragies : ↘50 % (prise en continu)
- Effets sur les dysménorrhées, endométriose (prise continu)
- Effets sur le syndrome prémenstruel
- Autres effets : ↘20% Polyarthrite Rhumatoïde, Fibroadénome mammaire et mastopathie fibrokystique, migraines cataméniales

# Et le reste...

- Risque d'infertilité??
  - Faible dose hormonale, réversibilité rapide
  - Effet bénéfique en limitant risque GEU et KO fonctionnels
- Troubles de la libido?? multifactoriel
- Dépression?? multifactoriel
- Prise de poids??
  - ↗ transitoire appétit
  - $\frac{1}{4}$  ↗  $\frac{1}{4}$  ↘  $\frac{1}{2}$  =



# Les autres contraceptions

- Microprogestatives : pas d'augmentation du risque d'accident thromboembolique veineux ni artériel
- Oestrogènes naturels : Qlaira, Zoely
- Implant
- DIU cuivre
- DIU au lévonorgestrel
  - Jaydess
  - Mirena : utérus fibromateux

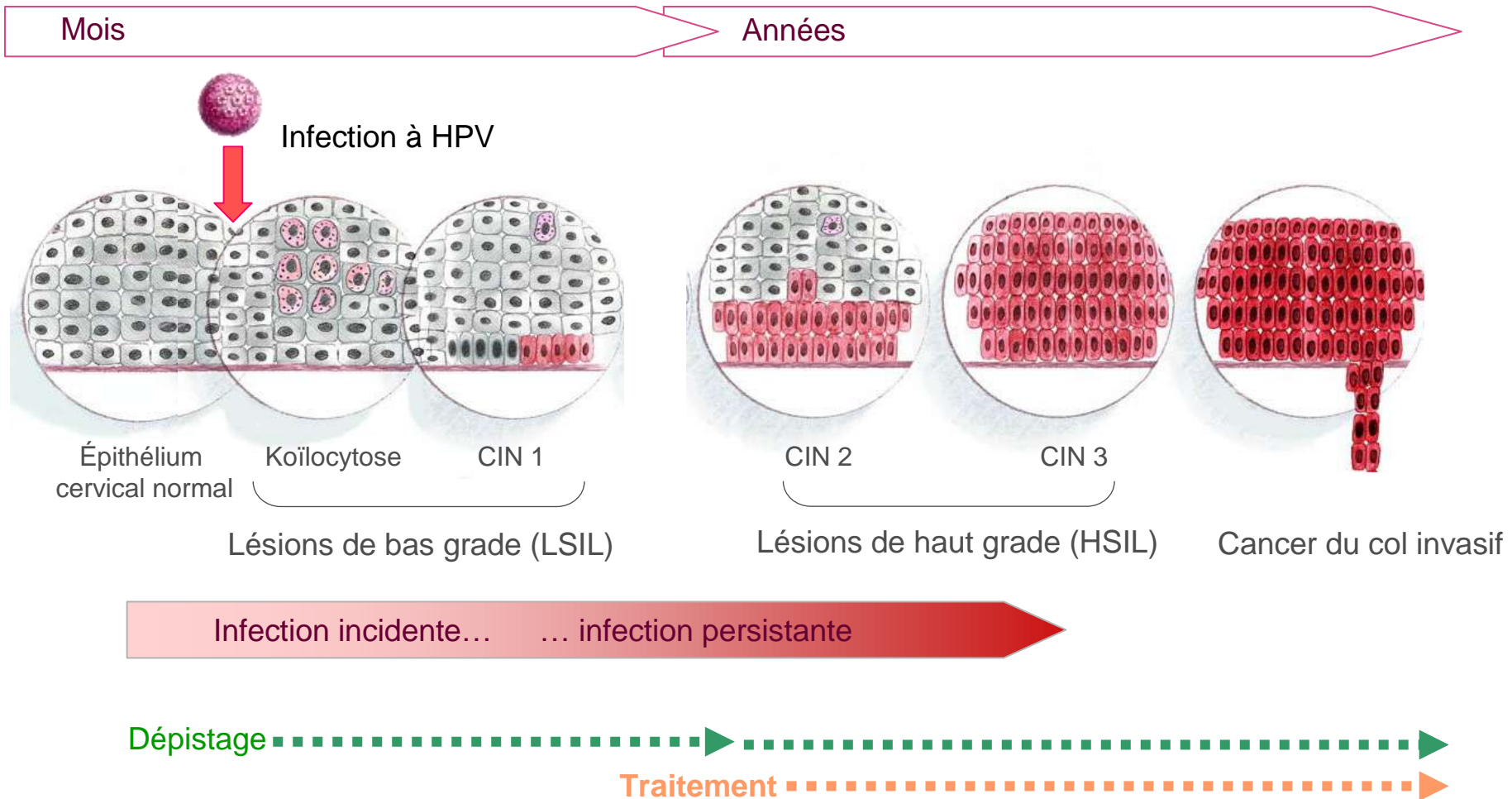
# Et la Stérilisation tubaire?

