

# Brèves du Collège

C N G O F

Collège National des Gynécologues  
et Obstétriciens Français  
91 boulevard de Sébastopol - 75002 Paris  
www.cngof.fr • cngof@cngof.fr

MAI 2020 - N° 57

## La gynécologie-obstétrique à l'ère du covid-19

À la mémoire du Dr Jean-Marie Boegle

**A** lors que le coronavirus a violemment frappé la France imposant un confinement depuis le 17 mars, nous avons souhaité refondre ce numéro des Brèves initialement dédié au bilan des journées PSF 2020.

Rappelons que notre pays a été touché en 1918 par la grippe espagnole puis, en 1969, par la grippe de Hong Kong qui a provoqué 40 000 morts en France. Par ailleurs, nous avons déjà vécu deux épidémies liées au coronavirus : en 2002 (SRAS) et en 2012 (MERS-CoV).

La pandémie de covid-19 liée au coronavirus SARS-CoV-2, apparue à l'ère des réseaux sociaux, a et aura d'importantes conséquences sur notre pratique professionnelle et, à n'en pas douter, sur notre vie personnelle.

Il faut rendre hommage aux sociétés savantes (notamment le CNGOF, le CFEF, la SFMP, le CNEGM, la SCGP et la SFOG) qui ont diffusé extrêmement rapidement des recommandations touchant tous les domaines de la gynécologie-obstétrique (prise en charge aux urgences maternité d'une patiente suspectée de positivité au covid-19; pratique de la chirurgie gynécologique oncologique et non oncologique; pratique des échographies obstétricales et fœtales; prise en charge des IVG et gestion des risques thromboemboliques veineux chez les femmes covid-19+ non hospitalisées utilisant un traitement hormonal).

[Suite page 2](#)

## éditorial



Philippe Descamps  
Rédacteur en chef

## Nouveau secrétaire général du CNGOF en charge de l'obstétrique

**L'**exercice demande de se plier aux règles et notamment à celle de la présentation. Pourquoi pas ? Je ne suis pas taiseux, certains diront un peu taciturne tout de même ; probable traïséquelle de mes racines savoyardes. Aujourd'hui c'est réglé, je ne parlerai pas mais vous me lirez ; alors tant pis si le ton n'est pas le bon. Prenez ou laissez !



Cyril Huissoud

Il me faut commencer par vous dire : je ne crois pas au Kairos. Ou du moins pas comme « lui » : je ne le saisis pas, même si le Kairos, au contraire, parfois m'a saisi. L'allusion aristotélicienne, référence facile au Président français, ne vaut rien d'autre qu'un clin d'œil amical à Joëlle Belaisch-Allart qui se réfère dans ce même numéro à l'un de ses prédécesseurs à la présidence... de notre collège !

Restons simples et soyons lucides, les postes de secrétaire du collège n'ont rien d'honorifiques. Et il en va du versant obstétrical comme de son pendant gynécologique, le travail y est important, même prenant et je dois avouer que, de ma vie nouvelle (parce que je suis né de nouveau) je n'avais plus rien ambitionné d'autre que des bonheurs tranquilles que la vie parfois nous livre dans une simplicité mystique.

Alors c'est vrai que je me suis hâté lentement pour proposer ma candidature au poste de secrétaire du CNGOF. J'ai probablement ainsi usé un peu la patience de mes amis, en particulier celles d'Israël Nisand et de Philippe Deruelle. Je m'en excuse auprès d'eux, et ne m'en expliquerai pas plus auprès des autres ; sinon peut-être en avouant qu'honorer un tel engagement ne pouvait se concevoir sans avoir du temps. Et le temps manque. Souvent.

[Suite page 3](#)

## Certains rêvent d'être présidents devant leur miroir...

*Les lignes ci-dessous ont, bien entendu, été écrites avant que l'ouragan du covid ne vienne bouleverser nos vies et celles de nos patientes. Après cette si difficile période, le ciel s'éclaircit enfin, les activités reprennent (trop ?) timidement et la vie reprend peu à peu des couleurs plus agréables ; d'où la décision de maintenir ce message.*

**J**e n'ai jamais eu l'outrecuidance de me voir en présidente du CNGOF mais... certains d'entre vous ont eu cette vision et m'ont encouragé



Joëlle  
Belaisch-Allart  
Présidente élue  
du CNGOF

ragée à me présenter, soulignant que ce qui m'apparaissait comme des points négatifs — voire des obstacles (être PH en hôpital général, être une femme dans un conseil d'administration très masculin) — pourrait au contraire être vécu comme un signal fort sur l'ouverture et l'évolution du Collège.

