

Réflexions

en Gynécologie-Obstétrique

13

juin
2010

Tome 3

Médecine du monde

Médecine traditionnelle chinoise
aux herbes médicinales et
traitement de l'endométriose :
données de la Cochrane Database

Médecine interne

Thrombopénie et grossesse
1^{ère} partie

Imagerie

De la mammographie analogique
à la mammographie numérique :
critères de qualités

Congrès

Assises Françaises de sexologie
GEMVI

Dossier

Psychisme et grossesse



Coordination scientifique :
Olivier Parant

ISSN : 1964-9444

4
Crédits
FMC
par an

RÉDACTEURS EN CHEF

Conseiller Spécial de la Rédaction :
Pr Emile Daraï (Paris)

Dr Catherine Azoulay (Paris)
Pr Roman Rouzier (Paris)

COMITÉ DE RÉDACTION

Dr Hélène BORNE, (Paris)
Pr Jean-Luc BRUN, (Bordeaux)
Dr Marianne BUHLER, (Paris)
Pr Sophie CHRISTIN-MAITRE, (Paris)
Pr Olivier GRAESSLIN, (Reims)
Pr Jean-Marie JOUANNIC, (Paris)
Dr Pierre KHALIFA, (Paris)
Dr Olivier PARANT, (Toulouse)
Pr Christophe PONCELET, (Bondy)
Dr Catherine UZAN, (Villejuif)
Dr Marie VELUIRE, (Paris)

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Pr Jean-Marie ANTOINE (Paris)
Dr Yves ARDAENS (Lille)
Dr Marc BAZOT (Paris)
Dr Joëlle BELAISCH-ALLART (Sèvres)
Pr Jean-Louis BENIFLA (Paris)
Pr Philippe BOUCHARD (Paris)
Pr Michel CANIS (Clermont-Ferrand)
Dr Damienne CASTAIGNE (Villejuif)
Dr Marie CHEVRET-MEAISON (Lyon)
Pr Bernard CORTET (Lille)
Pr Michel COSSON (Lille)
Pr Pierre COSTA (Nîmes)
Pr Dominique DALLAY (Bordeaux)
Dr Bernard FLIPO (Nice)
Dr Marc GANEM (Paris)
Pr Ulysse GASPARD (Liège)
Pr Anne GOMPEL (Paris)
Pr Jean LEVEQUE (Rennes)
Pr Pierre MARES (Nîmes)
Pr Philippe MERVIEL (Amiens)
Dr Sylvain MIMOUN (Paris)
Pr Bernard-Jean PANIEL (Créteil)
Pr Christian QUEREUX (Reims)
Pr Didier RIETHMULLER (Besançon)
Pr René-Charles RUDIGOZ (Lyon)
Pr Robert SAURA (Bordeaux)
Dr Jean-Yves SEROR (Paris)
Pr Marc SPIELMANN (Villejuif)
Pr Charles SULTAN (Montpellier)
Pr Arnaud WATTIEZ (Strasbourg)

UNE ÉDITION J.B.H. SANTÉ

53, rue de Turbigo - 75003 Paris
Tél. : 01 44 54 33 54 - Fax : 01 44 54 33 59
E-mail : la@jbsante.fr
Directeur de la publication : Dr Jacques HALIMI
Secrétariat de rédaction : Yaëlle ELBAZ
Maquette : Clémence KINDERF
Service commercial : Nathalie BOREL, Véronique GUILLOT
Abonnements : Louise ASCOLI

Imprimerie GYSS - Obernay
ISSN : 1964-9444 - Commission paritaire : 1010 T 89620
Dépôt légal : 2^{ème} trimestre 2010

SOMMAIRE

3 Edito ————— Olivier Parant

DOSSIER

PSYCHISME ET GROSSESSE

- 5 Médicaments de la psychiatrie et grossesse : que faut-il savoir pour les professionnels de la naissance ? ————— Béatrice Guyard-Boileau
- 9 Les hospitalisations sous contrainte en gynécologie-obstétrique ————— R. Klein, C. Amoyal
- 13 Les troubles psychiques du post-partum ————— L. Franchitto, E. Teissier

CONTRACEPTION

- 18 Contraception de l'adolescente ————— Patrick Madelenat, Christian Jamin

MÉDECINE DU MONDE

- 21 Médecine traditionnelle chinoise aux herbes médicinales et traitement de l'endométriose : données de la Cochrane Database ————— Emile Daraï

MÉDECINE INTERNE

- 22 Thrombopénie et grossesse - 1^{ère} partie ————— M. Khellaf, B. Godeau

IMAGERIE

- 25 De la mammographie analogique à la mammographie numérique : critères de qualités ————— Christine Salem, Roman Rouzier

ACTUALITÉS

- 28 3^{èmes} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle : Les complexités du couple et de ses prises en charge Reims, du 18 au 21 mars 2010 ————— Catherine Azoulay

CONGRÈS - MÉNopause

- 29 1^{er} congrès du GEMVi : un coup d'essai, un coup de maître !! — C. Azoulay

3 ABONNEMENT

- 8 LU POUR VOUS
- 20 AGENDA,
- 30,31 RENCONTRES...
- 31 ANNIVERSAIRE

COMITÉ DE LECTURE

Dr Aubert AGOSTINI (Marseille)
Dr Katy ARDAENS (Seclin)
Dr Catherine AZOULAY (Paris)
Pr Florence BRETTELLE (Marseille)
Dr Nathalie CHABBERT-BUFFET (Paris)
Dr Pierre COLLINET (Lille)
Dr Marie-Antoinette de CRÉCY (Ste Geneviève des Bois)
Pr Emile DARAI (Paris)

Pr Serge DOUVIER (Dijon)
Dr Gilles DUBERNARD (Lyon)
Dr Raffaëla FAUVET (Amiens)
Dr Patrick FENICHEL (Nice)
Dr Juliette GUIBERT (Poissy)
Dr Gilles KAYEM (Créteil)
Dr Michèle LACHOWSKY (Paris)
Dr Marie-Noëlle LAVEISSIERE (Paris)
Dr Brigitte LETOMBE (Lille)

Pr Franck PERROTIN (Tours)
Dr Jean Yves PONS (St Maur)
Dr Catherine RONGIERES (Strasbourg)
Pr Roman ROUZIER (Paris)
Dr Marie Victoire SENAT (Clamart)
Dr Pascale THIS (Versailles, Paris)
Pr Philippe TOURAINE (Paris)
Dr Vassili TSATSARIS (Paris)
Pr Laurent ZELEK (Bobigny)

Les professionnels de la naissance sont régulièrement confrontés aux troubles psychiques associés à la grossesse. Ces troubles sont au moins aussi fréquents que les pathologies somatiques comme le diabète ou l'hypertension artérielle et sont pourtant mal connus, voire négligés par les cliniciens.

L'obstétricien ou la sage-femme sont le plus souvent en première ligne. Il leur incombe alors de reconnaître les signes précoces et de dépister les facteurs de risque prédisposant à ces pathologies. Par ailleurs, le médecin est souvent interrogé sur les conséquences des thérapeutiques psychiatriques au cours de la grossesse. Enfin, la survenue d'un trouble psychiatrique aigu en cours de grossesse ou en post-partum nous laisse bien souvent démunis.

Le dossier thématique de ce mois, consacré aux troubles psychiques associés à la grossesse, abordera trois situations pratiques :

- les conséquences obstétrico-pédiatriques des traitements psychotropes
- les hospitalisations sous contrainte en gynécologie obstétrique
- les troubles psychiques du post-partum

J'espère que la lecture de ce dossier vous apportera quelques pistes pour aborder plus sereinement ces situations difficiles en maternité.

Bulletin d'abonnement

Réflexions en Gynécologie-Obstétrique

Je m'abonne pour un an.

▶ Déductible de vos frais professionnels



Créditez votre FMC :
Abonnez-vous

En application de l'arrêté de juillet 2006 portant homologation des règles de validation de la FMC, un abonnement à un périodique médical répondant aux critères de qualité définis par les CNFMC donne droit à 4 crédits FMC/an, dans la limite de 40 crédits sur 5 ans.

Le critère retenu pour marquer la démarche volontaire du médecin est le paiement d'un abonnement. Cet abonnement doit être prouvé par une facture.

Médecin	<input type="checkbox"/> 1 an : 50 €	<input type="checkbox"/> 2 ans : 80 €
Sage femme, Infirmière...	<input type="checkbox"/> 1 an : 40 €	<input type="checkbox"/> 2 ans : 70 €
Interne/ Etudiant (joindre un justificatif)	<input type="checkbox"/> 1 an : 30 €	<input type="checkbox"/> 2 ans : 55 €
Etranger (Dom-Tom inclus) et/ou Institution	<input type="checkbox"/> 1 an : 70 €	<input type="checkbox"/> 2 ans : 120 €

Nom : Prénom :

Adresse :

Email :

Règlement :

Chèque à l'ordre de JBH Santé

Carte bancaire (VISA exclusivement)

N° : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Cryptogramme : | | | | |

Date d'expiration : | | | | |

Signature :

Bulletin à retourner à :
JBH Santé,
53, Rue de Turbigo - 75003 PARIS
Une facture justificative vous sera adressée

Auto-évaluation

PSYCHISME ET GROSSESSE

Les éléments de réponse aux questions posées se trouvent bien entendu au sein des différents articles ...

1 La prise de lithium en début de grossesse entraîne un risque malformatif de 25%.

Oui ou Non

2 L'utilisation de benzodiazépines pendant la grossesse est sans conséquence.

Oui ou Non

3 La dangerosité est un élément nécessaire et suffisant pour demander une hospitalisation d'office au préfet.

Oui ou Non

4 Seul un psychiatre est habilité à remplir le premier certificat d'HDT.

Oui ou Non

5 Il faut deux certificats médicaux plus la demande de tiers pour que le patient soit transporté aux urgences psychiatriques.

Oui ou Non

6 Jusqu'à 25 à 50% des pères développent un syndrome dépressif quand leur compagne souffre d'une dépression postnatale.

Vrai ou Faux

7 Près d'une patiente sur 3 risque une récurrence de psychose puerpérale lors d'un second accouchement.

Vrai ou Faux

Réponses :

- 1 :** Non. Le risque malformatif peut être chiffré autour de 3% ; il est un peu plus important dans certaines études (registres), de l'ordre de 8%. C'est essentiellement les malformations cardiaques qui sont en cause (cardiopathie d'Ebstein). Le caractère modéré de ce risque malformatif est à mettre en balance avec l'augmentation du risque de déséquilibre d'une pathologie psychiatrique chez une patiente en cas d'arrêt de ce traitement.
- 2 :** Non Sur le plan du risque malformatif, une discrète augmentation du risque de fente labio-palatine a été décrite (de l'ordre de 0,7%). Il n'a pas été décrit de foetotoxicité.
- Par ailleurs, lors de prise chronique au troisième trimestre de la grossesse, des troubles ont été décrits chez les nouveau-nés : hypotonie, troubles de la succion, hypothermie évoquant une imprégnation ou agitation, convulsions (évoquant plutôt un sevrage). Bien que ces cas soient rares, il paraît intéressant d'en discuter avec les pédiatres amenés à surveiller l'enfant.
- 3 :** Non Il faut aussi qu'un trouble mental nécessitant des soins soit présent. La dangerosité n'est pas une maladie psychiatrique. La mise en place d'une HO ne doit surtout pas être un « substitutif médical » à la sanction pénale (cas où l'on redoute une sortie trop précoce de garde à vue par exemple...). Se rappeler aussi que les patients peuvent être expertisés en garde à vue.
- 4 :** Non Tout médecin est habilité à remplir les premiers certificats d'HDT. En allant même plus loin, on pourrait dire que le médecin à pour obligation de mettre en œuvre la mesure si il estime que la situation le justifie (la non assistance à personne en danger pouvant être invoquée).
- 5 :** Non Deux certificats sont nécessaires pour que la mesure soit prononcée par le directeur de l'établissement d'accueil. Par contre, un seul suffit (en plus de la demande du tiers) pour que le patient soit transporté aux urgences.
- 6 :** Vrai. Le dépistage d'une dépression postnatale doit donc être systématique chez les pères lorsque la mère développe une dépression du post-partum afin d'éviter une potentialisation des facteurs risques chez l'enfant.
- 7 :** Vrai. La psychose puerpérale récidive dans environ 30% des cas, même en cas de guérison totale du premier épisode. Un traitement antipsychotique préventif doit se discuter à l'accouchement selon les facteurs de risque.

Médicaments de la psychiatrie et grossesse : que faut-il savoir pour les professionnels de la naissance ?

BÉATRICE GUYARD-BOILEAU

CHU de Toulouse, hôpital Paule de Viguier, Toulouse

résumé

Les médicaments psychotropes sont souvent peu familiers pour les professionnels de la naissance. Les tricycliques sont un choix sécuritaire durant la grossesse, mais peuvent entraîner une hypotension ou des troubles du rythme cardiaque. Plus de malformations en particulier cardiaques ont été décrites avec les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS), ainsi que des troubles des adaptations à la naissance. Par ailleurs, les IRS peuvent entraîner des syndromes sérotoninergiques, une hyponatrémie ou des syndromes hémorragiques. En fin de grossesse, les benzodiazépines et les antihistaminiques peuvent entraîner des troubles néonataux. En cas d'utilisation de neuroleptiques, certaines complications sont à surveiller chez la mère: diabète et prise de poids importantes, risque de thrombose veineuse, troubles du rythme cardiaque maternel, troubles extrapyramidaux. Les nouveau-nés peuvent également présenter ces troubles ou encore des signes atropiniques. La prise de lithium s'accompagne d'une augmentation modérée du risque malformatif (en particulier cardiaque) et une possible accumulation de lithium est à surveiller. Il est recommandé une surveillance des fonctions cardiaques, thyroïdiennes et rénales de l'enfant. Enfin, le risque malformatif en cas d'utilisation d'acide valproïque est augmenté, de l'ordre de 9% à 15%. On surveillera aussi chez le nouveau-né l'existence de troubles de l'hémostase ou thrombopénies, atteinte hépatique ou encore hypoglycémie.

Les femmes en âge d'être enceinte peuvent nécessiter une prise en charge pour des problèmes psychiatriques, incluant parfois divers médicaments. Que faut-il savoir sur le plan pharmacologique pour prendre en charge au mieux ces patientes ? Un panorama de quelques uns des médicaments psychotropes est proposé ici.

Les antidépresseurs

Les antidépresseurs les mieux évalués pendant la grossesse : les tricycliques

La famille des tricycliques (Anafranil®, Tofranil®) est ancienne ; de ce fait, on dispose de données importantes concernant leur utilisation au cours de la grossesse. Le risque malformatif semble inchangé par rapport à la population générale, et il n'a pas été décrit de fœtotoxicité.

Sur le plan maternel, différents aspects sont à surveiller chez une femme sous tricycliques :

- Se méfier de l'**hypotension artérielle** (qui pourrait retentir sur l'hémodynamique materno-fœtale)
- Les tricycliques peuvent favoriser des **troubles du rythme cardiaque maternel** (torsade de pointe), en conséquence il paraît important d'éviter d'ajouter d'autres facteurs favorisants : rechercher une hypokaliémie (vomissements, etc.), éviter les bêtamimétiques (ou surveiller attentivement le rythme et l'ECG maternel) et enfin éviter l'ocytocine en flash (allongement du QT).

Enfin, les pédiatres et les sages-femmes prenant en charge l'enfant doivent être avertis du risque chez le nouveau-né d'**imprégnation atropinique** : constipation, tachycardie, rétention urinaire.

mots-clés

Grossesse, Nouveau-né, Troubles bipolaires, Dépression, Psychose, Psychiatrie

■ Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) : des données nouvelles

La famille des IRS est plus récente; des données récentes ont permis de mieux appréhender les conséquences de leur utilisation au cours de la grossesse.

Le risque malformatif semble concerner surtout une augmentation du risque de **malformation cardiaque fœtale**, surtout avec la paroxétine (Deroxat®) : chez les femmes prenant ce médicament au cours de l'embryogenèse, 4% de malformations ont été décrites, dont 2% de malformations cardiaques, principalement des communications inter-ventriculaires. Ceci est concordant dans plusieurs vastes études (cas-témoins, registres, cohortes), et justifie une analyse soignée de la morphologie cardiaque chez ces enfants (que ce soit avant la naissance ou après celle-ci au moindre doute).

Par ailleurs, des « **troubles néonataux** » (dans les jours suivant la naissance) ont été décrits chez un tiers des enfants environ, surtout avec la paroxétine (Deroxat®). Il s'agit d'une agitation, de troubles du tonus ou d'une difficulté respiratoire, voire exceptionnellement de convulsions. La physiopathologie exacte de ces troubles transitoires est mal connue : il pourrait s'agir soit d'un « syndrome sérotoninergique » ou alors d'un sevrage brutal.