- Suppression ESSURE depuis Septembre 2017
  - Médiatisation fin 2016 avec association de patientes
  - Plaintes concernant des douleurs pelviennes et saignements après la pose
  - Autres plaintes plus difficile à relier : céphalées, perte d'appétit, asthénie, douleurs musculaires et articulaires parfois invalidantes
- Ligature de trompe par coelioscopie

# FCV et HPV

- Recommandations HAS, INCA 2016
- De 25 à 65 ans
- 2 FCV normaux à 1 an puis tous les 3 ans
- Place du test HPV dans la surveillance
- Et la vaccination...

# Histoire naturelle : de l'infection à HPV au cancer du col <sup>1</sup>



CIN : néoplasie cervicale intra épithéliale ; LSIL : Lésions intra épithéliales squameuses de bas grade ; HSIL : Lésions intra épithéliales squameuses de haut grade.

1. Adapté d'après Moscicki AB *et al.* Chapter 5: Updating the natural history of HPV and anogenital cancer. *Vaccine*. 2006;24 Suppl 3:S42-51.

# Les frottis

Bethesda 2001	Fréquence	% de lésion histo de CIN2+
ASC-US	3% (<5%)	8 à 10%
ASC-H		40%
L-SIL	2%	20 à 30%
H-SIL	0,5%	90%
AGC	0,1% à 0,5%	9 à 54%