Être président(e) du Collège est une lourde tâche, impressionnante même, mais je sais que je pourrai compter sur les secrétaires généraux passés et à venir, le président passé, [Suite page 3](#)

L'Agence de la biomédecine a également publié des recommandations imposant l'arrêt total des activités d'assistance médicale à la procréation (AMP).

Ainsi, l'AMP et les actes de chirurgie gynécologique non oncologique ont été totalement interrompus, mais notre corporation a, bien évidemment, maintenu la pratique des échographies et des consultations obstétricales, des urgences, des accouchements, des IVG, et de la chirurgie gynécologique cancérologique et d'urgence.

Il faut rendre hommage au courage de chacun des membres du service de santé public, privé ou militaire, en rappelant qu'au moins 25 soignants ont succombé des suites du covid-19. Nous avons une pensée particulière pour notre collègue, le Dr Jean-Marie Boegle, gynécologue-obstétricien exerçant depuis 35 ans à la clinique du Diaconat-Fonderie à Mulhouse, qui est décédé le 22 mars dernier à l'âge de 66 ans dans l'exercice de ses fonctions. Ce numéro des *Brèves du Collège* lui est dédié.

Nous pensons également à nos collègues gynécologues-obstétriciens qui, ayant une activité réduite, se sont spontanément et bénévolement tournés vers les services de réanimation pour renforcer ou soutenir les équipes, ou remplacer des confrères malades ou à risque de développer des formes graves.

Au regard de l'évolution de la situation depuis le début de cette crise sanitaire majeure, nous pouvons d'ores et déjà tirer les conclusions suivantes.

### 1. L'entraide et la solidarité

Il faut souligner l'excellente collaboration entre les différents partenaires du monde de la santé, mais aussi l'effort et l'inventivité de certains industriels, ingénieurs et chefs d'entreprise qui ont converti en un temps record leur chaîne de production pour se mettre au service de la médecine : fabrication de masques, de solutions hydro-alcooliques, de respirateurs et autres pièces nécessaires à la ventilation. Sans oublier les particuliers, les restaurateurs, les boulangers et autres chocolatiers qui, avec une inventivité et une générosité sans bornes, ont tenté d'adoucir le quotidien des soignants.

Cette crise aura également, une fois n'est pas coutume, fédéré les médecins et l'ad-

ministration qui ont parfaitement assumé leurs fonctions respectives. Espérons que le message sera reçu et qu'à l'avenir les médecins seront plus impliqués dans la gestion des hôpitaux, limitant la centralisation souvent excessive imposée jusqu'alors par les ARS et les directions hospitalières.

Il faut également souhaiter que les promesses du président Macron soient honorées à l'issue de la crise, et que des moyens conséquents soient alloués pour remettre en ordre de marche un système de santé terriblement affaibli au cours des 30 dernières années. Aucun professionnel de santé n'a oublié les demandes répétées et les signaux d'alarme qui ont été émis durant les mois précédant la pandémie, sans réponse adaptée de la part des pouvoirs publics.

### 2. Le déconfinement progressif instauré à partir du 11 mai

Pour les gynécologues, on peut penser que la reprise sera différente selon le secteur d'activité. S'il est évident que l'obstétrique ne subira pas de modifications, il n'en sera pas nécessairement de même pour les autres activités de notre spécialité. Pour l'heure, on ne sait pas si les services d'AMP reprendront, même si on espère que ce sera début juin.

Concernant la chirurgie gynécologique, les choses ne seront pas forcément plus simples. En effet, on peut craindre une embolisation des agendas lorsque les plages opératoires seront rouvertes, un épuisement des équipes d'anesthésistes-réanimateurs qui auront été mises à rude épreuve dans plusieurs régions par cette crise sanitaire, voire une raréfaction des curares et du propofol. Par ailleurs, on peut penser que certaines chirurgies devront être prioritaires à l'échelle d'un établissement. Il est aisé de comprendre que le remplacement d'une valve aortique ou une endoprothèse vasculaire seront considérés comme plus urgents qu'une cure de prolapsus ou une chirurgie d'incontinence urinaire...