Sur le **plan pharmacologique** plus généralement, plusieurs aspects sont à surveiller chez une femme sous IRS : il paraît préférable de ne pas associer chez la mère à des médicaments sérotoninergiques, par exemple le tramadol (Contramal®, Ixprim®, Topalgic®), le dextrométhorphan (Drill®, Tussidane®...). Par ailleurs, des cas d'hyponatrémie ont été décrits (ionogramme à effectuer devant des anomalies neurologiques). Enfin, les IRS peuvent entraîner un syndrome hémorragique dont la physiopathologie est inexpliquée : un cas d'hémorragie intracrânienne néonatale a été décrit.

■ Les benzodiazépines et médicaments sédatifs : attention en fin de grossesse !

La famille des benzodiazépines est ancienne ; de ce fait, on dispose de données importantes concernant leur utilisation au cours de la grossesse.

Le **risque malformatif semble inchangé** par rapport à la population générale dans les études les mieux conduites. Dans d'autres études de méthodologie moins fiable, une discrète augmentation du risque de fente labio-palatine a été décrite (de l'ordre de 0,7%). Il n'a pas été décrit de fœtotoxicité.

Enfin, les pédiatres et les sages-femmes prenant en charge l'enfant doivent être avertis du **risque chez le nouveau-né** d'imprégnation (hypotonie, troubles de la succion, hypothermie) ou de sevrage (agitation) ; des études de faibles effectifs ont

retrouvé plus fréquemment des benzodiazépines dans les urines du nouveau-né en cas d'hospitalisation en néonatalogie que parmi ceux restés auprès de leur mère.

Quelques faits concernant d'autres médicaments à visée sédatrice peuvent être soulignés.

On dispose de données récentes pour l'**hydroxyzine** (Atarax®) : 3 cas de troubles neurologiques (évoquant un sevrage) ont été observés chez des nouveau-nés dont la mère avait pris ce médicament à la dose de 100 à 200 mg pendant 2 à 12 semaines. Avec ce médicament, il paraît important de garder en mémoire un éventuel effet atropinique potentiel chez l'enfant (sédation, tachycardie..).

■ Neuroleptiques : bien surveiller la mère

Les neuroleptiques comprennent schématiquement un groupe de médicaments les plus anciens (pour lesquels on dispose de données importantes concernant leur utilisation au cours de la grossesse), et un groupe des médicaments plus récents, souvent prescrits chez les femmes jeunes car mieux tolérés par celles-ci. Ils sont parfois choisis dans la psychose maniaco-dépressive, où ils constituent une alternative thérapeutique intéressante et a priori moins dangereuse pour l'enfant à naître. Ceci est développé dans un document récent de synthèse (NICE, 2008).

Le **risque malformatif semble inchangé** par rapport à la population générale, et il n'a pas été décrit de fœtotoxicité. Ceux qui semblent présenter le plus de données sécurisantes pour la grossesse sont le Zyprexa® (olanzapine), le Largactil® (cholopromazine), et l'Haldol® (halopéridol).

Sur le plan maternel, différents aspects sont à surveiller chez une femme sous neuroleptiques :

- **Diabète et prise de poids importantes** : ils surviennent surtout avec les neuroleptiques atypiques (Leponex®, Zyprexa®...); il paraît préférable d'envisager un dépistage du diabète précoce au cours de la grossesse (ou avant celle-ci), une surveillance de la prise de poids et une rencontre avec la diététicienne si nécessaire, et enfin une vigilance accrue à d'éventuelles modification des glycémies en cas de traitement surajouté par corticoïdes ou bêtamimétiques
- **Risque de thrombose veineuse augmenté** : c'est le cas avec tous les neuroleptiques ; une prise en compte de cet aspect paraît importante, particulièrement en cas d'autres facteurs de risque thrombo-embolique (obésité, allongement prolongé au cours de la grossesse ...)
- Attention au risque théorique de **troubles du rythme cardiaque maternel** (torsade de pointe). Tout comme pour les médicaments tricycliques, il paraît important d'éviter d'ajouter d'autres facteurs favorisants : rechercher une hypokaliémie (vomissements, etc), éviter les bêtamimétiques (ou

surveiller attentivement le rythme et l'ECG maternel), et enfin éviter l'ocytocine en flash (allongement du QT).

• **Des troubles extrapyramidaux** (hypertonie, dyskinésie) peuvent également être observés et leur risque de survenue est majoré par la prise de certains médicaments, dont le Pimpéran® ou encore les inhibiteurs calciques. Si cela est possible, il paraît préférable d'éviter ces médicaments en cas de prise de neuroleptiques.

Enfin, à chaque fois que possible, il faut **éviter l'utilisation de l'administration intraveineuse**. En effet, celle-ci peut entraîner une hypotension artérielle, (qui pourrait retentir sur l'hémodynamique materno-fœtale) ; un cas d'anomalie du RCF pendant le travail dans un tel contexte a été décrit.

Enfin, les pédiatres et les sages-femmes prenant en charge l'enfant doivent être avertis du **risque chez le nouveau-né** d'imprégnation atropinique, surtout si les neuroleptiques sont associés à des correcteurs tels que l'Artane®, ou l'Akineton® : constipation (un cas d'entérocolite ulcéro-nécrosante a été décrit à terme), tachycardie, rétention urinaire. Des effets extrapyramidaux peuvent également survenir chez l'enfant, ou encore une sédation.

Le Lithium : garder en mémoire l'élimination rénale

Le lithium est un médicament ancien et parfois irremplaçable ; de ce fait, on dispose de données importantes concernant son utilisation au cours de la grossesse.

Le **risque malformatif** par rapport à la population générale est augmenté ; l'effet malformatif est principalement cardiaque (3%). Passée la période de l'embryogenèse cardiaque, il est possible de reprendre le traitement si celui-ci est nécessaire et a été interrompu (J50). Par ailleurs, la survenue d'un goitre fœtal a été décrite ainsi qu'un éventuel excès de liquide amniotique (trouble de la déglutition).

Sur le plan maternel, différents aspects sont à surveiller chez une femme sous lithium : une **accumulation de lithium** est rapidement possible si la filtration rénale diminue, pouvant aboutir à des effets indésirables graves (cardiaques en particulier). C'est le cas des déplétions sodées (fièvre, vomissements), mais aussi de toute situation d'insuffisance rénale (telle que la pré-éclampsie). Il est recommandé de doser la lithémie toutes les 4 semaines, puis toutes les semaines à partir de 36 SA et dans les 24 heures suivant la naissance, mais aussi au moindre doute. Les apports hydriques doivent être importants pendant le travail. Certains proposent d'arrêter le traitement par le lithium très brièvement avant l'accouchement.

La reprise d'un traitement dans le post-partum sera effectuée si nécessaire, dès que la patiente est stabilisée médicalement (équilibre hydrique). Une augmentation de la posologie du

lithium est à envisager en cas de risque important d'accès maniaque dans le post-partum immédiat.

Enfin, les pédiatres et les sages-femmes prenant en charge l'enfant doivent être avertis du risque chez le **nouveau-né d'une accumulation éventuelle de Lithium** (pendant le travail en particulier). Il est recommandé une surveillance des fonctions cardiaques, thyroïdiennes et rénales de l'enfant, ainsi qu'une lithémie au cordon.

Acide valproïque : à éviter

L'acide valproïque (pour la psychiatrie : Depakote® ou Depamide®) est un médicament ancien, utilisé en neurologie et en psychiatrie, on dispose ainsi de données importantes concernant son utilisation au cours de la grossesse, mais dans des contextes maternels très variables (épilepsie, psychose maniaco-dépressive..).

Le **risque malformatif par rapport à la population générale est augmenté**, de l'ordre de 9% à 15%. Sont concernés les anomalies de fermeture du tube neural, mais aussi les fentes labiales, craniosténose et anomalies du système urogénital, cardiaque, ou encore des membres. Cette augmentation des malformations survient principalement en cas de prise de plus d'1g/j, ou de polythérapie.

Par ailleurs, certaines études portant sur l'utilisation d'acide valproïque dans un contexte d'épilepsie maternelle ont retrouvé un **retard lors des tests de QI verbal** chez les enfants ayant été exposés *in utero*, avec une conservation du QI global.

Enfin, les pédiatres et les sages-femmes prenant en charge l'enfant doivent être avertis du risque chez le nouveau-né de survenue de malformations, mais aussi de certains **effets néonataux** : possibilité de troubles de l'hémostase et thrombopénies (contrôle hémostase et plaquettes), atteinte hépatique ou encore hypoglycémie. ■

Conflits d'intérêts : aucun

Que retenir ? bien connaître les médicaments pour ne pas avoir peur !

En somme, il paraît nécessaire de ne pas « diaboliser » les médicaments psychotropes, mais d'apprendre à les connaître et de les intégrer dans la réflexion et les choix thérapeutiques (par exemple un antalgique, ou les inhibiteurs calciques, ou l'ocytocine...). Les implications éventuelles concernant la surveillance de la fin de grossesse et du nouveau-né gagnent à être anticipées, en partenariat avec les acteurs prenant en charge la mère et le bébé.

Notre recherche documentaire a reposé sur la lecture de différents ouvrages (ouvrages de pharmacologie générale, base documentaire de La revue Prescrire, guides de prescription pendant la grossesse et l'allaitement : Briggs, Hales, de Schuiteneer, Teris), ainsi que des guides « en ligne » (cahier de l'Affsaps, le CRAT, lettre du centre régional de pharmacovigilance de Midi-Pyrénées), et enfin des recherches ponctuelles sur Medline (jusqu'à Janvier 2010). Deux documents paraissent particulièrement intéressants : le travail sur la psychose magniacodépressive du groupe NICE en 2006 (The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care), et le document « Use of psychiatric medications during pregnancy and lactation » de 2008 sur le site AHRQ www.guideline.gov

Phytothérapie : peu d'évaluation pendant la grossesse !

L'évaluation pendant la grossesse de la phytothérapie est quasi-inexistante (que ce soit pour le risque malformatif, foetotoxique, les effets sur le nouveau-né ou encore chez la mère). Il ne s'agit donc pas d'une alternative sécuritaire. L'innocuité de l'administration d'**Euphytose®**, souvent administrée dans les troubles anxieux ou du sommeil, paraît plus précisément à mettre en doute: 16 cas de pharmacovigilance ont en effet été rapportés (dont 10 atteintes hépatiques, impliquant peut être un des constituants : la Ballote). Il paraît préférable de ne pas l'utiliser.

Des recommandations concernant la balance bénéfice-risque des médicaments utilisés dans les pathologies psychiatriques (d'après le document AHRQ 2008)

> Recommandations de haut niveau de preuve

- l'exposition au lithium s'accompagne d'une faible augmentation du risque de cardiopathie fœtale
- le valproate s'accompagne d'une augmentation du risque de malformation fœtale (dont le tube neural), du valproate syndrome, d'anomalie du développement neurologique ; il faut l'éviter, en particulier au premier trimestre de la grossesse.
- La carbamazépine est associée à des atteintes fœtales : il faut l'éviter, en particulier au premier trimestre de la grossesse.
- les benzodiazépines à proximité du terme sont associées à des troubles chez le nouveau-né (« floppy baby »).

> Recommandations de niveau de preuve modéré

- La paroxétine doit être évitée pendant la grossesse ; une échographie cardiaque doit être réalisée en cas d'exposition durant le début de la grossesse.
- Une très faible augmentation du risque de fente labio-palatine a été observée en cas de prise de benzodiazépine
- La lamotrigine est une option dans les troubles bipolaires
- de nombreuses complications sont décrites en cas de traitements inexistant ou inadéquats

> Recommandations de niveau de preuve faible

- A chaque fois que possible, une prise en charge multidisciplinaire est souhaitable
- Une monothérapie est préférable aux traitements multiples
- Une surveillance des lithémies tout au long de la grossesse est nécessaire
- Les traitements par IRS doivent être individualisés pendant la grossesse
- Une échocardiographie fœtale doit être réalisée en cas d'exposition au lithium en début de grossesse

LU POUR VOUS...



« Couple : le plus fragile des deux n'est pas elle »

de Pierre Costa

(Ed. Anne Carrière)

Que celui ou celle qui n'a jamais rêvé d'assister en cachette à une consultation de sexologie lève le doigt ! C'est ce que nous propose Pierre Costa, chef du service d'urologie-andrologie du CHU de Nîmes et président de l'AIHUS (Association inter-hospitalo-universitaire de sexologie) dans ce beau livre humaniste, déjà côté 5 étoiles par ses lecteurs sur le site amazon.fr.

On suit le virtuose dans sa consultation quotidienne, précis, attentif, curieux et humain devant ces couples inquiets et souvent « au bout du rouleau ». Au fil de la lecture, la mécanique merveilleuse de la sexualité masculine se dévoile devant nous.

Une phrase malheureuse, un non-dit, un conflit ancien peuvent dramatiquement influencer les relations homme-femme, avec un retentissement direct sur les « performances » du partenaire. Non Mesdames, contrairement à ce que certaines d'entre nous semblent croire, l'homme n'est définitivement pas un ours mal léché, égoïste, amoureux du pouvoir et sourd, c'est une « petite chose fragile » facilement décontenancé par nos attitudes et qui, souvent, ne comprend tout simplement pas ce qui cloche dans le couple.

Dont acte Monsieur le Professeur, nous voulons bien l'admettre ! Et c'est avec une vraie délectation que nous vous admirons démêler les malentendus, dénouer les conflits et redonner la confiance perdue.

Cet été, à la place du sempiternel policier, faites un détour par Nîmes.....

C. Azoulay, MGEN, Paris

Les hospitalisations sous contrainte en gynécologie-obstétrique

R. KLEIN (*), Praticien Hospitalier

C. AMOYAL (*), Praticien Hospitalier, Chef de Pôle

(*) Pôle 8 du Centre Hospitalier Gérard Marchant, Toulouse

résumé

Les patients présentant des troubles psychiatriques sévères ont plus de risque de voir leur trouble se décompenser au cours de la grossesse ou du post-partum. Ces rechutes s'accompagnent le plus souvent d'une anosognosie des troubles et de symptômes bruyants. Les hospitalisations sont donc souvent nécessaires, et ce, contre l'avis du patient. Deux modes de prise en charge sont alors à envisager : hospitalisations sur demande d'un tiers (HDT) ou hospitalisation d'office (HO). Quelles indications et quelles modalités de mise en place pour ces deux mesures ? Quel rôle le gynécologue-obstétricien doit-il jouer ?

L'HDT est indiquée en cas de trouble psychiatrique sévère associé à une altération de la capacité à consentir et à des troubles comportementaux nécessitant une hospitalisation immédiate. Deux certificats médicaux sont nécessaires, en plus de la demande manuscrite du tiers. Le gynécologue obstétricien peut intervenir en tant que rédacteur de l'un de ces certificats, qui associé à la demande du tiers, permet le transport du patient vers les structures d'urgence. L'HO est indiqué en cas de trouble psychiatrique nécessitant des soins, associé à une dangerosité ou à un trouble de l'ordre public lié à la pathologie mentale. Dans cette situation, un seul certificat est nécessaire, et peut être rédigé par le gynécologue-obstétricien.

mots-clés

Gynécologie-obstétrique, Troubles mentaux sévères, Hospitalisation à la demande d'un tiers, Hospitalisation d'office

Introduction

Actuellement en France, les hospitalisations sous contrainte représentent plus de 14 % des hospitalisations en psychiatrie. Tout médecin peut donc s'y retrouver confronté, y compris comme intervenant de première ligne. Cette problématique se pose d'autant plus en gynécologie-obstétrique que l'incidence des décompensations de certains troubles psychiatriques sévères (troubles bipolaires, troubles psychotiques) augmente au cours de la grossesse et dans les 4 semaines suivant l'accouchement^(1,2).

Pour aider le praticien dans sa démarche, nous ferons le point sur 3 questions distinctes.

- Quand initier la procédure d'hospitalisation sous contrainte ?
- Comment faire pour mettre en place une telle procédure ?
- Comment procéder dans certaines situations complexes ?

Quand initier les hospitalisations sous contraintes ?

■ Hospitalisation à la demande d'un tiers ou HDT

Dans l'esprit du législateur, l'entourage du patient se substitue de façon transitoire au malade, dans son intérêt, pour prendre les mesures urgentes indispensables au maintien de sa santé.

L' HDT nécessite pour être mise en place que deux conditions soient réunies :

- Trouble psychiatrique rendant la capacité à consentir impossible
 - Nécessité de surveillance constante et de soins immédiats en milieu hospitalier
- En pratique, les HDT sont mises en place lorsque les troubles du patient compromettent gravement son fonctionnement ou sa qualité de vie. Les symptômes d'appels peuvent être : des propos délirants, des hallucinations, un risque suicidaire élevé, une humeur très altérée.

On pourra de même évoquer une « impossibilité à consentir » en cas d'absence de conscience : du trouble, de ses complications possibles, de ses modalités évolutives. Les cas cliniques rapportés dans l'**encadré 1** décrivent quelques situations pouvant relever ou non d'une HDT.

Cas n°1

Mme M, 35 ans, présente 2 jours après la naissance de son premier enfant une modification franche de son comportement. Elle déambule dans le service sans but, interpelle les soignants avec des discours incompréhensibles. Elle présente un délire de persécution centré sur sa voisine de chambre qui l'espionnerait toute la nuit et enverrait des ondes négatives sur son enfant. Elle n'est pas consciente de la modification de son état, et refuse tout soin.