# Cytologie initiale ASC-US



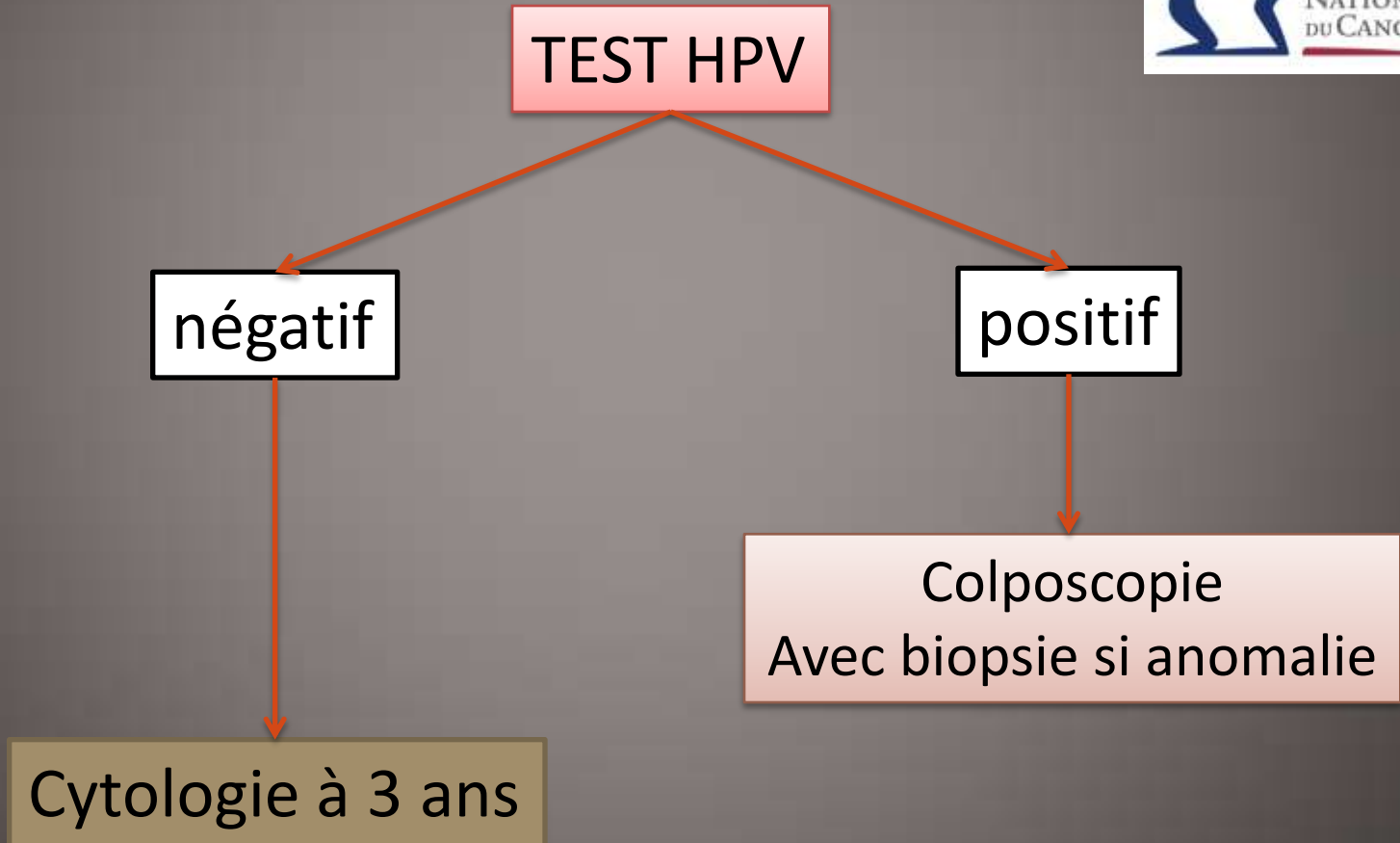
TEST HPV

négatif

positif

Cytologie à 3 ans

Colposcopie  
Avec biopsie si anomalie



# ASC-US : HPV +



Colposcopie  
Avec biopsie si anomalie

Colposcopie normale  
et satisfaisante

Lésion histologique  
PEC adéquate

Colposcopie  
non satisfaisante

Test HPV  
OU cytologie à 12 mois

Contrôle colposcopique  
Après préparation  
et / ou curetage endocol  
Si pas de grossesse