Certaines patientes préféreront d'elles-mêmes attendre pour se faire opérer par crainte d'une contamination ou en raison de la reprise de leur activité professionnelle, voire pour des raisons économiques malheureusement prévisibles. Les recommandations de la SCGP et de la SFOG en prévision de la reprogrammation sont publiées dans ce numéro des *Brèves*.

Enfin, il ne faut pas oublier la formation des étudiants en médecine, des sages-femmes,

des internes et des chefs de clinique, qui aura été amputée par la réduction drastique de l'activité, les stages décalés et les diplômes d'université annulés, même si leur rôle et leur dévouement exceptionnel ont été reconnus par tous dans la gestion de la crise.

### 3. Le changement attendu de nos pratiques professionnelles

Le développement de la téléconsultation a permis de gérer de nombreux problèmes médicaux dans notre spécialité sans que les patientes n'aient à se déplacer et ne doutions pas que cette évolution perdurera au-delà de cette crise.

Les congrès seront à l'évidence modifiés à l'avenir dans une réflexion écoresponsable, et il est probable qu'un certain nombre d'orateurs ne se déplaceront plus et assureront leur conférence par vidéoconférence.

De même, depuis le début de la crise, nous avons vu fleurir de nombreux webinaires qui permettent de suivre l'actualité gynécologique sans avoir à quitter son bureau ou son domicile. Cette intéressante alternative de formation médicale continue sera vraisemblablement poursuivie à l'avenir.

Enfin, dans le domaine de la recherche, il a été possible de démarrer en quelques jours des études de cohortes ou des essais randomisés contrôlés, alors que plusieurs mois étaient jusqu'alors nécessaires pour en obtenir les autorisations. Plusieurs études ont débuté dans notre spécialité. Nous avons assisté à une efflorescence d'articles dans des revues à *impact factor* élevé, toutes consacrées aux conséquences du coronavirus. Cette frénésie de publications montre bien que nous avons tout à apprendre des mystères de ce virus, quelle que soit notre spécialité...

Pour conclure, je reprendrai les mots utilisés par le président Macron le 13 avril dernier : « **Solidarité, Prévention et Résilience** », qui doivent à l'évidence guider nos actions dans les jours et les mois à venir.

Bon courage à toutes et à tous, prenez soin de vous et de vos proches.

**Philippe Descamps**, Rédacteur en chef  
(Éditorial publié dans le numéro 425 de la *Lettre du Gynécologue*, avril-mai 2020)

## Certains rêvent d'être présidents devant leur miroir... suite

pour m'aider à faire perdurer et même croître le rayonnement du Collège, nos Journées devenues le plus grand congrès français Pari(s) Santé femmes, l'Académie d'excellence, les recommandations pour la pratique clinique et, plus généralement, pour continuer dans la lignée des présidents précédents à faire du CNGOF LA société représentant les gynécologues et les obstétriciens de France. J'aurai à cœur de porter haut et fort les couleurs du CNGOF auprès des pouvoirs publics, des médias et de tous nos collègues en France et à l'étranger.

Fille et femme de médecins libéraux, je connais bien la médecine de ville, fille de gynécologue médical, longtemps secrétaire puis présidente d'une société mixte — la Société Française de Gynécologie — je connais bien la gynécologie médicale. Pratiquant l'assistance médicale à la procréation depuis ses débuts, d'abord à l'hôpital Béchère puis à Sèvres et enfin à Saint-Cloud, je connais bien ce domaine qui fait actuellement beaucoup parler. Dirigeant une maternité de près de 3 000 naissances, je ne connais que trop bien les difficultés des hôpitaux et, pour les points que je connais moins, je sais que je pourrai m'appuyer sur le bureau, le conseil d'administration, les commissions, les responsables de mission.

Cette collégialité est la force de notre Collège, il faut absolument la maintenir et je m'y engage.

Notre Collège n'est certes pas un syndicat mais il se doit, comme l'a fait Israël Nisand, de défendre notre profession injustement attaquée ces derniers temps.

Avec les deux nouveaux secrétaires généraux Pierre Collinet et Cyril Huissoud, nous nous engageons dans une aventure impressionnante mais passionnante, et nous ferons tout notre possible pour être à la hauteur du trio précédent que l'on ne peut que féliciter chaleureusement pour leur investissement et leurs résultats. Bravo Israël, bravo Philippe, bravo Olivier, donnez-nous toutes vos recettes !