Ici, les 2 conditions sont remplies pour une HDT : trouble psychiatrique entraînant une altération de la capacité de jugement, et nécessité de soins immédiats en milieu hospitalier.

Cas n°2

Melle C, 24 ans, connue pour des scarifications à répétition et une forte impulsivité, veut sortir le soir même de son accouchement pour aller rejoindre son compagnon à la maison. Elle frappe sur les murs lorsqu'on lui refuse cette sortie rapide, et se roule par terre en hurlant. Elle ne présente de prime abord, ni idée suicidaire, ni symptôme psychotique.

Ici, les conditions ne sont a priori pas remplies pour une HDT. Il est difficile d'affirmer l'altération de la capacité de consentement chez une patiente présentant probablement un trouble de la personnalité. De plus, les soins immédiats en milieu hospitalier ne sont pas indiqués (d'autres moyens peuvent être mis en place pour apaiser la patiente).

Encadré 1 : Cas cliniques et HDT.

Hospitalisation d'office ou HO

L'HO est une mesure mêlant des aspects sanitaires et des aspects sociaux (dangerosité). Cette mesure est prononcée par le préfet, mais peut être mise en place de façon transitoire par les maires, ou par les commissaires de police à Paris. Pour qu'une hospitalisation d'office puisse être mise en place, doivent être présents

- Un trouble mental nécessitant des soins,
- Une atteinte à la sûreté des personnes ou un trouble grave de l'ordre public.

En pratique, les points d'appels sont les mêmes que pour les HDT, mais les troubles du comportement sont plus sévères, faisant courir un danger important à l'entourage du patient. Dans l'**encadré 2**, nous citerons quelques exemples relevant ou non d'une éventuelle HO.

Cas n°3

Mme O, jeune femme de 35 ans présente un trouble psychotique décompensé au cours du post partum. Son délire l'amène à vouloir débarrasser la maternité de tous les enfants qui s'y trouvent, car ils seraient « habités par le démon ». Elle se rend à la pouponnière « pour essayer d'en étouffer le plus grand nombre ».

Ici nous avons manifestement un trouble psychiatrique sévère (existence d'un trouble délirant) et une dangerosité pour autrui. L'HO, passant par l'appel des forces de l'ordre est indiqué.

Cas n°4

Mr R, âgé de 28 ans, revient à la maternité peu après l'accouchement de sa femme, qui s'est compliqué d'une anoxie néo-natale sévère. Il se montre très tendu, agressif, et veut voir l'obstétricien pour « lui faire la peau », du fait des complications de l'accouchement. Cet homme se dit armé d'un couteau.

La dangerosité est manifestement présente, mais ici, l'HO n'est pas indiquée. Ceci tient à l'absence a priori de trouble psychiatrique sévère (pour mémoire, la violence n'est pas un trouble psychiatrique en soi...). L'appel des forces de l'ordre est indiqué.

Encadré 2 : Cas cliniques et HO.

En conclusion, nous pouvons proposer l'organigramme suivant, qui permet de guider le choix d'une éventuelle hospitalisation sous contrainte (**Figure 1**).

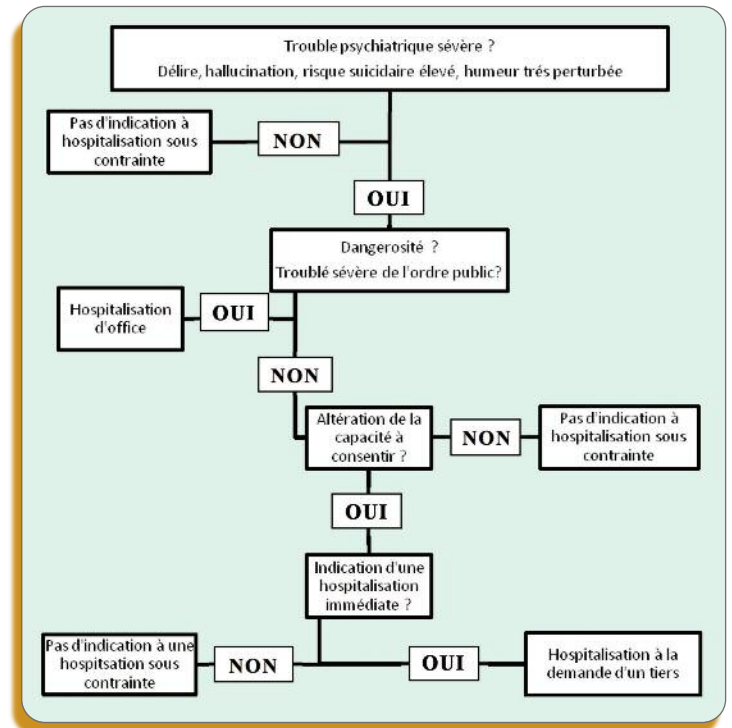


Figure 1 : Organigramme décisionnel.

Comment mettre en place une mesure d'hospitalisation sous contrainte ?

■ Hospitalisations à la demande d'un tiers

Dans les situations « communes », 2 certificats médicaux sont nécessaires pour que l'HDT soit prononcée, associés à une demande de tiers. Dans les procédures d'extrême urgence, (dites « HDT Urgentes » ou de « péril imminent »), l'HDT peut n'être prononcée qu'en présence d'un seul certificat médical (certificat spécifique, non reproduit ici).

Encore faut-il bien connaître les critères que doivent remplir chacun de ces documents. Tout oubli suffit à les rendre nuls et non avenue.



La demande de tiers

Le tiers est défini comme « toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient » (famille ou amis le plus souvent). Des liens entre le tiers et le patient doivent exister avant la demande d'hospitalisation, sachant qu'il existe une hiérarchie au sein de ces demandes (tuteurs, puis conjoints, parents, enfants...). Le médecin signataire de l'un des certificats d'HDT ne peut pas être le tiers, de même que toute personne ne connaissant pas la personne avant la demande d'hospitalisation (cadre infirmier de permanence par exemple).

Le tiers doit rédiger de **façon manuscrite** une demande d'HDT (Figure 2), accompagnée d'une photocopie de sa carte d'identité, et d'une photocopie de la carte d'identité du patient.

Remarque : l'identité du tiers n'est pas transmise au patient, même en cas de consultation ultérieure du dossier médical.

Je soussigné(e) (Nom, Prénom),
 né(e) le à
 exerçant la profession de
 demeurant à
 demande en ma qualité de
 (lien de parenté ou nature des relations avec le patient),
 conformément aux dispositions de l'article L.3212-1 du Code de la Santé Publique,
 l'hospitalisation de :
Mr (Mme) (Nom, Prénom),
 né(e) le à
 exerçant la profession de
 afin qu'il y reçoive les soins que semble justifier son état de santé actuel.
 Fait à le
 Signature

Figure 2 : Modèle de demande d'un tiers.



Les certificats médicaux

Il convient par la suite de joindre à cette demande 2 certificats médicaux, dont l'un provenant d'un médecin n'exerçant pas dans le futur établissement d'accueil. Ils peuvent être rédigés par tout médecin thésé inscrit au conseil de l'ordre. Ces certificats doivent être descriptifs (présenter la liste des symptômes que présentent le patient) et non pas nosographiques (nommer le trouble dont souffre le patient). En pratique, il est d'usage de décrire les symptômes les plus sévères (par exemple « patient délirant et désorganisé », « avec des menaces de passage à l'acte auto ou hétéro-agressive », « humeur exaltée et agitation psychomotrice ») en faisant ressortir l'urgence de la prise en charge et l'absence de capacité à consentir (Figure 3). Leur rédaction doit dater de moins de 15 jours pour être valable.

Je soussigné :, Docteur en médecine,
 certifie que l'état de santé de Mme, Mlle, Mr :
 Né(e) le : à :
 demeurant à :
 présente les troubles mentaux suivants :

 Il en résulte que :
 - Ses troubles rendent impossible son consentement,
 - Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier.
 Il nécessite donc son hospitalisation dans un centre de soin habilité, sans son consentement et sur demande d'un tiers, en application de l'article L.3212-1 du code de la santé publique.
 J'atteste que je ne suis ni parent, ni allié au 4ème degré inclus, ni avec le directeur de l'établissement d'accueil, ni avec l'auteur de la demande d'admission, ni avec la personne à hospitaliser. J'atteste aussi que je n'exerce pas dans cet établissement.
 Fait à : le :
 Signature :

Figure 3 : Modèle de premier certificat médical.



Et après ?

Une fois que la demande de tiers est prête, et que le **premier des deux certificats médicaux** est rédigé, les ambulanciers ont le droit d'amener le patient au service des urgences psychiatriques, y compris contre son gré. Le 15 peut être prévenu pour organiser le transport, qui doit se faire à l'aide de véhicules agréés.

■ Hospitalisation d'office

Elle se fait normalement par le biais d'un certificat médical visé par le préfet, qui décide d'ordonner ou non l'hospitalisation d'office. Il existe une procédure d'urgence (dangerosité imminente) où les maires en province, et les commissaires de police à Paris peuvent prononcer une mesure temporaire, qui doit être confirmée par le préfet dans les 24 heures. Un avis médical peut dans ce cas se substituer au certificat (exemple d'un patient qui n'a pas pu être examiné au vu de sa dangerosité).

Comment procéder dans certaines situations complexes ?

■ Les tiers ne sont pas joignables

En l'absence de tiers, et dans le cas où une HDT est nécessaire, il est possible d'appeler le directeur de l'établissement qui, à **titre exceptionnel**, peut représenter l'entourage du patient. A noter qu'il est possible de maintenir le patient contre son gré dans un établissement en attendant que la demande d'hospitalisation sous contrainte soit complète. Cette période doit être « la plus courte possible ».

■ Patient sous l'emprise de toxiques

Lorsqu'un patient est sous l'emprise manifeste de toxique et présente des troubles du comportement, il n'est pas nécessaire de mettre en place une mesure d'hospitalisation sous contrainte. Le transport vers les urgences peut se faire sans son accord (exemple des patients alcoolisés).

■ Le tiers présent s'oppose à l'hospitalisation sous contrainte

La discussion est bien sûr toujours préférable. En cas d'échec, deux cas de figure se présentent :

- Soit il est possible de contacter un tiers plus « proche » (au sens de la priorisation légale) du patient que le tiers s'opposant à l'hospitalisation (tuteur par exemple).
- Soit s'il existe un **risque vital** pour le patient, il est alors possible de demander une HO au titre de l'atteinte à la sûreté des personnes.
- Si aucune de ces deux solutions n'est envisageable, faire signer un document spécifique au **tiers refusant l'HDT** (et non pas au patient, qui a transitoirement perdu sa capacité à consentir). Toujours proposer un suivi rapproché spécialisé ambulatoire.

■ Les fautes ou les erreurs les plus courantes dans la rédaction des certificats

En termes de faute, il faut rappeler ici que ces certificats sont des **certificats médicaux**, qui engagent totalement la responsabilité de leur auteur. Il est donc interdit de rédiger un certificat médical sans voir le patient (rédaction « au téléphone », à la demande d'un autre membre de l'équipe), ou d'y mentionner des faits dont on n'a pas été directement témoin (« aurait été violente envers son enfant », « a exprimé à son mari des idées délirantes »). De ce fait, il est indispensable d'examiner la patiente au plan psychiatrique, même de façon succincte. Ceci implique au plan pratique de savoir reconnaître un délire, des hallucinations, une désorganisation mentale, un risque suicidaire élevé. **N'oubliez pas que le patient aura accès au certificat que vous rédigez.** En cas de doute, vous avez la possibilité de contacter tout médecin qui aurait examiné la patiente dans les 15 jours précédant la demande, afin qu'il rédige le premier certificat (daté du jour de l'examen).

▶▶▶▶ En conclusion, les points clefs :

- L'hospitalisation à la demande d'un tiers est adaptée pour les situations où le patient présente des troubles psychiatriques sévères entraînant des perturbations manifestes de son fonctionnement (trouble schizophrénique ou bipolaire le plus souvent). Une demande de tiers et deux certificats médicaux sont nécessaires pour que l'HDT soit prononcée par l'établissement d'accueil. Toutefois, un seul certificat, associé à la demande du tiers, est suffisant pour transporter le patient contre son gré. Il est toléré de maintenir le patient sur le lieu de soin ou exerce le clinicien en attendant l'arrivée de l'ambulance.
- L'hospitalisation d'office nécessite en plus une notion de dangerosité ou de trouble sévère de l'ordre public. Un certificat médical est suffisant, voire même un avis médical en cas d'examen impossible.
- Le médecin gynécologue-obstétricien est impliqué dans l'évaluation clinique du patient et la rédaction du premier certificat. Il est conseillé d'avoir un certificat « type » rapidement disponible, de même qu'un modèle de demande de tiers. Penser également à avoir à proximité les numéros de la préfecture et de la mairie, en cas de demande d'HO. ■

Conflits d'intérêts : aucun

RÉFÉRENCES

1. Sharma V et coll. Management of bipolar II disorder during pregnancy and the postpartum period--Motherisk Update 2008. *Can J Clin Pharmacol.* 2009 Winter;16(1):e33-41. Epub 2009 Jan 22.
2. Solari H, Dickson KE, Miller L et coll. Understanding and treating women with schizophrenia during pregnancy and postpartum--Motherisk Update 2008. *Can J Clin Pharmacol.* 2009 Winter;16(1):e23-32. Epub 2009 Jan 22

Les troubles psychiques du post-partum

L. FRANCHITTO, E. TEISSIER

Service Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Toulouse

résumé

Classiquement, les troubles psychiques du post-partum recouvrent trois entités cliniques spécifiques : le baby-blues, la dépression postnatale (à laquelle on ajoute actuellement les troubles anxieux) et la psychose puerpérale. Nous excluons de notre propos les troubles psychiatriques chroniques, même s'ils peuvent se modifier ou s'acutiser dans cette période de remaniements psychiques. Outre la clinique souvent atypique de ces troubles, leur particularité et leur enjeu résident en la présence du nouveau-né qui demande une attention et une disponibilité parentale constante : les troubles psychiques du post-partum engagent la qualité des interactions précoces parents-bébé et peuvent influencer sur le développement somato-psychique de l'enfant. A ce titre, leur dépistage précoce et leur traitement est indispensable et demande une approche multidisciplinaire entre les professionnels de la périnatalité. Cependant, la résolution des troubles psychiques parentaux ne suffit pas à prévenir l'apparition éventuelle de troubles chez le bébé. Leur traitement est donc spécifique puisqu'il doit toujours prendre en compte la dimension de la dyade mère-bébé, du couple et de la dynamique familiale.

mots-clés

Dépression postnatale, Psychose puerpérale, Risques pour le développement du bébé, Traitements spécifiques

Le baby-blues

Totalement spécifique du post-partum immédiat, le baby-blues n'est pas à proprement parler un trouble psychique. Réaction émotionnelle caractérisée par une labilité de l'humeur et des doutes sur leurs capacités maternelles, il dure le plus souvent 3 à 5 jours et concerne 50 à 80% des accouchées. Dans tous les cas, la résolution est spontanée. Aucun traitement n'est nécessaire, mais une attitude soignante empathique et rassurante sera aidante pour la dyade mère-bébé. Les conseils concernant les soins au bébé devront être prodigués avec tact et parcimonie, pour laisser la mère prendre confiance et développer son propre style maternel, la plupart du temps « *suffisamment bon* »⁽¹⁾ et adapté aux besoins de son nouveau-né. Le baby-blues doit cependant alerter en cas d'intensité trop forte ou d'une durée qui excède 5 jours : on parle alors de baby-blues sévère, facteur de risque important pour la dépression postnatale. Ces mères doivent bénéficier d'un interrogatoire à la recherche d'autres facteurs de risque de dépression, d'une information sur les premiers signes et la conduite à tenir en cas de dépression, et si possible d'une consultation de psychiatrie périnatale. Elles peuvent être adressées à but préventif si elles le désirent vers l'équipe de Protection Maternelle et Infantile (PMI) dont elles dépendent pour un soutien personnalisé de la relation mère-bébé. Enfin, il faudra vérifier l'absence de symptômes dépressifs lors de la consultation postnatale.

La dépression postnatale

■ Définition, fréquence et diagnostic de la dépression maternelle postnatale

Elle se définit dans les classifications internationales comme un épisode dépressif majeur classique, d'une durée d'au moins 15 jours et survenant dans les 6 semaines suivant un accouchement. En réalité, le trépied diagnostic de l'épisode dépressif majeur (modifications du rythme psychomoteur, tristesse de l'humeur et surtout troubles des fonctions instinctuelles : appétit, sommeil, libido) est difficilement interprétable et applicable à la situation de suites de couches, chez une femme qui s'occupe d'un nouveau-né. De même, la durée de 6 semaines paraît trop restrictive

puisqu'il, si la prévalence de cette dépression d'environ 13%⁽²⁾ diffère peu de celle de la population générale des femmes du même âge, il existe plusieurs pics d'incidence à 6 semaines, mais aussi 6 mois post-partum⁽³⁾, et même à 32 semaines d'aménorrhée⁽⁴⁾. De plus, le tableau clinique dépressif est souvent incomplet et atypique : labilité de l'humeur plus souvent qu'une tristesse réelle, agitation et irritabilité, insomnie même quand le bébé dort, plaintes somatiques persistantes qui peuvent être au premier plan et doivent alerter. Le sentiment d'incompétence maternelle est toujours présent et pathognomonique de cette pathologie. Le diagnostic de la dépression postnatale est donc difficile, il faut avant tout y penser, car elle est la complication la plus fréquente après un accouchement ! L'EPDS⁽⁵⁾, échelle de dépistage conçue pour des praticiens de la périnatalité peut être utile et rapide pour repérer les patientes à haut risque dépressif (Figure 1).