HPV négatif

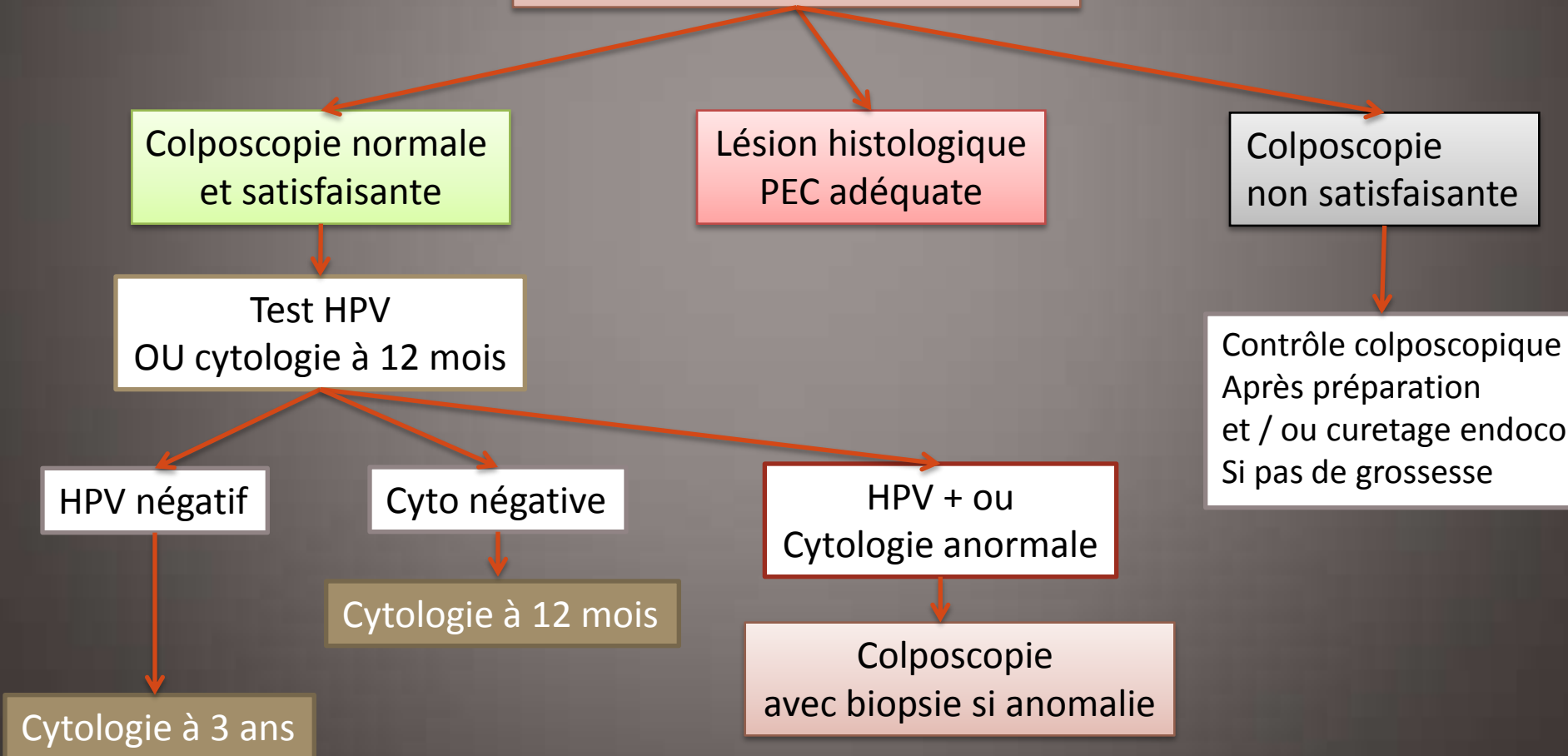
Cyto négative

HPV + ou  
Cytologie anormale

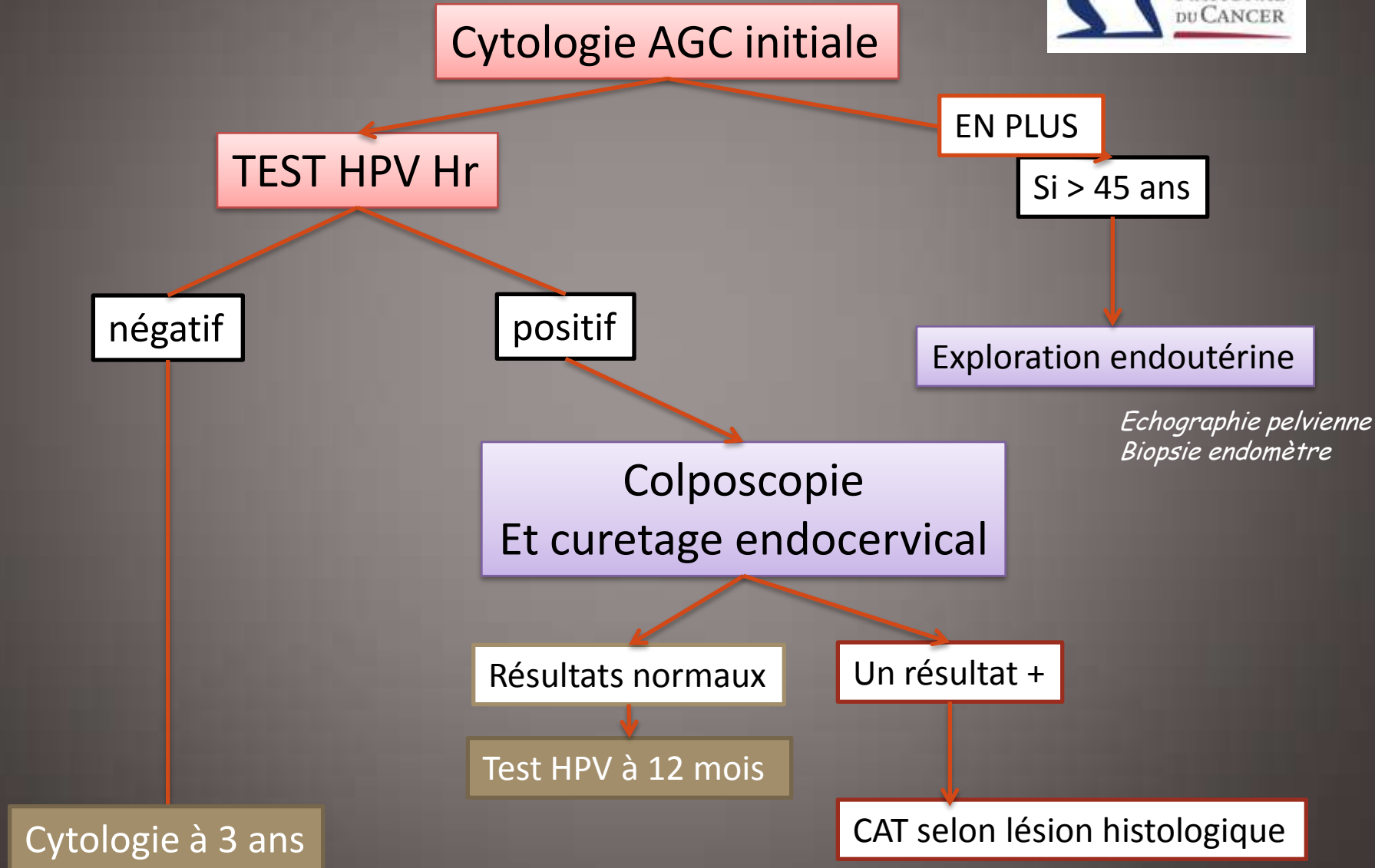
Cytologie à 3 ans

Cytologie à 12 mois

Colposcopie  
avec biopsie si anomalie



# Cytologie AGC initiale





Cytologie anormale pendant la grossesse

Cytologie ASC-US ou LSIL en cours de grossesse



Cytologie dans les 2 à 3 mois après l'accouchement

# Et la vaccination?

- GARDASIL
- Cervarix
- Et bientôt Gardasil nonavalent...

# Quoi de neuf en Obstetrique?

Dr CHAINTREUIL Madelyne

Assistante spécialisée

CH Carcassonne

# Bilan début de grossesse

- Obligatoires:
  - groupe sanguin et RAI
  - Toxoplasmose et rubéole
  - Syphilis
  - **AG HBs**
  - Glycosurie albuminurie

# Bilan début de grossesse

- Proposées:
  - VIH 1 et 2
  - Marqueurs sériques du premier trimestre
  - NFS en cas de facteur de risque (anémie)
- HAS mai 2016

# Diagnostic non invasif (DPNI)

- ADN fœtal circulant dans le sang maternel
- Taux de détection 99.2% taux faux positif 0.009%
- Proposé: patiente à risque  $> 1/1000$  après les msm
- Clarté nucale  $< 3.5$  et pas d'anomalie morphologique
- Patiente plus de 38 ans sans msm
- Un des parents porteur d'une translocation robertsonnienne impliquant le chr 21
- Les msm ne sont pas fiables( gémellaire, msm hors borne)