Très amicalement à tous les gynécologues-obstétriciens et gynécologues médicaux de France et de Navarre.

**Joëlle Belaisch-Allart,**  
Présidente élue du CNGOF

## Nouveau secrétaire général du CNGOF, suite

Malheureusement, chacun d'entre nous éprouve, invariablement à son poste, ce temps qui manque. L'argument donc ne tenait pas. Le temps ne faisant rien à l'affaire (les candidats ne se bousculant pas...), il n'y avait dès lors plus aucune mauvaise raison pour ne pas se lancer, mais plutôt que des bonnes. La meilleure étant certainement celle de servir, même modestement, ses pairs, la communauté des gynécologues-obstétriciens, et plus indirectement peut-être nos patientes qui restent au cœur de mes préoccupations.

Seulement voilà ! Succéder à Philippe Deruelle est une gageure. La lourdeur de la tâche aura même rebuté je crois de meilleurs, de plus travailleurs et de plus ambitieux que moi parce qu'en soutien des présidents auprès desquels il a œuvré pour servir (Francis Puech, Bernard Hédon et aujourd'hui Israël Nisand), c'est peu dire que Philippe s'est engagé avec une vigueur et une énergie peu communes. Sans palinodie mais avec le souci d'équilibrer écoute et conviction, Philippe a fait avancer notre spécialité par une implication sans faille dans les nombreuses missions et commissions rattachées à son poste. Son investissement, qu'une disponibilité de chaque instant aura mis à forte contribution, a servi notre Collège et les patientes avec force justesse et un sens certain de la diplomatie. Bref, quand Philippe n'était pas à la hauteur, c'est qu'il était au-dessus.

Dans quelque temps, avec le nouveau bureau et les membres du conseil d'administration, il faudra assurer seul, en entendant les forces de la raison et du discernement.


Les tâches sont donc importantes et dans bien des domaines la période s'ouvre sur de nombreuses incertitudes. Une chose en revanche est à peu près acquise : à « la reprise » nos forces vives seront à nouveau attaquées, par des activistes médiatiques en mal de notoriété avec une véhémence que le confinement robotique aura revigorée. Ainsi, d'autres stipendiés feront encore la chaffemite au plus haut niveau pour faire valoir leurs intérêts au risque de piétiner ceux des femmes et des enfants que nous devons défendre. Autrement dit, le ver démagogique sera encouragé encore à s'épanouir dans l'esprit du public tant l'hubris idéologique radical est installé dans la société de l'immédiateté et de la vindicte sans preuve.

Parce que nous refusons justement toute forme de corporatisme idéologique et d'immobilisme velléitaire, notre société savante ne saurait être le séide de ses propres certitudes. L'introspection entreprise par le Collège est appelée à se poursuivre et à s'intensifier. J'y veillerai avec vous. Elle doit s'inscrire aussi dans les autres actions menées pour consolider notre institution et marquer son implication dans l'évolution d'une société qui ne doit pas renier non plus ni son héritage ni son ADN.

Ce travail singulier conduit depuis plusieurs années est fondateur nul n'en doute. Nous le devons à chacun d'entre vous mais plus particulièrement à Bernard, Israël, Philippe et Olivier que je remercie pour les œuvres accomplies et, au passage, pour la confiance qu'ils m'ont accordée.

**Cyril Huissoud,** Secrétaire général du CNGOF en charge de l'obstétrique

## Covid-19

n nouveau coronavirus (SARS-CoV-2) mis en évidence en fin d'année 2019 en Chine se diffuse à travers tous les continents.

Le plus souvent à l'origine d'un syndrome infectieux sans gravité, associant à différents degrés des symptômes bénins (fièvre, toux, myalgies, céphalées et éventuels troubles digestifs), le covid-19 peut être à l'origine de pathologies pulmonaires graves et parfois de décès.

Les données sur les conséquences pendant la grossesse sont limitées. Les premières données chinoises publiées semblent montrer que les symptômes initiaux chez les femmes enceintes sont les mêmes que ceux de la population générale, mais le débat persiste pour savoir si le risque de forme grave est plus

important. Une prématurité induite et des cas de détresse respiratoire chez les nouveau-nés de mères infectées ont été décrits.