■ Des facteurs de risque de dépression postnatale largement documentés

Accouchement dystocique, vécu traumatique des soins en suites de couche, dépression anténatale, antécédents de dépression postnatale, baby-blues sévère, mauvaises relations

avec sa propre mère ou le conjoint, deuils pendant la grossesse, séparations mère-bébé précoces, anémie, asthénie et oestro-progestatifs de synthèse sont les principaux facteurs de risque démontrés. La césarienne (sauf urgence), l'analgésie péridurale, le type d'allaitement et la parité ne seraient en revanche pas liés au risque dépressif. L'hypogonadisme relatif consécutif à l'accouchement serait plutôt un facteur déclenchant chez des femmes prédisposées à la dépression. Une hypothyroïdie doit être recherchée et éliminée, comme dans tout syndrome dépressif majeur.

■ Et les pères ?

Egalement touchés par la dépression de la grossesse et du post-partum, et en particulier quand leur compagne est atteinte, l'humeur des jeunes pères reste très largement ignorée. La prévalence de la dépression paternelle passe pourtant de 5% à 25 voire 50%⁽⁶⁾ en cas de dépression maternelle. Les conséquences sont alors souvent importantes sur le couple et les effets délétères peuvent se potentialiser sur le bébé. Le dépistage chez les conjoints de mères déprimées doit donc être systématique : ils doivent être reçus, examinés et informés, d'autant que dans les cas de dépression maternelle reposent

EPDS : EDINBURGH POSTNATAL DEPRESSION SCALE - Echelle de COX (Traduction française Nicole Guédénéy, 1995)

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est à dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

Pendant la semaine qui vient de s'écouler :

- 1 > J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté
 - Aussi souvent que d'habitude
 - Pas tout à fait autant
 - Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
 - Absolument pas
- 2 > Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir
 - Autant que d'habitude
 - Plutôt moins que d'habitude
 - Vraiment moins que d'habitude
 - Pratiquement pas
- 3 > Je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal
 - Non, pas du tout
 - Presque jamais
 - Oui, parfois
 - Oui, très souvent
- 4 > Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs
 - Non, pas du tout
 - Presque jamais
 - Oui, parfois
 - Oui, très souvent
- 5 > Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons
 - Oui, vraiment souvent
 - Oui, parfois
 - Non, pas très souvent
 - Non, pas du tout

- 6 > J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements
 - Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
 - Oui, parfois, je me suis sentie aussi capable de faire face que d'habitude
 - Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
 - Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude
- 7 > Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil
 - Oui, la plupart du temps
 - Oui, parfois
 - Pas très souvent
 - Non, pas du tout
- 8 > Je me suis sentie triste ou peu heureuse
 - Oui, la plupart du temps
 - Oui, très souvent
 - Pas très souvent
 - Non, pas du tout
- 9 > Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré
 - Oui, la plupart du temps
 - Oui, très souvent
 - Seulement de temps en temps
 - Non, jamais
- 10 > Il m'est arrivé de penser à me faire mal
 - Oui, très souvent
 - Parfois
 - Presque jamais
 - Jamais

Les items 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 se cotent de 3 à 0.
Les items 1 et 2 se cotent de 0 à 3.

On considère une dépression post-natale avérée quand le score est supérieur ou égal à 11.

Figure 1

souvent sur eux seuls la charge de la famille, l'attention à la jeune mère et la suppléance dans les soins au nourrisson...

■ Une psychopathologie qui aide à comprendre les conséquences sur le bébé

La dépression postnatale aurait ceci de spécifique qu'elle ne trouve pas son origine dans une perte ou un deuil, mais dans une souffrance psychique plus archaïque, liée au remaniement identitaire qui s'opère pendant toute grossesse⁽⁷⁾ et qui prépare l'état de « *préoccupation maternelle primaire* »⁽¹⁾ indispensable à l'attention constante que demande le nourrisson. La jeune mère, quand elle va bien, est en effet pendant quelques semaines entièrement préoccupée par les soins à son nouveau-né et le porte psychiquement en permanence. Dans les cas de dépression postnatale, ce processus achoppe, et la survenue de cet état normal de dénudation psychique (qui implique une part de régression et de reviviscence de ses propres émotions de bébé) plonge la mère dans une telle angoisse qu'elle ne peut s'abandonner à une empathie constante envers son enfant. La conscience partielle qu'elle a de ses difficultés dans la relation naissante au bébé l'effondre encore davantage sur le plan narcissique et est de ce fait elle-même dépressogène, ce qui fait de la dépression postnatale une véritable « *pathologie de la préoccupation maternelle primaire* »⁽⁸⁾. C'est dans cette configuration particulière, quand le fait de devenir mère est au centre de l'origine dépressive, que les interactions avec le bébé ont le plus de risque d'être altérées (contrairement par exemple aux dépressions chroniques préexistantes à la grossesse et persistant après l'accouchement). Les interactions précoces peuvent être modifiées en quantité (carences de soins, mais rares) ou surtout en qualité, avec une discontinuité, une alternance souvent imprévisible de rapprochés et de rejet du bébé, qui peut développer en miroir un état d'insécurité et un trouble de l'attachement durable⁽⁹⁾.

▶▶▶▶ A retenir

Même si ces troubles dépressifs parentaux ne sont pas intenses ou graves, ils constituent un véritable enjeu de santé publique en ce qui concerne la santé des nourrissons : non traités ils peuvent entraîner des troubles des interactions précoces parents-bébé et par conséquent des troubles psychosomatiques ou du développement psychoaffectif et cognitif du bébé. Ces troubles peuvent alors évoluer pour leur propre compte, même à distance de la résolution de l'épisode dépressif parental, et quelque soit la sévérité du tableau initial chez les parents.

■ Un traitement et une prévention spécifiques à la situation de post-partum

Le traitement de la dépression postnatale est indispensable et doit toujours prendre en compte la dyade, voire la famille entière. Le plus souvent il est ambulatoire, les indications d'hospitalisations sont les formes graves avec un risque de passage à l'acte auto ou hétéro agressif qu'il faut rechercher. Le traitement psychothérapeutique reste la première indication⁽¹⁰⁾, en particulier en cas d'allaitement et son efficacité a été démontrée équivalente à un traitement antidépresseur ou à l'association des deux⁽¹¹⁾. Une thérapie mère et/ou père bébé permet de prévenir et de traiter les troubles des interactions. Quand elle est impossible, il faut associer le traitement de la mère à une guidance parentale par le biais de la PMI. Si un traitement antidépresseur est choisi, la monothérapie par (ISRS) est la plus fréquente, en pesant avec soin la balance bénéfico-risque en cas d'allaitement maternel, avec une surveillance pédiatrique du bébé et un accord du père obligatoire. Enfin, la mobilisation, l'information et la sensibilisation de la famille élargie est importante pour aider ces jeunes mères à reprendre confiance en elles.

La prévention primaire est encore difficile, en particulier en population générale. En revanche, la prévention secondaire nous semble un enjeu majeur et reste à améliorer. Elle est la plus efficace en post-partum précoce et pourrait se pratiquer en suites-de-couche⁽¹²⁾, par le repérage des femmes souffrant de dépression anténatale, de baby-blues sévère ou de facteurs de risque multiples. Des consultations psychothérapeutiques précoces prenant en compte la relation au bébé peuvent permettre d'éviter qu'un trouble plus durable de la relation ne s'installe.

(ISRS) Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine

■ Les troubles anxieux du post-partum : également à prendre en compte

Encore mal connus dans cette période périnatale, ils sont proches des troubles dépressifs et souvent intriqués dans leurs conséquences sur le bébé. Si l'on additionne la prévalence des troubles anxieux et dépressifs du post-partum, ils touchent jusqu'à 25 à 30% des jeunes mères et pourraient également doubler la fréquence des troubles paternels⁽¹³⁾.

Ils peuvent se manifester par des idées obsédantes et des questions récurrentes autour des soins au bébé, une insécurité, des angoisses de séparation, une irritabilité et une impossibilité à rester seul avec l'enfant, des doutes sur ses décisions parentales. Même s'ils sont souvent banalisés par l'entourage comme un stress logique chez des jeunes parents, ils doivent être pris en charge s'ils durent ou influencent la qualité des interactions précoces. Là encore, soutien psychothérapeutique, guidance parentale chaleureuse et rassurante restent les traitements de première intention. Les antidépresseurs pourront être utilisés dans le traitement des troubles anxieux plus structurés (TOC, trouble panique, agoraphobie par exemple).

La psychose puerpérale

Décrite depuis l'antiquité, la psychose puerpérale ou bouffée délirante aiguë du post-partum est le trouble psychiatrique le plus inquiétant et redouté survenant tôt après la délivrance. La classification française, CFTMEA⁽¹⁴⁾ en fait une entité bien définie liée à la puerpéralité alors que les classifications internationales, CIM 10 et DSM IV^(15, 16) n'ont pas de rubrique spécifique pour la décrire considérant qu'elle n'a pas de caractéristique suffisamment distincte par rapport à toute psychose aiguë. Comme dans tout le champ de la maladie mentale, des hypothèses étiologiques hormonales, psychosociales, génétiques ou psychodynamiques se succèdent ou coexistent pour tenter d'expliquer la psychose puerpérale mais aucun modèle théorique unique n'y parvient. C'est un évènement relativement rare mais non exceptionnel qui touche 1 à 2 % des accouchées.

Les facteurs de risque

Dans 70% des cas, la patiente est primipare⁽¹⁷⁾. Le risque de récurrence au décours d'une grossesse ultérieure est d'environ 30%. Les patientes atteintes de maladie bipolaire ont un risque considérablement augmenté⁽¹⁸⁾. Les antécédents familiaux de trouble de l'humeur sont des facteurs de risque. L'isolement maternel, la césarienne ou les antécédents de traumatismes sexuels dans l'enfance sont encore discutés.

Une clinique fluctuante, un diagnostic difficile mais urgent

Les symptômes se développent en moyenne dans les 15 jours à 3 semaines suivant l'accouchement, le pic de fréquence se situe au 10^{ème} jour.

> **Les prodromes :** En suites de couche, l'équipe soignante peut s'alerter devant une patiente qui présente une insomnie avec agitation nocturne, des ruminations anxieuses envahissantes et une labilité émotionnelle. En quelques heures, on peut constater un changement dans la relation avec la patiente avec des bizarreries du contact et/ou du comportement, un désintérêt soudain vis-à-vis du bébé ou des préoccupations obsédantes inadaptées par exemple sur une particularité physique du bébé.

> **La phase d'état :** classiquement bruyante et à début brutal. Le tableau se caractérise cependant par sa grande variabilité avec une patiente qui alterne entre des moments d'agitation et des périodes de repli stuporeux. Les manifestations thymiques sont souvent au premier plan avec une humeur rapidement variable au cours de la journée. Le délire oniroïde (vécu comme un rêve éveillé) est mal structuré et fluctuant dans son intensité, à certain moment contenu par la patiente

ou exprimé à l'entourage. Les thèmes délirants sont centrés sur le bébé, la filiation, la naissance, la mort... Le vécu est souvent terrifiant avec une dépersonnalisation (sentiment de perte d'identité) intense. On peut observer des hallucinations auditives ou visuelles. Certaines nient l'existence du bébé ou prétendent qu'on leur a volé, qu'il est issu d'une maternité divine, qu'elles ont été ensorcelées...ce qui constitue un critère de gravité avec risque de passage à l'acte. Les troubles confusionnels sont fréquents et associent désorientation temporo-spatiale, perturbation du rythme nyctéméral et perplexité anxieuse. Ils peuvent entraîner une instabilité motrice importante, elle-même source d'imprévisibilité et donc signe de gravité.

A retenir

Dans ce contexte, la réalité est mal perçue et l'angoisse majeure : le risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif sur le bébé est important. L'attitude de la patiente à son égard est fluctuante pouvant osciller entre rejet, indifférence apparente ou accrochage délirant. Du fait de sa désorganisation psychique, la disponibilité de la mère pour son bébé est extrêmement réduite. Il s'agit d'une véritable **urgence thérapeutique**.

La conduite à tenir

Le plus souvent une hospitalisation en unité de soins psychiatriques est nécessaire. Lorsque la patiente ne peut consentir aux soins, une Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT) doit être organisée si possible avec quelqu'un de la famille. Surtout s'il s'agit d'un premier épisode délirant, l'angoisse familiale est importante pouvant contaminer les équipes et induire des contres attitudes (difficultés à être en empathie, réactions de peur ou de rejet). L'accompagnement de ces situations aiguës nécessite une grande disponibilité et beaucoup de coordination entre les différents professionnels dans l'institution (obstétriciens, sages femmes, pédiatre, puéricultrices, psychiatre, assistante sociale) et avec les partenaires extérieurs (unité de soin psychiatrique, PMI, médecins traitant...) afin de développer une enveloppe contenant et sécurisante autour du bébé et de son entourage. Même si une séparation temporaire de la mère et de l'enfant est souvent inéluctable notamment faute de structure de soin adéquate, la présence régulière du bébé auprès de sa mère sera un élément important favorisant une évolution rapidement favorable. Il s'agira d'accompagner ces rencontres en tenant compte de la disponibilité maternelle mais aussi des signaux du bébé. Dans ces situations, la séparation avec la mère est brutale, parfois avec un sevrage de fait non préparé, on observe souvent des bébés qui vont adopter plutôt une attitude de retrait en dormant beaucoup et en sollicitant peu ses partenaires. La qualité de l'entourage (conjoint, parents, personne ressource...), sa

capacité à comprendre, accepter la situation et s'y adapter de manière souple va être déterminante pour la patiente et son bébé. Si aucune solution familiale n'est envisageable, il faudra organiser un accueil du bébé dans une pouponnière.

■ Un pronostic souvent favorable à court terme, plus réservé à long terme

Avec un traitement antipsychotique, l'évolution immédiate est favorable en deux à trois semaines pour la majorité des mères. La sismothérapie peut être proposée en cas d'échec du traitement antipsychotique. L'attitude thérapeutique doit toujours prendre en compte la relation mère-enfant visant à recréer une continuité du lien dès que possible et à étayer la mère dans sa fonction maternelle. Lorsqu'il est présent, le père participe activement au traitement en travaillant avec la mère et le bébé toutes les questions inhérentes à la parentalité. L'épisode aigu a une évolution favorable mais des rechutes précoces fréquentes peuvent nécessiter une réhospitalisation. La fin de l'hospitalisation ne signifie donc pas l'arrêt des soins associant un suivi psychiatrique maternel, pédopsychiatrique centré sur la relation au bébé, et pédiatrique, l'ensemble en étroite collaboration avec les équipes de PMI.

A plus long terme, plus de 50% des patientes qui ont présentées une psychose puerpérale récidiveront surtout sur un mode thymique (dépression, manie ou état mixte) en dehors d'un contexte puerpéral. Pour environ un tiers des patientes, l'épisode puerpéral restera unique. La présence de symptômes dissociatifs en particuliers d'une discordance affective aggrave le pronostic et fait craindre une évolution vers des troubles schizophréniques.