- Patiente avec un antécédent de T21
- Cout 390 euros
- CNGOF juin 2017

# Infection urinaire et grossesse

- Bactériurie asymptomatique:

- Culture mono microbienne  $> 10^5$

Traitement:

1ère intention amoxicilline 7 jours

Pivmecillinam 7 jours

Monuril en 3eme intention

ECBU 8-10 jours après le traitement puis une fois par mois jusqu'à l'accouchement.

# Infection urinaire et grossesse

- Cystite gravidique
  - Leucocyturie  $>10^4$  + bacteriurie  $>10^3$  pour E coli et S Saprophyticus et  $10^4$  pour autres germes
  - Traitement
    - Monuril en 1ère intention
    - Pivmecillinan 7 jours
    - Ciflox ou cefixime ou nitrofurantoine en 3 ème intention 7jrs
  - ECBU 8-10 après le traitement puis une fois par mois jusqu'à l'accouchement



# Génotypage rhésus foetal

- Patiente rhésus négatif et conjoint rhésus positif
- Détermination du rhésus foetal sur sang maternel
- Prévention allo immunisation rhésique
- 1ère détermination sur sang maternel >11sa
- 2ème détermination >18sa
- Prise en charge sécurité sociale depuis 06/2017

# Genotypage rhésus foetal

- Pas de Rophylac si fœtus rhésus négatif
- RAI ; puis Rophylac 200 si prélèvements invasifs ou métrorragies 1<sup>er</sup> trimestre
- Rophylac 300 à 28sa en systématique

Merci de votre attention