La grossesse est connue comme une période plus à risque pour les conséquences des infections respiratoires, comme pour la grippe, il est donc important de dépister le covid-19 en présence de symptômes et de surveiller de façon rapprochée les femmes enceintes infectées.

Dans ce contexte d'épidémie de covid-19, une proposition de prise en charge des femmes enceintes a été élaborée. Elle est disponible sur le site du CNGOF. Ces recommandations sont actualisées très régulièrement en fonction de l'évolution des connaissances de la maladie et de la situation épidémique.

**Olivier Picone**



## Chirurgie gynécologique en période covid - Recommandations de sortie de crise

La version complète de ce texte détaillant l'installation, les protections en salle d'opération, le réglage des bistouris et les modes de suture peut être consultée sur le lien : [COVID-et-deconfinement.pdf](#) ainsi que sur le site de la SCGP ([www.scgp-asso.fr](http://www.scgp-asso.fr))

La fin de l'épidémie n'est actuellement pas prévisible et impose de définir des recommandations pouvant être conservées jusqu'à la fin de l'année 2020. Cette crainte est alimentée par les données chinoises sur la surmortalité en période d'épidémie, et ceci quel que soit le statut covid (1).

On pourrait résumer la problématique d'une phrase lapidaire : « *tout le monde est covid+ jusqu'à preuve du contraire* ».

À court terme, dans la discussion du déconfinement, il est nécessaire de s'adapter à l'environnement sanitaire régional, à la disponibilité du personnel médical et non médical, aux ressources d'équipements, ce qui implique que les recommandations émises devraient être adaptées. C'est le rôle de la SCGP face au souhait des ARS de définir une politique de sortie de crise. Une stratégie nationale de dépistage des patientes vis-à-vis du covid-19 doit être préconisée avant la prise en charge de leur pathologie gynécologique, bénigne ou maligne, pour à la fois les protéger d'une forme sévère de covid-19 et protéger les équipes soignantes.

De plus, la prudence doit s'imposer, car la vérité de ce jour ne sera pas obligatoirement celle des prochaines semaines.

### La salle d'opération

Les hygiénistes et la SFAR (2) s'appuient sur les recommandations du Haut conseil de la santé publique qui conseille de maintenir la ventilation de la salle d'opération en surpression. Le risque de disséminer du virus dans les couloirs est très faible parce que l'air des salles est renouvelé 15 fois par heure. Si on attend 5 minutes avant d'ouvrir les portes après l'intubation ou l'extubation, le risque paraît acceptable. Il faut limiter les entrées et sorties de la salle d'opération. Par contre, il faut extuber en salle d'opération plus qu'en salle de réveil qui n'est pas ventilée.

### Cœlioscopie ou laparotomie

Les recommandations de l'ESGE (3) gardent une place à la laparotomie quand il existe un risque de plaie digestive ou une chirurgie complexe.

La cœlioscopie a l'avantage de meilleures conditions de ventilation postopératoire chez des patientes fragiles. La cœlioscopie doit rester la voie d'abord de référence toutes les fois que cela est possible par opposition à la laparotomie. Les risques possibles, mais non confirmés, peuvent être prévenus par une technique adéquate.

Pour contre-indiquer la cœlioscopie, la bonne raison serait de contre-indiquer l'anesthésie générale. La question posée est celle du risque lié à l'intubation qui semble aggraver la maladie respiratoire et qu'il semble souhaitable d'éviter

chez certaines de ces patientes. Cette discussion se fait au cas par cas avec l'équipe d'anesthésie et de réanimation. En situation d'urgence chirurgicale absolue (GEU rompue avec instabilité tensionnelle), une laparotomie peut être discutée. Dans les situations d'urgence relative, anémie due à des ménorragies par exemple, l'intervention peut souvent être différée de quelques jours jusqu'à la guérison de la maladie covid. Mais un grand nombre d'hystérectomies vaginales ou de gestes d'hystéro-résection sont réalisables avec une anesthésie locorégionale. La concertation avec l'équipe d'anesthésie reste la clé de cette question comme la discussion dans l'équipe chirurgicale pour que le chirurgien le plus habitué à une voie d'abord officie.

### Les perspectives de sortie de crise et les modalités de reprogrammation

La prévention du risque est déterminée par un interrogatoire (score à valider dans le futur), un test PCR, éventuellement couplé à un scanner thoracique puis, dans les jours ou semaines à venir, aux sérologies, en fonction des disponibilités logistiques de chaque centre et, peut-être, l'échographie pulmonaire.