Conclusions

Du fait des remaniements narcissiques et identitaires inhérents à l'expérience de la maternité, le post-partum est une période de « crise » pour le psychisme parental. Quand des troubles psychiques se manifestent, les interactions mère-bébé sont au centre de la clinique avec des conséquences possibles sur le développement psychoaffectif du bébé. Au cours des dépressions, le sentiment d'incapacité ou d'incompétence aux soins maternels viennent aggraver la dépression alors que dans les psychoses puerpérales, on assiste à des distorsions graves voire à une rupture du lien mère bébé. En anténatal, l'enjeu est d'améliorer le dépistage des situations à risques en particuliers les antécédents dépressifs personnels ou familiaux par exemple au décours de l'entretien du 4^{ème} mois afin d'améliorer l'accompagnement de ces patientes. En suites de couche, il s'agit de généraliser l'information concernant la dépression et de penser à interroger la patiente sur son moral lors de la visite à 6 semaines de l'accouchement. Le traitement s'élabore au cas par cas en fonction de la problématique mais doit toujours prendre en compte la relation mère bébé et l'ensemble de la dynamique familiale afin que les troubles des interactions parents/enfant n'évoluent pas vers des symptômes constitués chez le bébé. ■

Conflits d'intérêts : aucun

RÉFÉRENCES

1. Winnicott DW *La préoccupation maternelle primaire* 1956 Dans « *De la pédiatrie à la psychanalyse* » 1969 ; Payot, Paris
2. O'Hara MW, Swain AM Rates and risks of postpartum depression- a meta analysis *International review of psychiatry* 1996 ; 8 : 37-54
3. Gorman LL, O'Hara MW, Figueiredo B, et coll. Adaptation of the structured clinical interview for DSM IV disorders for assessing depression in women during pregnancy and postpartum across countries and cultures *Br J Psychiatry* 2004 ; suppl. 46 : 17-23
4. Evans J, Heron J, Francomb H, et coll. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth *BMJ* 2001 ; 323 : 257-260
5. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R Detection of postnatal depression. Development of the 10-items Edinburgh Postnatal Depression Scale *Br J Psychiatry* 1987 ; 150 : 782-786
6. Goodman JH *Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health* *J Adv Nurs* 2004 ; 45(1) : 26-35
7. Bydlowski M *Psychose puerperale, blues et dépression postnatale* *Psychiatrie française* 2003 ; 34(1) : 124-136
8. Cramer B *Les dépressions du postpartum : une pathologie de la préoccupation maternelle primaire ?* *Devenir* 2002 ; 14(2) : 89-99
9. Murray L, Sinclair D, Cooper P, et coll. The socioemotional development of 5-years-old children of postnatally depressed mothers *J Child Psychol Psychiatry* 1999 ; 40(8) : 1259-1271
10. Stuart S, O'Hara MW, Gorman LL *The prevention and psychotherapeutic treatment of postpartum depression* *Arch Women Ment Health* 2003 ; 6(2) : 57-69
11. Gjerdinger D *The effectiveness of various postpartum depression treatments and the impact of antidepressant drugs on nursing infants* *J Am Board Fam Pract* 2003 ; 16(5) : 372-382
12. Dennis CL *Can we identify mothers at risk for postpartum depression in the immediate postpartum period using the Edinburgh Postnatal depression Scale ?* *J Affect Disord* 2004 ; 78 : 163-169
13. Matthey S, Barnett B, Howie P, et coll. *Diagnostic postpartum depression in mothers and fathers : whatever happened to anxiety ?* *J Affect Disord* 2003 ; 74(2) : 139-147
14. Mises R, Quemada N, CTNERHI CFTMEA-R 2000 : *Classification française des troubles mentaux des enfants et adolescents, 2002*
15. CIM-10 : *Classification internationale des maladies, 10ème révision, Masson Paris, 1993*
16. DSM-IV : *Mini DSM-IV critères diagnostiques. Masson, Paris, 1996*
17. Kendell R, Chalmers Jc, Platz C. : *Epidemiologie of puerperal psychosis. Br. J. Psychiatry, 1987 ; 150 : 622-673*
18. Ferreri M, Ferreri F, Nuss P *Psychose puerpérale Confrontation psychiatrique, 2002 ; 43 : 175-203*

Contraception de l'adolescente

PATRICK MADELENAT, CHRISTIAN JAMIN - Gynécologues, Paris

On ne peut malheureusement que constater les écueils certains auxquels continue de se heurter la contraception de la jeune fille et de la femme jeune.

Alors que l'âge moyen du premier rapport sexuel persiste à baisser comme en témoigne l'enquête INSERM de 2007, (Tableau 1) l'âge moyen de survenue de la première grossesse souhaitée ne cesse d'augmenter. C'est donc une période de plus en plus longue de la vie des femmes, où l'exposition à la grossesse est associée à la notion de nulliparité. La France se targue au sein de la population européenne de connaître un taux de contraception

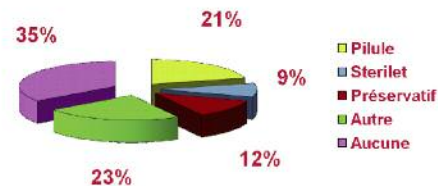
particulièrement élevé. Ce serait pourtant une erreur de se prévaloir de cette situation pour considérer le problème des grossesses non désirées ainsi réglé.

Le tableau analytique de 2002 à 2006 des IVG en France reparties selon l'âge des femmes (Tableau 2) montre combien les tranches d'âge les plus jeunes connaissent une forte prévalence en terme de grossesses non désirées. Or force est de constater que ces situations particulièrement regrettables ne serait-ce que sur le plan de leurs dommages psychologiques sont pour trente pour cent d'entre elles des échecs de contraception. Le travail de N. Bajos publié dans Human Reproduction en 2003 en témoigne (Tableau 3) et identifie le rôle majoritairement important que jouent les échecs de la contraception orale dans la survenue des grossesses non désirées. Tout le monde admettra l'idée que le principe même des contraceptions orales expose à un risque certain fondé sur l'oubli de prise auquel on peut imaginer que les jeunes filles et les jeunes femmes sont encore plus exposées que d'autres tranches d'âge.

Il est incontestable que les contraceptions au long cours et parmi elles le dispositif intra utérin, ne se heurtent pas aux mêmes critiques en terme d'efficacité. Le tableau 4 comparant les différentes méthodes contraceptives en terme d'efficacité confirme la parfaite fiabilité du D.I.U. Or c'est un fait d'évidence que ce type de contraception est un recours exceptionnel en France chez les nullipares et notamment chez les plus jeunes d'entre elles.

30% de grossesses non prévues

2/3 surviennent sous contraception



(Bajos, et al. Human Reprod. 2003; Bajos, et al. Pop & Soc. 2004)

Tableau 3 : Grossesses non prévues : des échecs de contraception

Une enquête menée auprès d'une population de médecins Canadiens et publiée en 2008 résumait les idées fausses répandues à ce propos. Les principaux reproches faits à la contraception intra utérine reposaient sur une prétendue inefficacité et une large surévaluation du risque de maladie inflammatoire pelvienne et de grossesse extra utérine.

Les réponses à ces critiques de principes non fondées existent pourtant et il est regrettable qu'elles ne soient pas toujours parfaitement connues des gynécologues ce qui est à l'évidence la raison majeure de la réticence à la prescription du D.I.U dans les situations de nulliparité.

> Contrairement à l'opinion qui prévaut à ce sujet l'augmentation de l'abondance des règles n'est pas une raison majeure à l'abandon de la méthode.

Les inconvénients ou effets secondaires liés aux autres méthodes contraceptives semblent même relativement moins bien acceptés. (Tableau 5)

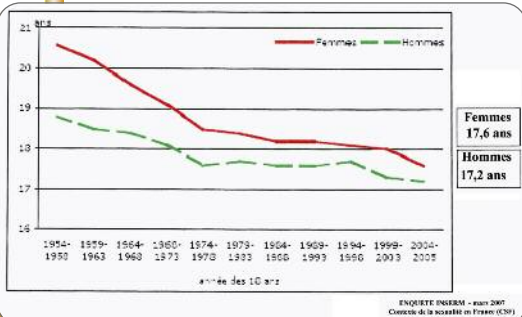


Tableau 1 : Age au 1er rapport sexuel

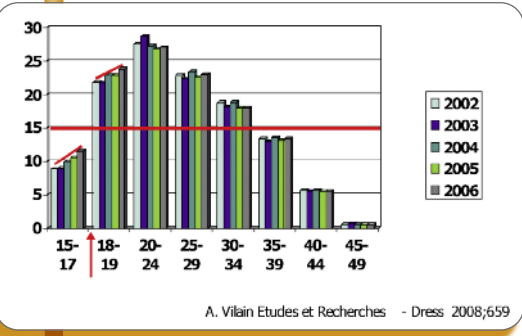


Tableau 2 : Les IVG en France selon l'âge

NOMBRE DE GROSSESSES POUR 100 FEMMES AU COURS DES 12 PREMIERS MOIS

METHODES	EFFICACITE OBSERVEE EN PRATIQUE COURANTE	EFFICACITE THEORIQUE EN UTILISATION OPTIMALE
▪ IMPLANTS	0,1	0,1
▪ VASECTOMIE	0,2	0,1
▪ STERILISATION FEMININE	0,5	0,5
▪ PROGESTATIFS INJECTABLES	0,3	0,3
▪ DISPOSITIF INTRA-UTERIN	0,8	0,6
▪ PILLULES PROGESTATIVES – PENDANT L'ALLAITEMENT – EN DEHORS DE L'ALLAITEMENT	1 PEU RENSEIGNEE	0,5 0,5
▪ METHODE DE L'AMENORRHEE LACTATIONNELLE	2	0,5
▪ CONTRACEPTION ORALE ESTRO-PROGESTATIVE	6 à 8	0,1
▪ PRESERVATIFS MASCULINS	14	3
▪ RETRAIT	19	4
▪ DIAPHRAGME + SPERMICIDE	20	6
▪ METHODES NATURELLES	20	1 à 9
▪ PRESERVATIFS FEMININS	21	5
▪ SPERMICIDES	26	6
▪ PAS DE METHODE	85	85

Tableau adapté d'après la réf. 3 (Organisation mondiale de la Santé)

Figure 4 : Le D.I.U. cupro-actif est-il une méthode contraceptive fiable ?

Results					
Percentage of women discontinuing contraceptive use for method-related reasons					
CONTRACEPTIVE METHOD	DURATION OF USE				
	6 months	12 months	24 months	36 months	48 months
PILL	13.4 (11.9-15.0)	21.5 (19.8-23.3)	32.7 (30.9-34.6)	41.6 (39.7-43.5)	47.7 (45.8-49.6)
IUD	7.5 (5.8-9.7)	10.7 (8.7-13.0)	17.6 (15.2-20.2)	24.9 (22.4-27.7)	29.8 (27.2-32.6)
CONDOM	27.4 (25.2-29.8)	38.3 (35.9-40.8)	53.8 (51.3-56.3)	67.5 (65.0-69.9)	76.7 (74.3-79.0)
WITHDRAWAL	27.4 (23.8-31.5)	38.9 (34.8-43.2)	59.5 (54.9-64.1)	69.5 (64.9-74.0)	74.7 (69.5-79.6)
SPERMICIDES/SPONGES	45.8 (34.6-58.6)	57.7 (45.8-70.1)	61.3 (49.3-73.4)	70.5 (58.4-81.8)	93.9 (85.4-98.2)
FERTILITY-AWARENESS	25.7 (21.4-30.7)	34.5 (29.6-39.9)	56.0 (50.3-61.8)	68.1 (62.5-73.7)	75.6 (70.1-80.8)
METHOD ABANDONMENT*	3.8 (3.0-4.9)	6.0 (5.0-7.1)	8.1 (6.4-8.5)	10.5 (7.1-9.4)	12.3 (11.1-13.6)

* Discontinuation followed by no contraceptive use while still at risk

Human Reproduction, Vol.24, N°6 pp. 1387-1392, 2009

Tableau 5 : Ménorragies, effets adverses, abandon de la méthode

> Il est intéressant de revoir les résultats du travail publié en 2009 par Moreau montrant combien le D.I.U. a le taux d'abandon le plus bas inférieur à celui de la contraception orale sur un suivi atteignant 4 ans (Tableau 6).

C'est pourtant un fait d'évidence que confirmait l'ANAES en 2004 l'utilisation du D.I.U. chez les femmes françaises de 18 à 24 ans est ponctuelle pour ne pas dire nulle (Tableau 7). Il serait certainement légitime de revoir cette situation

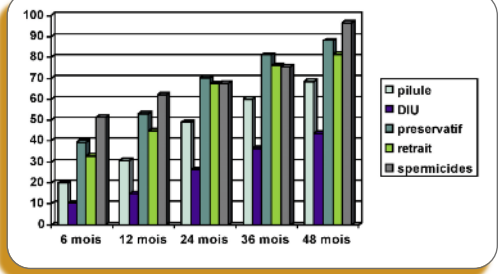


Tableau 6 : Taux d'abandon d'une méthode contraceptive en France

	1819	2024
UTILISENT UNE METHODE	63.3	79.2
• Pilule	53.9	68.3
• Préservatif	9.2	8.6
• D.I.U.	0.0	0.9

Source : ANAES, AFSAPS, INPES, Décembre 2004

Tableau 7 : France : méthode contraceptive principale p.100 femmes âgées de 18 à 24 ans (âge au 1er janvier 2001)

indiscutablement regrettable et réfléchir à des propositions qui pourraient réduire le nombre actuellement incompressible des grossesses non désirées et donc des IVG chez les femmes jeunes.

Les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé remontant à 2004 sont claires à ce propos rappelant combien la nulliparité n'est pas une contre indication au D.I.U, y compris chez les jeunes filles de moins de 20 ans (ref). Les recommandations de l'ANAES datant de la même année vont exactement dans le même sens même si les termes utilisés dans ce rapport sont d'une certaine ambiguïté.

Voici ce texte qui mérite d'être reproduit. « Le risque de maladie inflammatoire pelvienne (MIP) lié à la pose est avéré, sa survenue étant essentiellement limitée aux 3 semaines qui suivent l'insertion (niveau de preuve 2).

> Il pourrait être plus élevé pour les femmes ayant des facteurs de risque infectieux (notamment certaines IST, infection génitale haute en cours ou récente, âge inférieure à 25 ans, partenaires multiples) (niveau de preuve 4).

> Aucun risque de stérilité tubaire n'a été démontré, y compris chez les nullipares (niveau de preuve 3).

> Un DIU peut être proposé à toute femme dès lors que :

- Les risques infectieux et de GEU ont été évalués et les situations à risque écartées.
- La femme est informée des risques de MIP et de GEU ainsi que des risques potentiels, mais non démontrés, de stérilité tubaire. »

Il est certain que le risque de maladie inflammatoire pelvienne n'est pas nul chez les femmes porteuses de D.I.U. mais ce sur-risque est très relatif et doit être comparé aux conséquences des grossesses non désirées et des IVG fréquentes qui en sont la conséquence. Il ne faut surement pas oublier la méta-analyse de I.F Garcien (ref) mais rappeler qu'elle collige dans celle-ci des travaux publiés entre 1974 et 1990.

Il est permis de penser que la logique d'aujourd'hui n'est plus la même à une époque où la sexualité des nullipares a largement évolué en tenant compte des enseignements de l'infection HIV. En dehors de terrains de risque persistants exposés à un certain nomadisme sexuel et peu réceptifs à l'utilisation du préservatif, le DIU contraceptif ne devrait plus être diabolisé chez

la nullipare.

Les résultats d'une étude pilote publiée en 2008 et recensant 117 nullipares dont 20 âgées de moins de 20 ans proposées au DIU concluaient à la bonne tolérance de celui-ci dans la majorité des cas avec un taux élevé de satisfaction et de continuation de la méthode.

Si l'on doit donc encourager le gynécologue à inclure le DIU dans ses propositions contraceptives chez la nullipare quel que soit son âge, il faut rappeler certaines précautions dont le respect doit être scrupuleux.

- Ecarter les patientes dont le comportement sexuel peut être considéré à risque
- Ecarter également les patientes ayant des antécédents utéro-tubaires incertains (P.I.D notamment, GEU rarement).
- Demander une sérologie de Chlamydia Trachomatis préalable à la pose.
- Recourir largement avant celle-ci à la recherche du Chlamydia par prélèvement cervico-vaginal ou sur les urines du 1er jet.

Bien évidemment le traitement des cervico vaginites préalables à la pose et le respect stricte des mesures

d'asepsie lors de celle-ci sont une nécessité absolue.

Une dernière question peut être soulevée.

Faut-il administrer des antibiotiques à titre prophylactique lors de la pose d'un DIU chez les jeunes nullipares ?

« ...En général, on ne recommande pas l'administration d'antibiotiques à titre prophylactique lors de la pose d'un DIU. Toutefois, dans les endroits à forte prévalence d'infections cervicales à gonocoque et à chlamydia, et où le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) est peu accessible, on peut envisager une telle prophylaxie... »

L'avenir dira si la prescription de la contraception intra utérine progressera chez les nullipares. Cela serait souhaitable ne serait-ce que dans l'objectif de voir les IVG diminuer dans cette même population. Sur ce plan l'échec confirmé de la dernière décennie doit nous amener à réfléchir et modifier nos comportements. ■

Conflits d'intérêts : aucun

A G E N D A

Formation à l'approche sexocorporelle (CFSF)

Objectif de la formation : Former les cliniciens capables, par l'intermédiaire d'une grille d'évaluation précise et rigoureuse, d'établir un diagnostic et un projet de sexoclinique...

Conditions d'admission :

- formation en 7 sessions de 4 jours à raison de 3 sessions par an
- cette formation s'adresse aux Médecins, Psychologues, Sages-femmes, Conseillers conjugaux, Kinésithérapeutes, Infirmières...

La formation au sexocorporel est assurée et validée par l'Institut International Sexocorporel (I.S.I.)

Dates de la formation

7- 10 octobre 2010 20-23 Janvier 2011 26-29 mai 2011 13-16 Octobre 2011 19-22 Janvier 2012

Les dates des dernière sessions ainsi que le lieu de la formation seront communiqués ultérieurement

Roland Nicolas : 01 49 09 06 79 ; Pascal Benoist : 01 47 07 49 14 ; Françoise Jablon : 01 40 60 90 89
Email : info.sexocorporelle@gmail.com Site internet : http://www.formation-sexocorporelle.fr

Médecine traditionnelle chinoise aux herbes médicinales et traitement de l'endométriose : données de la Cochrane Database

EMILE DARAI - Service de Gynécologie-Obstétrique et de médecine de la Reproduction Humaine.
Hôpital Tenon, APHP, Université Pierre et Marie Curie, Paris 6.

L'endométriose est une affection fréquente affectant environ 10% de la population féminine et pouvant atteindre jusqu'à 40% des patientes présentant une infertilité. L'endométriose est définie par la présence en dehors de l'utérus de tissu ectopique endométrial associant à la fois des glandes et du stroma.

Le traitement médical n'a qu'un effet suspensif permettant de soulager les symptômes (CNGOF, Afssaps)^(1,2). Il est basé sur l'effet antigonadotrope des molécules utilisées. Diverses thérapies sont préconisées comportant des oestro-progestatifs et les progestatifs le plus souvent en continu. Les analogues de la GnRH doivent être réservés aux échecs de ces thérapeutiques du fait de leur utilisation limitée dans le temps et ce malgré l'utilisation d'une add-back thérapie. Plus récemment, l'utilisation du stérilet au lévonorgestrel est recommandée avec des résultats intéressants notamment dans les endométrioses profondes avec infiltration de la cloison recto-vaginale. Cependant, le taux relativement élevé d'échappement aux thérapeutiques et d'effets secondaires conduit de nombreuses patientes à avoir recours à des médecines alternatives dont la médecine traditionnelle chinoise basée sur l'utilisation d'herbes médicinales.

Une méta-analyse récente de la Cochrane Database faite par Flower et coll⁽³⁾ permet de faire le point sur l'intérêt de la médecine traditionnelle chinoise dans le traitement de l'endométriose. Cent dix essais publiés en chinois évaluant les herbes médicinales chinoises (HMC) étaient disponibles mais Flower et coll n'ont retenu que deux essais ayant une méthodologie et des critères de jugements adéquats. Les deux essais émanaient de la même équipe et incluaient au total 158 patientes ayant eu une cœlioscopie diagnostique. Le premier essai comportait trois groupes ; le premier groupe de patientes utilisait par voie orale de HMC (Nei Yi Wan), le deuxième groupe utilisait de l'HMC (Nei Yi Wan) par voie orale et par lavement et le troisième groupe utilisait du danazol. Dans les groupes 1 et 2, la proportion de patientes améliorées était plus importante que dans le groupe danazol (RR 5.06, CI : 1.28 - 20.05; et RR 5.63, CI : 1.47 - 21.54). L'efficacité était notable sur la dysménorrhée alors qu'il n'existait pas de différence sur les douleurs lombaires, les douleurs à la palpation des nodules vaginaux et sur les douleurs à la défécation. Les HMC avaient un effet significatif sur la diminution des masses annexielles d'origine endométriosique par rapport au danazol. Dans le deuxième essai, un groupe de patientes recevait des HMC

(Nei Yi Wan) par voie orale et par lavement et le groupe contrôle était traité par de la gestrinone. Concernant l'amélioration des symptômes, il n'existait pas de différence entre les groupes (RR 1.02, IC : 0.93 - 1.12), de même en intention de traiter (RR 1.04, CI : 0.91 - 1.18). Concernant le taux de grossesse, il n'existait pas de différence entre les groupes (RR 1.18, CI : 0.87 - 1.59).

L'analyse combinée de ces 2 essais suggère que l'utilisation postopératoire de l'HMC par voie orale et lavement avait une efficacité sur les symptômes équivalente à celle de la gestrinone et supérieure à celle du danazol. Cependant, les auteurs de cette méta-analyse concluaient que les données semblaient trop faibles pour recommander leur utilisation et justifiaient des études complémentaires. ■

Conflits d'intérêts : aucun

RÉFÉRENCES

1. *Prise en charge de l'endométriose. Recommandations pour la pratique clinique. Mise à jour du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) 2006.*
2. *Traitement médicamenteux de l'endométriose génitale (en dehors de l'adénomyose) - recommandations de bonne pratique. <http://www.afssaps.fr>*
3. Flower A, Liu JP, Chen S, Lewith G, Little P. *Chinese herbal medicine for endometriosis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 3. Art. No.: CD006568. DOI: 10.1002/14651858.CD006568.pub2.*

Thrombopénie et grossesse 1^{ère} partie

M. KHELLAF, B. GODEAU

Service de Médecine Interne, Centre de Référence des Cytopénies Auto-Immunes de l'Adulte, Hôpital Henri MONDOR, Université PARIS XII, Créteil

Introduction

La découverte d'une thrombopénie (plaquettes < 150G/L) au cours de la grossesse est assez fréquente et peut correspondre à de très nombreux mécanismes. L'objectif cet article est de proposer une stratégie diagnostique et de dégager les grandes lignes thérapeutiques en fonction des différentes étiologies.

Les principales causes de thrombopénies au cours de la grossesse

Le nombre de plaquettes chez l'adulte varie habituellement entre 150 et 400G/L. La durée de vie de ces petites cellules (10 fois plus petites qu'un globule rouge) dépourvues de noyau est d'environ une dizaine de jours, 10% d'entre elles sont renouvelées chaque jour à partir des mégacaryocytes qui sont les précurseurs des plaquettes au niveau de la moelle osseuse. De façon physiologique, le nombre des plaquettes chute de 10% au cours de la grossesse⁽¹⁾. Ainsi, sur une large série scandinave de plus de 4000 grossesses⁽²⁾, 7% des femmes avaient moins de 150G/L plaquettes en fin de grossesse et 1% moins de 100G/L.

Chez l'adulte en dehors du contexte de la grossesse, les causes de thrombopénies sont très nombreuses. On distingue habituellement :

- les causes centrales (c'est-à-dire liées à un défaut de production des plaquettes) en rapport avec une pathologie hématologique : leucémies aiguës, hémopathies lymphoïdes (leucémie lymphoïde chronique, lymphome), carence en folates ou en vitamine B12, envahissement médullaire par une tumeur solide,
- les causes périphériques (liées à un excès de destruction des plaquettes) qui comprennent la coagulation intravasculaire disséminée (CIVD), les microangiopathies thrombotiques, l'hypersplénisme, les maladies virales chroniques liées à l'hépatite B, C ou le VIH, les maladies auto-immunes comme le lupus érythémateux disséminé et enfin le purpura thrombopénique immunologique (PTI).

Au cours de la grossesse : si l'ensemble des diagnostics évoqués précédemment sont possibles, ce sont principalement **4 groupes d'étiologies** qu'il faudra évoquer :

- la thrombopénie gestationnelle qui est la plus fréquente et qui est dépourvue de gravité,
- le purpura thrombopénique immunologique,
- les syndromes obstétricaux thrombopénisants : la prééclampsie, le HELLP syndrome et la stéatose aigüe gravidique.

- Les microangiopathies thrombotiques : le purpura thrombotique thrombocytopénique (PTT) et le syndrome hémolytique et urémique (SHU).

La thrombopénie gestationnelle

- Cette pathologie bénigne dépourvue de risque hémorragique et ne nécessitant aucun traitement est de loin la cause la plus fréquente de thrombopénie au cours de la grossesse puisqu'elle rendrait compte de ¾ des cas. Environ 4 à 8%⁽³⁾ des femmes enceintes développent ce type de thrombopénie qui survient de façon très stéréotypée au cours du troisième trimestre de grossesse.
- La baisse des plaquettes est ici modérée (plaquettes habituellement supérieures à 75G/L), il n'y a donc pas de manifestation hémorragique. Si des numérations antérieures sont disponibles, l'absence de thrombopénie avant la grossesse ou lors des 2 premiers trimestres de la gestation en cours viendra confirmer ce diagnostic. Cette thrombopénie n'est pas transmise à l'enfant qui naît avec un compte de plaquettes normal⁽⁴⁾, elle disparaîtra en post-partum en quelques semaines mais aura tendance à récidiver lors des futures grossesses⁽⁵⁾. Il est très important de ne pas oublier de contrôler le chiffre de plaquettes à distance de l'accouchement car la normalisation

1er et 2e trimestre	3e trimestre	Post partum
Thrombopénie Immunologique Purpura Thrombotique Thrombocytopénique (Syndrome de Moskowitz) (2 ème trimestre)	HELLP Syndrome Purpura Thrombopénique Immunologique Thrombopénie gestationnelle (Plaquettes >75G/L) Purpura Thrombotique Thrombocytopénique (Syndrome de Moskowitz)	Syndrome Hémolytique et Urémique

Tableau 1 : Etiologies des thrombopénies au cours de la grossesse en fonction du terme

	Clinique	Biologie
HELLP Syndrome	Hypertension artérielle Bandelette Urinaire	NFS Plaquettes, frottis sanguin à la recherche de schizocytes, anémie hémolytique, haptoglobine, LDH, bilirubine totale, libre, ASAT, ALAT, GammaGT, uricémie, protéinurie
Thrombopénie Gestationnelle	NFS antérieures normales en dehors de la grossesse	Aucun examen
Thrombopénie Immunologique	NFS antérieures en dehors de la grossesse : si thrombopénie = Thrombopénie Immune probable	Facteurs antinucléaires, anti-ADN, anti-ECT, anticardiolipides, recherche anticoagulant circulant, recherche d'anticorps anti-plaquettes par MAIPA
Microangiopathies Thrombotiques	Signes neurologiques, Fièvre, insuffisance rénale, anémie hémolytique mécanique	Schizocytes, haptoglobine, créatinine
Autres causes	Vérifier les médicaments, rechercher une pathologie hématologique ou virale sous-jacente, dysthyroïdie	Frottis sanguin, sérologies Hépatites B,C, VIH, dosage de la TSHu.

Tableau 2 : Bilan à effectuer en fonction de l'étiologie suspectée

spontanée du chiffre de plaquettes permet de confirmer rétrospectivement le diagnostic et de simplifier la prise en charge diagnostique en cas de récurrence de la thrombopénie lors des éventuelles grossesses ultérieures.

Le Purpura Thrombopénique Immunologique

Le PTI est une affection auto-immune dont la prévalence est d'environ 5 à 6/100.000 habitants en Europe. Cette pathologie a deux pics d'incidence au cours de la vie : les femmes jeunes entre 15 et 30 ans puis les hommes au-delà de 60 ans⁽⁶⁾. La baisse des plaquettes au cours du PTI résulte de la fixation d'un autoanticorps dirigé contre des antigènes portés par les glycoprotéines de surface plaquettaire. Une fois établi,

le complexe anticorps-plaquette est détruit par les macrophages principalement au niveau de la rate. La grossesse est parfois un événement aggravant du PTI comme pour d'autres maladies auto-immunes comme le lupus par exemple. Cette pathologie peut également commencer à l'occasion d'une grossesse. Contrairement à la thrombopénie gestationnelle, la thrombopénie peut ici être profonde <30G/L donc à l'origine de manifestations hémorragiques chez la mère, nécessitant alors la mise en œuvre de traitements d'urgence par corticoïdes ou par Immunoglobulines Intraveineuses (IgIV). Ces traitements ne sont néanmoins justifiés que lorsque la thrombopénie est profonde et symptomatique. Rappelons à ce propos, que les transfusions de plaquettes au cours du PTI sont inefficaces car les

plaquettes hétérologues sont immédiatement détruites par les anticorps. Le risque d'hémorragie fœtale en rapport avec une thrombopénie fœtale par passage transplacentaire de l'anticorps antiplaquette de la mère au fœtus est considéré comme très rare. En revanche, il existe un risque faible mais non nul d'hémorragie néonatale lors de l'accouchement mais également dans les jours suivant la naissance avec la possibilité d'observer chez le nouveau né des thrombopénies retardées de quelques jours. Il n'existe pas de corrélation absolue entre le chiffre de plaquettes de la mère et le risque de thrombopénie néonatale mais ce risque est d'autant plus élevé que la mère est thrombopénique et que le PTI a une évolution sévère. Un contrôle systématique de la numération plaquettaire à la naissance de l'enfant et dans les 3 à 5 jours après sa naissance doit donc être systématique, quel que soit le chiffre de plaquettes chez la mère.

Syndromes obstétricaux à l'origine de thrombopénies : prééclampsie, HELLP Syndrome et stéatose aigüe gravidique

- La prééclampsie affecterait jusqu'à 6% des grossesses et touchent principalement des patientes primipares avant 20 ans ou après 30 ans⁽⁷⁾. La définition de la prééclampsie inclut une hypertension artérielle et une protéinurie >300mg/24h développées après 20 semaines d'aménorrhée⁽⁸⁾. Une thrombopénie est présente chez environ 50% des patientes atteintes de prééclampsie avec une sévérité généralement proportionnelle à la maladie sous-jacente. Dans certains cas, une thrombopénie isolée peut précéder les autres manifestations de la prééclampsie⁽⁹⁾.
- Le Syndrome HELLP, acronyme pour Hemolysis (anémie hémolytique mécanique avec présence de schizocytes, bilirubine libre et LDH augmentés, haptoglobine effondrée),

	Anémie et Schizocytes	Thrombopénie	Coagulopathie	HTA	Atteinte rénale	Atteinte hépatique	Atteinte neurologique	Pic d'incidence
Prééclampsie	+	+	±	+++	+	0	+	3 ^e trimestre
HELLP	++	+++	±	±	+	+++	±	3 ^e trimestre
SHU	++	++	±	±	+++	0	±	Post partum
PTT	+++	+++	±	±	+/-	0	+++	2 ^e et 3 ^e
SGA	+	+/-	+++	±	±	+++	+	3 ^e trimestre

Tableau 3 : Diagnostic différentiel des microangiopathies thrombotiques au cours de la grossesse. (d'après McCrae, Blood Reviews, 2003 ;17:7-14.)
 Abréviations : HELLP : Hemolysis Elevated Liver enzymes and Low Platelet, SHU : Syndrome Hémolytique et Urémique, PTT : Purpura Thrombotique et Thrombocytopenique, SGA : Stéatose Gravidique Aigue.

Elevated Liver enzymes (augmentation des enzymes hépatiques ALAT et ASAT) et Low Platelet count (thrombopénie <100G/L), peut être considéré comme une variante ou une forme compliquée de prééclampsie. Il concerne le plus souvent des femmes blanches multipares âgées de plus de 25 ans⁽¹⁰⁾. Ce syndrome nécessite une prise en charge hospitalière urgente.

- La stéatose aigue gravidique touche 1 grossesse sur 5 à 10.000 et survient le plus souvent chez des primipares au 3^{ème} trimestre⁽¹¹⁾. Elle associe une cholestase hépatique, des troubles de la coagulation type CIVD avec effondrement du fibrinogène.

Les Microangiopathies thrombotiques : Purpura Thrombotique et Thrombocytopenique (PTT) et Syndrome Hémolytique et Urémique (SHU)

- le PTT est défini par l'association de 5 signes : anémie hémolytique mécanique avec schizocytes, thrombopénie, anomalies neurologiques, fièvre et anomalies de la fonction rénale. Moins de 40 % des patients remplissent néanmoins tous ces critères au diagnostic⁽¹²⁾. Ce syndrome apparaît plus fréquemment au second trimestre en moyenne autour de 24SA⁽¹³⁾. Il s'agit

d'une complication très sévère pouvant mettre en jeu le pronostic vital à très court terme et qui nécessite une prise en charge spécialisée immédiate.

- le SHU est proche du PTT mais avec une atteinte plus prononcée de la fonction rénale, 90% des cas surviennent ici en post-partum en moyenne 4 semaines après l'accouchement.

Contrairement au HELLP syndrome, le PTT et le SHU ne sont pas améliorés par l'accouchement et justifient la mise en route d'échanges plasmatiques. ■

Conflits d'intérêts : aucun

RÉFÉRENCES

- Gernsheimer T, McCrae KR. Immune thrombocytopenic purpura in pregnancy. *Curr Opin Hematol* 2007;14(5):574-80.
- Sainio S, Kekomaki R, Riihonen S, Teramo K. Maternal thrombocytopenia at term: a population-based study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79(9):744-9.
- Burrows RF, Kelton JG. Thrombocytopenia at delivery: a prospective survey of 6715 deliveries. *Am J Obstet Gynecol* 1990;162(3):731-4.
- Boehlen F, Hohlfeld P, Extermann P, Perneger TV, de Moerloose P. Platelet count at term pregnancy: a reappraisal of the threshold. *Obstet Gynecol* 2000;95(1):29-33.
- Minakami H, Kuwata T, Sato I. Gestational thrombocytopenia: is it new? *Am J Obstet Gynecol* 1996;175(6):1676-7.
- Schoonen WM, Kucera G, Coalsen J, et al. Epidemiology of immune thrombocytopenic purpura in the General Practice Research Database. *Br J Haematol* 2009;145(2):235-44.
- McCrae KR, Samuels P, Schreiber AD. Pregnancy-associated thrombocytopenia: pathogenesis and management. *Blood* 1992;80(11):2697-714.
- Moore JC, Hayward CP, Warkentin TE, Kelton JG. Decreased von Willebrand factor protease activity associated with thrombocytopenic disorders. *Blood* 2001;98(6):1842-6.
- Crowther MA, Burrows RF, Ginsberg J, Kelton JG. Thrombocytopenia in pregnancy: diagnosis, pathogenesis and management. *Blood Rev* 1996;10(1):8-16.
- Sibai BM. The HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): much ado about nothing? *Am J Obstet Gynecol* 1990;162(2):311-6.
- Bacq Y. Acute fatty liver of pregnancy. *Semin Perinatol* 1998;22(2):134-40.
- McCrae KR, Cines DB. Thrombotic microangiopathy during pregnancy. *Semin Hematol* 1997;34(2):148-58.
- Weiner CP. Thrombotic microangiopathy in pregnancy and the postpartum period. *Semin Hematol* 1987;24(2):119-29.