L'information des patientes sur le contexte pathologique, la balance risque/bénéfice, l'existence d'une liste d'attente liée à la priorisation de certaines pathologies sont le préalable indispensable.

Pour les chirurgiens, surtout libéraux, un contact avec leur assureur afin de confirmer qu'ils sont effectivement couverts paraît indispensable.

Une « cellule de crise » validant les programmes opératoires afin d'éviter des surcharges d'interventions pouvant être différées est à mettre en place au niveau de chaque bloc opératoire.

### Deux situations, selon le statut covid-19

Il convient d'instaurer dans les blocs opératoires un circuit pour les patientes positives et dont la prise en charge chirurgicale ne peut être différée.

### La patiente est covid-positif

L'indication ne relève que de l'urgence non différable.

- Aspiration pour fausses couches.
- IVG même si on doit privilégier les méthodes médicales en évitant de se retrouver hors délais.
- Grossesse extra-utérine à traiter par cœlioscopie ou méthotrexate en fonction des indications qui ne changent pas.

- Torsion d'annexes.
- IGH traitées par ponction-évacuation sous contrôle échographique ou cœlioscopie en fonction de la situation clinique.

### L'indication relève de l'urgence différable

- Saignements utérins avec anémie (Hb < 10 g/l) nécessitant une hystérectomie opératoire, une hystérectomie, voire une embolisation en l'absence de désir ultérieur de procréation ou un traitement médical par agonistes et supplémentation en fer.

Dans toutes ces situations, privilégier l'ALR quand cela est possible.

Les autres indications opératoires vont dépendre de la pathologie et du temps acceptable pour différer la prise en charge (maximum 4 semaines dans la majorité des cas).

La reprise de l'activité chirurgicale dépendra des contraintes matérielles, drogues anesthésiques, matériels de ventilation et d'habillement des chirurgiens, etc.

### La patiente est covid-négative ou supposée

- Les cancers (en différant si possible l'intervention par l'instauration ou le prolongement d'une chimiothérapie uniquement quand celle-ci est indiquée), si le pronostic est bon et/ou si la chirurgie est le meilleur traitement et/ou si le fait de différer l'intervention est une perte de chance. Nous devons statuer sur l'indication opératoire après concertation multidisciplinaire (RPC) et en lien avec les recommandations des sociétés de cancérologie et celles de l'Institut national du Cancer (4). Ce n'est qu'en cas de difficultés d'accès au bloc opératoire du fait d'une structure saturée par les patients covid-19 qu'une adaptation de la prise en charge peut être proposée (5). L'absence de prise en charge d'une patiente atteinte de cancer est plus délétère qu'une prise en charge adaptée aux ressources médicales existantes.

La réalisation de registre de suivi des patientes est en cours (5).

- Pour la chirurgie robotique, le cadre de suivi des recommandations est identique et doit surtout être en lien avec les autres spécialités utilisant le robot (6).
- La chirurgie oncologique du sein sans reconstruction.
- Les pathologies anémiantes avec inefficacité du traitement médical.

Suite page suivante

## Chirurgie gynécologique en période covid... suite

- Les pathologies suspectes de néoplasie nécessitant une conisation, une hystérocopie, une coelioscopie (chirurgie annexielle).
- Les pathologies douloureuses et résistantes au traitement médical (endométriose).
- La question de la chirurgie d'infertilité pour les femmes d'âge > 38 ans (hystérocopie, coelioscopie) doit être à mettre en parallèle avec la possibilité de reprendre les traitements d'AMP.
- L'urogynécologie est probablement à décaler hormis le cas des prolapsus invalidants (Stade IV).

Dans toutes les situations, covid+ ou covid-, si la patiente refuse la proposition thérapeutique, il apparaît nécessaire, à défaut de faire signer

une lettre de refus, de tracer le désir de ne pas recevoir de soins au moment où celui-ci lui a été proposé.

Ces recommandations de sortie de crise ou de déconfinement ont pour but de relancer une activité chirurgicale pour limiter les pertes de chance thérapeutique et éviter d'observer un impact négatif en santé publique dû à l'absence des traitements jugés nécessaires.

**Michel Canis, Philippe Descamps,  
Gil Dubernard, Jean-Philippe Estrade,  
Hervé Fernandez, Pascal Mourtialon**

### Références

1. Lei S, Jiang F, Chang Chen WS et al; Clinical characteristics and outcomes of patients undergoing surge-

ries during the incubation period of Covid-19 infection. <https://www.journals.elsevier.com/eclinicalmedicine>

2. [www.star.org/recommendations](http://www.star.org/recommendations)
3. [www.esge.org/recommendations](http://www.esge.org/recommendations)
4. Lavoué V et al, Management of epithelial cancer of the ovary, fallopian tube, primary peritoneum. Long text of the joint French clinical practice guidelines issued by FRANCOGYN, CNGOF, SFOG, GINECO-ARCAGY, endorsed by INCa. (Part 2: systemic, intraperitoneal treatment, elderly patients, fertility preservation, follow-up). *J Gynecol Obstet Hum Reprod*, 2019, 48(6): p. 379-386.
5. Akladios C et al, Recommendations for the surgical management of gynecological cancers during the COVID-19 pandemic - FRANCOGYN group for the CNGOF. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*, 2020: p. 101729.
6. Kimmig R et al, Robot assisted surgery during the COVID-19 pandemic, especially for gynecological cancer: a statement of the Society of European Robotic Gynaecological Surgery (SERGS). *J Gynecol Oncol*, 2020.

## Chirurgie onco-gynécologique et covid-19

La pandémie de covid-19 a forcé à réorienter brutalement notre système de santé vers la prise en charge des patients atteints de cette infection. Cette situation impose des contraintes fortes pour la prise en charge des pathologies courantes, notamment les cancers. Une grande majorité d'entre eux, dont les tumeurs gynécologiques, nécessitent un recours à la chirurgie. Tout l'enjeu actuel pour ces patientes est de ne pas leur faire perdre de chance vis-à-vis du cancer sans faire courir de sur-risque lié au covid-19.

### Comment éviter la perte de chance pour les patientes atteintes de pathologie oncologique gynécologique ?

Chaque fois que cela est possible, il convient de recourir au maximum aux prises en charge standard pour chaque cancer, que ce soit pour le diagnostic ou la prise en charge curative, et ceci sans délai. Ce n'est qu'en cas de difficultés d'accès au bloc opératoire, du fait d'une structure saturée par les patients covid-19, qu'une adaptation de la prise en charge peut être proposée, selon les alternatives suggérées dans la publication d'Akladios *et al.* (1). En effet, l'absence de prise en charge d'une patiente atteinte de cancer est plus délétère qu'une prise en charge adaptée aux ressources médicales existantes.

Ainsi, pour le cancer du col de l'utérus, l'intérêt des chirurgies de stadification ganglionnaire doit être revu au cas par cas en fonction du terrain, des résultats des examens d'imagerie et du stade de la maladie.

Pour le cancer de l'ovaire de stade avancé, l'utilisation de la chimiothérapie néo-adjuvante pour surseoir à un geste opératoire lourd, même permettant de rendre un résidu tumoral nul, est tout à fait légitime.

Pour le cancer de l'endomètre de bas risque ou risque intermédiaire, dont le terrain est souvent associé à des co-morbidités, la voie mini-invasive coelioscopique, robot-assistée ou non, est la voie d'abord à privilégier. Par ailleurs, différer la chirurgie de 8 semaines ne semble pas être préjudiciable à la patiente en termes de perte de chance oncologique (2).

Pour les cancers de l'endomètre de haut risque, relevant d'une stadification par curages pelviens et lombo-aortique, l'utilisation de l'algorithme du MSKCC (associant TEP TDM et procédure du GS) afin d'omettre les curages est à discuter en fonction des co-morbidités.

À noter, selon le principe de précaution, en cas de patiente covid-19-positif, il convient de différer la prise en charge chirurgicale et tout autre traitement oncologique d'au moins 15 jours.

### Quelle stratégie de dépistage préopératoire des patientes vis-à-vis du statut covid-19 ?

L'immense majorité des patientes en préopératoire est de statut covid-19 inconnu. À ce jour, beaucoup de centres adoptent un principe de précaution systématique chez les patientes de statut covid-19 inconnu en mettant en place les mesures barrière au bloc opératoire. Cependant, une stratégie de dépistage préopératoire covid-19 serait pertinente (3). Elle peut reposer sur l'interrogatoire à la recherche de symptômes, +/- la PCR, +/- le scanner thoracique low dose, +/- la sérologie... Comme elle n'est pas uniciste, elle devrait être validée au niveau national. Ce dépistage préopératoire va devenir nécessaire, surtout lors du déconfinement prévu et la remontée en charge des activités de bloc opératoire. En effet, le déconfinement va potentiellement faire circuler à nouveau le virus covid-19.