De la mammographie analogique à la mammographie numérique : critères de qualités

CHRISTINE SALEM⁽¹⁾, ROMAN ROUZIER⁽²⁾

1 : Service de Radiologie, Hôpital Tenon. Assistance Publique, Hôpitaux de Paris

2 : Service de gynécologie, Hôpital Tenon. Assistance Publique, Hôpitaux de Paris

Introduction

Le dépistage précoce du cancer du sein infra clinique a permis de diminuer la mortalité du cancer du sein dans 20 à 40 %^(1,2). La **qualité de l'image** mammographique doit être donc irréprochable afin de détecter les cancers de petite taille et par conséquent de bon pronostic.

Pour cela, une technique rigoureuse (contraste élevé et dose d'irradiation minimale), un contrôle de qualité continu et une formation adéquate des radiologues et des techniciens de radiologie sont indispensables.

Mammographie analogique ou numérique

Depuis Janvier 2008, le dépistage par la mammographie numérique a été autorisé en France avec un cahier des charges spécifique.

Avec 1200 mammographes numériques installés et plus d'un tiers des mammographies de dépistage fait en numérique, la France se place au premier rang parmi les pays européens. Toutefois uniquement 20% de l'interprétation de ces clichés se fait sur console.

Depuis 2006, un contrôle de qualité interne et externe est obligatoire pour l'ensemble des systèmes de mammographies, analogiques ou numériques. Le contrôle interne est fait par des tests à réaliser de façon quotidienne et hebdomadaire. Le contrôle externe est fait par un organisme agréé par l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) tous les semestres.

La majorité des études comparatives entre les deux techniques analogiques et numériques montrent des performances similaires (taux de détection des cancers et valeur prédictive positive)^(3, 4) avec toutefois une légère supériorité de la mammographie numérique par rapport à l'analogique chez les patientes de moins de 50 ans, en péri ménopause et aux seins denses (étude DMIST réalisée chez 42760 patientes)^(5, 6).

Il a été également noté un taux de rappel légèrement plus élevé avec la mammographie numérique.

Les incidences de bases et les incidences complémentaires ainsi que les principes de lecture des clichés restent les mêmes dans les deux techniques (symétrie, zone interdite et comparaison par rapport aux clichés antérieurs...).

Les incidences de bases et les incidences complémentaires (clichés d'agrandissement avec la technique de

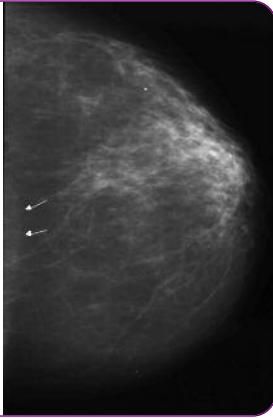
l'air gap) doivent être maîtrisées afin d'améliorer la qualité diagnostique et réduire le nombre de clichés effectués (diminuer l'irradiation des patientes). Dans le cas de la mammographie numérique, des logiciels au diagnostic ou CAD (computer aided diagnosis) peuvent être utilisés. Ces derniers pointent des anomalies de densité (masse ou distorsions) ou des regroupements de microcalcifications que seul le radiologue par la suite peut confirmer ou pas.

Incidences de base

Il est souhaitable de réaliser la mammographie en première partie du cycle car les seins sont souvent moins denses et moins douloureux et donc d'analyse plus facile; cependant la programmation de la mammographie en fonction du cycle menstruel reste très controversée et varie selon les écoles.

Lors de la mammographie, afin de réduire l'appréhension des patientes, il est primordial de leur expliquer le déroulement de l'examen et l'importance d'une compression adéquate des seins, en insistant sur le fait qu'une compression efficace permet de mieux visualiser les lésions suspectes et de réduire la dose d'irradiation. Une

Figure 1 : Incidence de face gauche : notez le bon étalement de la glande rétroaréolaire et la visibilité du muscle pectoral (double flèches)



compression trop importante peut générer une douleur mammaire et décourager les patientes pour le prochain contrôle.

Il est également important de rassurer les patientes sur le risque de cancer du sein radio-induit par la mammographie. Ce risque étant très faible par rapport au bénéfice d'autant plus que l'âge de la patiente est avancé.

Les incidences de base sont l'incidence de face ou crânio-caudale et l'incidence oblique externe ou médio-latérale oblique.

Incidence de face

Les critères de qualité selon les recommandations de l'American college of Radiology (ACR)⁽⁴⁾ sont (Figure 1) :

- mamelon au zénith se projetant en dehors de la glande mammaire
- mamelon bien centré au milieu du cliché
- bon étalement de la trame fibroglandulaire rétro aréolaire
- visibilité de la graisse rétro glandulaire
- absence de plis cutanés

visibilité dans 30 à 40% des cas d'une partie du muscle pectoral en profondeur. Quand le muscle pectoral n'est pas visible, pour s'assurer que le sein a été bien tiré, le radiologue mesure la ligne rétro mamelonnaire qui est définie comme une ligne perpendiculaire au muscle pectoral passant par le mamelon (Figure 2). La différence de longueur de cette ligne entre l'incidence de face et l'oblique externe ne doit pas dépasser 1 cm.

Incidence oblique externe

Les critères de qualité selon les recommandations de l'ACR⁽⁴⁾ sont (Figure 3) :

- la pointe du muscle pectoral bien étalé visible jusqu' à la hauteur du mamelon (milieu du film).
- bord convexe du muscle pectoral
- angle du muscle pectoral de 20-30 degrés

- mamelon au zénith se projetant à l'extérieur de la glande mammaire
- bon étalement de la trame fibroglandulaire rétro aréolaire
- sillon sous mammaire visible
- absence de plis cutanés

Incidences complémentaires

Incidence de profil

Elle permet de localiser une anomalie décelée sur une des incidences de base en vue d'un repérage pré-opératoire ou d'une macrobiopsie sous stéréotaxie et de caractériser certains foyers de microcalcifications bénins présentant typiquement un aspect sédimentaire à type de « lait calcique ».

Les critères de qualité selon les recommandations de l'ACR⁽⁴⁾ sont :

- bon étalement de la trame fibroglandulaire rétro aréolaire
- visibilité de la graisse rétro-glandulaire
- pectoral fin mais visible au niveau de la partie supérieure du cliché
- mamelon se projetant à l'extérieur de la glande mammaire
- sillon sous mammaire visible
- absence de plis cutanés

Incidence de compression localisée

Elle permet de différencier une désorganisation architecturale d'un enchevêtrement fibroglandulaire et de caractériser les contours d'une masse quand ils sont masqués par le tissu glandulaire.

La compression localisée sera centrée sur l'anomalie mammographique et réalisée de face, oblique externe ou profil selon le siège de l'anomalie explorée.

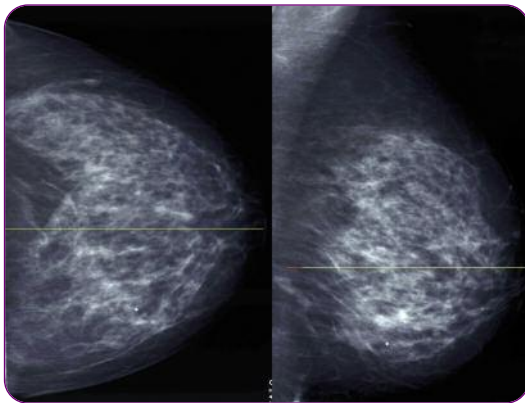
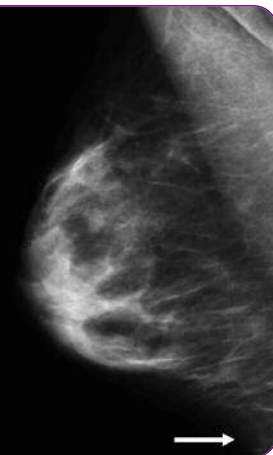


Figure 2 : Incidence de face et oblique externe gauche. Notez que la ligne rétroaréolaire varie de moins d'un centimètre en les deux incidences.

Figure 3 : Incidence oblique externe droite. La visibilité du sillon sous mammaire (flèche épaisse) indique que les quadrants inférieurs sont bien dégagés.



Incidence de compression localisée avec agrandissement

Elle permet une meilleure analyse de la forme et de la distribution des foyers de microcalcifications (↑ rapport signal/bruit).

Le cliché d'agrandissement sera couplé à la compression localisée pour un meilleur contraste (Figure 4).

Concernant la mammographie numérique, une étude lilloise récente a démontré la supériorité de l'agrandissement avec la technique de l'air gap à celle de l'agrandissement par simple «zoom».

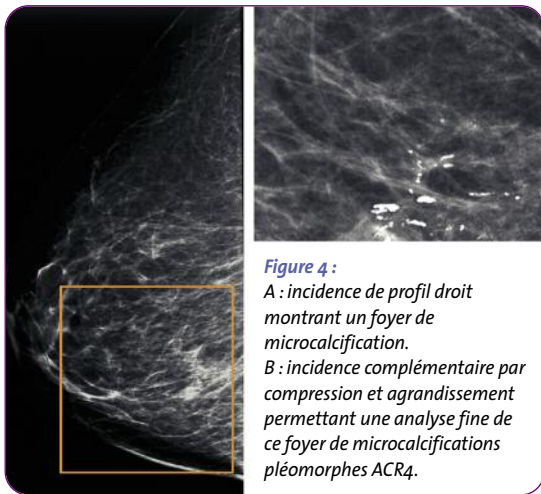


Figure 4 :
A : incidence de profil droit montrant un foyer de microcalcification.
B : incidence complémentaire par compression et agrandissement permettant une analyse fine de ce foyer de microcalcifications pléomorphes ACR4.

Vérification des clichés obtenus et classification ACR définitive

Pour éviter les clichés techniquement insuffisants (CTI), le radiologue doit procéder d'une façon systématique en évaluant la qualité de l'image et de l'incidence: le cliché est flou ? Bien exposé ? Bien comprimé ? Le contraste est élevé ? Y a-t-il des artefacts gênants l'interprétation ? Le film est bien étiqueté ? Le sein est bien tiré ? Le mamelon tangentiel ? Trop d'axillaire ou pas assez ? Le sillon sous mammaire visible ?

Le radiologue doit également compléter l'évaluation des clichés en comparant avec les clichés antérieurs et en complétant par des clichés complémentaires si besoin. Sur le compte rendu doit apparaître d'une façon claire la classification ACR pour chaque sein.

Perspectives

Le dépistage est amené à évoluer avec la mammographie numérique. Nombreuses questions sont posées : faisabilité de la transmission des mammographies ? Coût du dépistage en mammographie numérique ? Le computer aided diagnosis (CAD) peut-il remplacer la deuxième lecture ?...

Les prochaines années doivent apporter des réponses à toutes ces questions. Elles s'annoncent également riches en développement de techniques dérivées de la mammographie numérique en particulier de la tomosynthèse et de l'angio-mammographie

Conclusion

La qualité de la mammographie analogique ou numérique doit être un souci permanent pour les radiologues et les techniciens de radiologie.

Les performances des deux techniques sont équivalentes avec toutefois une légère supériorité de la mammographie numérique dans l'exploration des seins denses et chez les femmes en péri-ménopause ou ayant moins de 50 ans.

Conflits d'intérêts : aucun

RÉFÉRENCES

1. Kopans D.B. Screening for breast cancer. *Breast imaging 2nd edition 1998* ; 55-100.
2. Duffy SW, Tabar L, Chen HH et coll. The impact of organized mammography service screening on breast carcinoma mortality in seven Swedish countries. *Cancer 2002* ; 95 (3) : 458-69.
3. Skaane P, Young K, Skjennald A. Population-based mammography screening : comparison of screen-film and full-field digital mammography with soft-copy reading_Oslo I study. *Radiology 2003* ; 229 : 877-884.
4. Edward-Hendrick R, Cole E, Pisano E, et coll. Accuracy of soft-copy digital mammography versus that of screen-film mammography according to digital manufacturer : ACRIN DMIST retrospective multireader study. *Radiology 2008* ; 247 : 38-48.
5. Pisano E, Gatsonis C, Hendrick E, et coll. Diagnostic performance of digital versus film mammography for breast-cancer screening. *N Engl J Med 2005* ; 353 : 1-10.
6. Pisano E, Edward Hendrick R, Yaffe, M et coll. Diagnostic accuracy of digital versus film mammography : exploratory analysis of selected population subgroups in DMIST. *Radiology 2008* ; 246 : 376-383.
7. ACR-Bi-Rads-Mammographie, 2ième édition française basée sur la 4ième édition américaine, Société Française de Radiologie, 2005.

3^{èmes} Assises Françaises de Sexologie et de Santé Sexuelle : Les complexités du couple et de ses prises en charge Reims, du 18 au 21 mars 2010

CATHERINE AZOULAY - MGEN, Paris

3^{ème} édition des réunions annuelles des 2 grandes associations scientifiques françaises de sexologie : l'AIHUS et la SFSC, le thème retenu cette année était celui, de la prise en charge d'un système complexe entre tous : le couple. Edgar Morin, philosophe et sociologue, a ouvert le congrès par une conférence plénière sur son thème de prédilection : « la pensée complexe », mettant en avant l'idée conductrice du congrès tout entier : l'importance de la **transdisciplinarité**, c'est à dire l'interaction entre les disciplines.

Les hommes et les femmes qui consultent pour des difficultés sexuelles sont de plus en plus nombreux et les causes de leurs difficultés sont multiples et souvent associées (maladies organiques, troubles psychologiques parfois très anciens, événements contractuels...). Les données individuelles des patients et du symptôme sexuel ont été jusque là beaucoup étudiées mais une juste prise en charge passe forcément par la prise en compte de la totalité des différents aspects du couple, et en particulier des divers émotions vécues dans le couple et qui complexifient la plainte sexuelle. C'est la transdisciplinarité des intervenants sexologues (enseignants, conseils, thérapeutes...) d'un couple qui aboutit à la meilleure prise en charge possible, d'où l'importance du travail en réseau en sexologie. « **Un sexologue, ça n'existe pas !** » affirme ainsi P. Brenot, détaillant : « Ce n'est pas un substantif, mais un adjectif,

qui peut qualifier divers membres du corps de santé qui contribuent tous à la bonne prise en charge du couple ».

La complexité du couple a donc été explorée lors de cette réunion :

- **Complexité des membres du couple**, avec les différences de genre biologiques et émotionnelles générant des attentes différentes en particulier au moment de la rencontre.

- **Complexité de la nouvelle organisation du couple**, qui n'est plus un monstre hybride à 2 têtes aux rôles institutionnels marqués, complémentaires et hiérarchisés, mais qui s'est « horizontalisé », avec une paire symétrique et non plus complémentaire, où « chacun cherche qui est le plus égal de l'autre ? » (S. Hefez) menant à une conflictualité nouvelle. Le lien conjugal s'est en effet « ritualisé » (P Benghozi), vecteur et support d'une transmission psychique des familles d'origine de chaque partenaire. La clinique de l'adultère a été abordée (N. Grafeille) qui mène chez l'avocat 1 fois/2 tant la restauration de la confiance est difficile devant le décalage qui existe entre les acteurs du drame.

- **Complexité de la prescription** aussi, quand des comorbidités, organiques ou psychiques, viennent faire écran au symptôme sexuel ou orienter les choix thérapeutiques. La dysfonction érectile par exemple, est parfois intriquée avec un



diabète, une hypertension ou une dépendance alcoolique, voire une dépression (A. Corman). Une pathologie peut aussi limiter la fonction sexuelle (S. Droupy) : l'acte sexuel masculin correspond à une montée d'escalier de 2 étages ou à 20 minutes de marche. Les pathologies cardiaques peuvent limiter cet effort. Un ATCD de cancer du sein chez la femme peut aussi interagir avec sa sexualité (M. Veluire) : au cours du traitement du cancer, de multiples peurs prennent place : le partenaire est désérotisé en tant que mâle et devient plutôt « garde-malade », le buste est désapproprié, avec mise en place de nombreux scénarii permettant aux seins d'être invisibles ou « intouchables », une perte de la perception de son attractivité sexuelle s'installe. Environ 85% des français considèrent aujourd'hui qu'une sexualité satisfaisante est indispensable à la vie et à la survie du couple (M Pujos-Gautraud). Le gynécologue est en première ligne pour écouter les plaintes ou détecter les symptômes sexuels existants. Si vous voulez, vous aussi, contribuer à la transdisciplinarité appelée de leurs vœux par nos collègues sexologues, rendez-vous aux Assises 2011 qui se tiendront à Nantes !

1er congrès du GEMVi : un coup d'essai, un coup de maître !!

CATHERINE AZOULAY - MGEN, Paris



Les Vendredi 4 et samedi 5 juin 2010 s'est tenu à Paris le 1^{er} congrès du Groupe d'Etude sur la Ménopause et le Vieillessement hormonal, présidé par le Professeur Patrice Lopès (Nantes). Près de 500 personnes avaient fait le déplacement et le très bon niveau scientifique des communications a permis d'observer une bonne assiduité du public.

Une très belle session plénière: Insuffisances Ovariennes Prématuurées (IOP) *

En consultation, la résolution de l'énigme de la cause d'une IOP (aménorrhée primaire ou secondaire associée à des gonadotrophines > 20mUI/ml et survenant avant l'âge de 40 ans) passe par 5 questions à se poser :

1 • la patiente présente-t-elle une **petite taille** ? en faveur d'un syndrome de Turner pour lequel le pronostic de la réserve folliculaire s'apprécie au mieux par un caryotype à la recherche d'une mosaïque

2 • y a t il chez des garçons de la famille des **retards mentaux** ? en faveur d'un syndrome de l'X fragile, par expansion de triplet CGC [>200] dans le gène FMR1 localisé sur le bras long du chromosome X. Une simple prémutation (expansion de 50 à 200 triplets CGG) peut expliquer 13% des cas familiaux d'IOP. Il convient dans ce cas de procéder à un conseil génétique.

3 • y a t il ou y a t il eu une **malformation des paupières** chez la patiente ? en faveur d'un BPES (blépharophimosis ptosis épicanthus) donnant un aspect d'œil eurasiatique, dont le gène responsable est le gène FOXL2.

4 • existe t il des ATCD d'**ambiguïté sexuelle** dans la famille ? en faveur d'une mutation du gène codant pour le facteur stéroïdogène SF1 ou NR5A1

5 • y a t il des signes d'**auto-immunité** associée ? (maladie d'Addison, diabète de type I, hypothyroïdie) en faveur d'une oophorite auto-immune difficile à prouver, où cependant la LH est très supérieure à la FSH.

Cette pathologie, qui atteint 2% de la population, étant plus facile à accepter par les patientes si elles en connaissent la cause justifie un bilan de départ : caryotype, TSHus, glycémie, Ac anti-TPO et une exploration en centre spécialisé.

La prise **en charge du syndrome de Turner à l'âge adulte** doit en pratique être globale et multidisciplinaire. Nos pages se sont déjà fait l'écho des recommandations récentes concernant la prise en charge des patientes ayant un syndrome de Turner lorsqu'elles souhaitent une grossesse (N° 12 pages 19 & 20). En dehors de ce cadre, le taux de mortalité cardio-vasculaire est triplé dans ce syndrome et les atteintes ORL (surdités), hépatiques et endocriniennes sont fréquentes. Une bicuspidie (présente dans 20% des cas) et une coarctation (12%) aortiques doivent systématiquement être recherchées, pouvant même mener à une intervention chirurgicale en cas de dilatation importante de l'aorte initiale. Un THM sera prescrit jusque vers 51 ans et la patiente devra être vue en consultation 1 à 2 fois par an, avec un bilan complet tous les 3 à 5 ans, **tout au long de leur vie.**

La **table ronde « Ménopause et prise en charge du risque cardio-vasculaire »**** a permis d'actualiser les données sur THM et risque veineux. Deux nouvelles études sont récemment venues confirmer les résultats des études ESTHER & E3N :

- une étude cas-témoins sur la base de données des généralistes anglais (**GPRD**) retrouve sur 20000 thromboses une innocuité des œstrogènes transdermiques

- l'étude de cohorte hospitalière française **MEVE** (Menopause Estrogen Venous Events) chez des femmes sous THM venues consulter pour un 1^{er} évènement thrombotique veineux a montré un risque de récurrence supérieure chez les femmes sous norprégnanes.

On notera que ces études observationnelles ne permettent cependant pas d'établir un lien de causalité formel.

Sur le plan **artériel**, l'impact des œstrogènes porte sur la plaque athéromateuse et le système immunitaire de la femme. Une œstrogénothérapie aiguë a une action anti-inflammatoire, alors qu'une œstrogénothérapie chronique pourrait être pro-inflammatoire sur les cellules immunitaires. Cet effet pourrait expliquer l'absence d'effet protecteur vasculaire des œstrogènes en cas de lésions athéromateuses déjà constituées.

En consultation, **l'évaluation du risque cardio-vasculaire** chez la femme ménopausée relève d'une anamnèse individualisée. Il convient de prendre en compte tous les facteurs de risque et de les dénombrer car les échelles de risque étant entachées de trop de limitations pour avoir une réelle utilité clinique, une grande importance doit être attribuée au nombre absolu de facteurs de risque.

* D'après les communications de S. Christin-Maitre (Paris) et B. Donadille (Paris)

** D'après les communications de P-Y Scarabin (Paris), J-F Arnal (Toulouse) et J Blacher (Paris)



LEELOO

Le Laboratoire Théramex a donc fait, comme prévu, son "entrée" en contraception le 21 avril 2010 en mettant à disposition **Leeloo®Gé (20 µg d'éthinyl-oestradiol (EE2) + 100 µg lévonorgestrel)**, pilule de 2^{ème} génération, monophasique sur 21 jours et remboursée.

Leeloo®Gé a un statut de générique mais son princeps n'est pas commercialisé en France et il n'y a donc pas d'équivalent sur le marché.

Les études cliniques avec Leeloo®Gé ont été réalisées chez un total de 2498 femmes âgées de 18 à 40 ans. Son indice de Pearl a été calculé à 0,69 sur un total de 15026 cycles. Les effets indésirables les plus fréquents (≥10%) ont été les céphalées et les spotting/métrorragies, ces saignements étant plus fréquents au cours des premiers mois d'utilisation.

Une étude menée chez 12843 femmes a mis en évidence moins de 2% de métrorragies et moins de 7% de spotting au 6ème cycle, et un taux d'aménorrhée de 1,1%. La tolérance clinique de Leeloo®Gé dans les études versus comparateur actif, ne paraît pas différente de celle des autres contraceptifs oraux; toutefois dans 2 études cliniques les troubles du cycle ont été plus fréquents avec Leeloo®Gé qu'avec un comparateur. Dans les indications d'une contraception oestro-progestative par voie orale, cette spécialité est considérée comme un médicament de première intention dans son avis de transparence.

Rappelons qu'après 45 ans, les oestro-progestatifs ne sont pas conseillés en raison de l'accroissement des risques vasculaire et métabolique, on conseille donc une contraception mécanique. Le recul est actuellement insuffisant pour ce qui est du risque carcinologique des oestro-progestatifs oraux contenant moins de 30 µg d'EE2.

Leeloo®Gé est disponible au prix de 2,50€ pour la boîte d'une plaquette de 21 comprimés et de 5,89€ pour la boîte de 3 plaquettes, Remb Séc soc à 65 %.

CA, d'après une conférence de presse Théramex et l'avis de transparence du produit

MIRENA

La contraception intra utérine est la méthode la plus utilisée dans le monde. "Exception française oblige", cette méthode de contraception arrive loin derrière la contraception orale en France, puisque seulement 21% des françaises utilisent un DIU, et surtout, une fois la famille « complétée ».

Réticences du médecin?

La « technique » impose un geste médical, hautement opérateur dépendant. Le médecin a, vis à vis de la contraception, sa propre ambivalence, avec parfois, nécessité d'affronter ses propres convictions et / ou idéaux (nullipares, ATCD d'échec de pose...).

Réticences des femmes ?

L'acceptation nécessite la connaissance de la méthode, de ses bénéfices et effets indésirables, de son coût et de son remboursement. Mais les représentations de la contraception s'en mêlent... Toute contraception est un objet extérieur à soi, mais dans le cas du stérilet, il s'agit d'un objet réel, qu'il faut pour la femme intégrer dans l'image de son corps génital, et qui peut générer une réelle angoisse profonde d'intrusion dans l'intimité (blessure de l'image unitaire du corps).

En pratique :

La pose d'un DIU doit donc être précédée, accompagnée et suivie de paroles, d'images et d'explications autant que de questions sur ce que la patiente imagine ou craint.

Après élimination des femmes présentant une contre-indication, la femme-type « candidate au DIU » peut se présenter sous un profil classique :

- Souhait d'un autre type de contraception après des années de pilule
- Contre-indication à une méthode hormonale systémique
- Jeune femme ayant eu au moins un enfant
- Renouvellement pour les patientes satisfaites

Mais la prescription peut aussi s'adresser :

- Aux nullipares
- Aux femmes en post IVG
- Aux femmes chez qui on recherche un effet thérapeutique pour Mirena.

C.A., d'après une conférence de presse Bayer Schering Pharma

Bayer Schering Pharma diminue le prix de Levitra® 10 mg de 50 %

La dysfonction érectile (DE) est largement répandue chez les hommes mais peu traitée, notamment en raison du prix élevé des médicaments, selon les résultats récents d'une **enquête IFOP/Bayer Schering Pharma** (avril 2010, 954 hommes représentatifs).

Selon ces résultats, 49 % des hommes interrogés admettent avoir déjà rencontré des problèmes érectiles. La proportion d'hommes concernés augmente avec l'âge. Ainsi 59 % des 50-64 ans sont touchés et 77% des plus de 65 ans. On observe cependant que la DE reste peu traitée, avec seulement 15 à 20 % des hommes concernés qui suivent un traitement.

Certains freins persistent : la crainte d'effets secondaires (69 %) et le prix élevé des médicaments (47 %). Plus de deux tiers des hommes interrogés déclarent qu'ils pourraient avoir recours au traitement si le prix du comprimé diminuait de moitié. En effet, ces médicaments de la classe des IPDE5 ne sont pas remboursés par la Sécurité Sociale.

Pour répondre à cette attente, Bayer confirme aujourd'hui son engagement en santé de l'homme à travers une **baisse de prix de 50% du prix fabricant hors taxes (PFHT) sur son médicament Levitra® 10 mg**. Cette décision témoigne de l'importance que ce laboratoire accorde à la prise en charge de la dysfonction érectile. En effet, il permet de rendre plus accessible un traitement efficace à un grand nombre de patients et met l'accent sur le bon usage du médicament en offrant une solution à la pratique observée du fractionnement des comprimés.

D'après une conférence de presse de Bayer Schering Pharma

**Le Professeur ALBERT NETTER a eu 100 ans
ce 8 Juin 2010!**

Cet anniversaire, émouvant, familial et intime, nous remémore le visionnaire qu'il fut, avec sa femme Alice Lambert-Netter, qui l'a accompagné, stimulé, encouragé, et qui a disparu en Décembre 2003

Dès 1950, avec son ami, le Professeur René Musset, l'un Médecin-Endocrinologue, l'autre Chirurgien- Obstétricien, ils ont imaginé, défini, prévu, la GYNÉCOLOGIE du 21^{ème} siècle, tant MÉDICALE que CHIRURGICALE, et ce magistralement.

Des Dysgénésies Gonadiques aux Malformations Utérines, des Gonadotrophines Humaines à la 1^{ère} Banque de Sperme, de l'Hôpital Necker, de la Génétique de l'Ovaire Polykystique aux Signes Indirects de l'ADÉNOMYOSE EN HYSTÉROSALPINGOGRAPHE, de la contraception oestroprogestative, et/ou progestative, à la Fécondation *in vitro*, de l'Interruption Volontaire de Grossesse aux DROITS des FEMMES, aucun sujet n'a été oublié, et au contraire tous ont été examinés, imaginés, prévus!!

Fondateur de la GYNÉCOLOGIE MÉDICALE, il créa avec Alice Lambert-Netter, et quelques uns de ses élèves, la SOCIÉTÉ EUROPÉENNE DE GYNÉCOLOGIE. Ils acceptèrent que leurs Journées, perdurent dans les Journées Albert Netter de la SEG

Quelle leçon de modestie, pour nous ses élèves!

*Clara Pelissier-Langbort
Présidente de la SEG.*

Happy birthday to you, Albert !!



Mr et Mme Netter

Parmi les 14944 centenaires que compte la France en 2010, il en est un tout particulièrement cher au cœur des gynécologues, Albert Netter. Fondateur de la gynécologie médicale à la française, il est de ces personnalités mythiques qui ont marqué leur époque... et leurs élèves, suivant les congrès jusqu'à un âge « honorable ». Il vient d'avoir 100 ans et c'est un grand plaisir pour RéfleXions en Gynécologie-Obstétrique de lui souhaiter ici un **très bon anniversaire !** et de le remercier très respectueusement pour sa contribution majeure à l'endocrinologie gynécologique.

Visionnaire, il fut européen avant l'heure créant dès 1992 la Société Européenne de Gynécologie avec son épouse, le Docteur Alice Lambert-Netter, décédée en 2003. Les Journées Albert Netter de la Société Européenne de Gynécologie sont maintenant organisées successivement dans les différents pays Européens, sous l'impulsion généreuse de Clara Péliissier. Cette année, les Journées Albert Netter, associées aux Journées Européennes de la Société Française de Gynécologie, auront lieu les 13 et 14 octobre 2010 à la Maison de la Chimie, à Paris : (<http://www.sfgparis2010.com/ANetter/accueil.php?lang=fr>) sur le thème « la Recherche en Gynécologie en Europe ». Y seront, particulièrement développés les travaux des 2 lauréats du Prix Alice et Albert Netter et du Prix Spécial du Jury, obtenus à Rome, lors du 8^{ème} Congrès de la Société Européenne de Gynécologie.

C. Azoulay, MGEN, Paris

R E N C O U T R E S . . .

**Replens® (Codépharma), gel vaginal hydratant et lubrifiant
contre la sécheresse vaginale**

Replens® est le seul gel vaginal muco-adhésif à action prolongée qui agit non seulement par une **lubrification immédiate mais également par une hydratation prolongée** en profondeur de la paroi vaginale.

Replens® a un mode d'action unique, lié à son composant principal : un polycarbohydre saturé en eau qui adhère comme un film à la paroi vaginale et diffuse de façon constante l'eau qu'il contient. Avec **une seule application tous les 3 jours**, Replens® va ainsi restaurer le tropisme de la paroi vaginale et sa physiologie naturelle.

L'efficacité de Replens® a été évaluée dans plusieurs essais thérapeutiques, qui ont permis de montrer que Replens® améliorerait de façon rapide et durable les signes de sécheresse vaginale chez les femmes naturellement ou artificiellement ménopausées à la suite du traitement d'un cancer hormono-dépendant (sein ou endomètre). L'objectivation des effets de Replens® portait sur l'amélioration de l'ensemble des symptômes (irritation, démangeaisons, dyspareunie) ainsi que des signes cliniques de l'atrophie vaginale et le niveau de pH. L'efficacité de Replens®, le gel hydratant le plus étudié au travers d'études cliniques, était équivalente à une crème vaginale estrogénique.

Efficacité, naturalité et adéquation à toutes les situations cliniques à l'origine de la sécheresse vaginale, expliquent que Replens® soit devenu **le gel hydratant vaginal le plus utilisé au monde.**

Replens® se présente sous forme d'**applicateurs pré-remplis** facilitant ainsi la prise du produit et les conditions d'hygiène associées.

Replens® est vendu en pharmacie en boîtes de 8 applicateurs unidoses pré-remplis au prix moyen de 16 €.

J.H., d'après une conférence de presse de Codépharma

**Du nouveau dans l'électrostimulation péritonéale
à domicile : Keat Pro®**

La gamme Keat® s'enrichit d'un nouveau venu avec Keat Pro®, un nouveau dispositif d'électrostimulation périnéale à domicile, conçu pour une meilleure coordination entre la rééducation encadrée et l'auto-rééducation.

Mis au point avec des professionnels de l'électrostimulation et de la rééducation péritonéale, Keat Pro® a la particularité de disposer d'une sonde détachable qui peut également être branchée sur les appareils d'électrostimulation professionnels lors de séances d'éducation thérapeutique au début d'une rééducation ou lors de séances d'évaluation au cours d'un traitement d'entretien.

L'innovation technologique de Keat Pro® est son stimulateur miniaturisé qui possède 3 programmes permettant de traiter les 3 types de fuites urinaires : effort, impériosité et mixte.

Tout comme celle de Keat®, l'utilisation de Keat Pro® reste très simple pour faciliter son utilisation à domicile. Le stimulateur se recharge en 2 minutes seulement et le boîtier ne nécessite pas de branchement de secteur. L'intensité est réglable en cours de séance et chaque programme peut être stoppée lorsque l'utilisatrice le souhaite.

Le dispositif Keat Pro® est disponible en pharmacie et remboursé sur prescription médicale sur la base LPPR de 304,90 € au prix conseillé.

J.H., d'après une conférence de presse de Codépharma