### Place de la téléconsultation en onco-gynécologie

La téléconsultation est un outil intéressant pour éviter le déplacement des patientes et donc le risque de contagion au covid-19. En pré-thérapeutique, la téléconsultation peut être utilisée comme premier contact avec les patientes pour « trier » les patientes qui doivent être vues physiquement en consultation et donc diminuer le nombre de patientes qui doivent se déplacer, ou encore prescrire les examens complémentaires nécessaires en fonction des symptômes avant de voir physiquement la patiente et donc diminuer le nombre de venues à l'hôpital d'une patiente. Concernant le suivi ou encore la consultation post-opératoire, la téléconsultation est également utile pour éviter le déplacement des patientes. Sur le long terme, il faudra en mesurer l'effet sur la qualité du suivi et de la prise en charge.

**En conclusion**, devant cette crise sanitaire extraordinaire, l'inquiétude de la perte de chance pour les patientes atteintes de cancer gynécologique est réelle et un registre a été mis en place ([site internet SCGP, enquête FRANCOGYN](#)) afin que la prise en charge de ces patientes puisse être enregistrée par les professionnels de santé.

**Vincent Lavoué**  
pour FRANCOGYN, CNGOF, SCGP

### Références

1. Akladios C, et al, Recommendations for the surgical management of gynecological cancers during the COVID-19 pandemic - FRANCOGYN group for the CNGOF. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*, 2020: p. 101729.
2. Shalowitz, D.I., et al., Survival implications of time to surgical treatment of endometrial cancers. *Am J Obstet Gynecol*, 2017, 216(3): p. 268 e1-268 e18.
3. Lavoué, V., et al., Onco-gynecologic surgery in the COVID-19 era: Risks and precautions — A position paper from FRANCOGYN, SCGP, SFCO, and SFOG. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. In press, 2020.

## Position du CNGOF sur la présence d'un accompagnant en maternité dans le contexte de covid-19

La survenue brutale de la crise sanitaire a amené les hôpitaux à interdire les visites dans tous les services. Pour la situation particulière des maternités, la présence d'un accompagnant s'est vue limitée à la seule période de l'accouchement et des deux heures du post-partum (*position du CNGOF du 27 mars 2020*). Si cette décision semblait acceptable au moment le plus aigu de la crise sanitaire, il apparaît aujourd'hui difficile, alors que se prépare le déconfinement et que la situation s'est stabilisée avec une circulation moindre du virus, de garder la même doctrine.

La particularité qu'est l'événement de vie que représente une naissance, l'importance pour un couple de préparer ensemble les différents temps qui la précèdent et qui la suivent et le nécessaire accompagnement autour des enjeux psychiques de la périnatalité, amènent le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français à faciliter la présence de l'accompagnant auprès des femmes enceintes dans les maternités françaises sous réserve de la possibilité de mises en œuvre des mesures barrières et d'un engagement de l'accompagnant au respect de celles-ci.

**Présence possible de l'accompagnant aux consultations indispensables, lors des échographies, à l'accouchement ou lors du séjour en post-partum en fonction des conditions locales**

À l'entrée, la recherche de signes cliniques en faveur d'un covid-19 doit être systématique chez la mère et l'accompagnant :

- toux ;
- fièvre (prise de température) ;
- anosmie/agueusie ;
- gêne respiratoire ;
- diarrhée aiguë ( $\geq 3$  selles molles/jour).

La présence de symptômes ne permet pas l'accompagnement.

Une friction des mains par une solution hydroalcoolique (SHA) est effectuée accompagnée par un professionnel de santé. S'assurer que les deux membres du couple portent un masque

(soit un masque grand public, soit un masque remis par la maternité). Des explications sur le port du masque et les gestes barrières sont données. Une fiche d'information peut être remise. Une friction des mains avec une SHA est à nouveau effectuée.

Les salles d'attente sont adaptées de sorte que les couples soient à distance les uns des autres ( $> 1$  m).

Dans la chambre ou en salle de naissance, l'accompagnant s'engage à rester « confiné » pendant toute la durée de sa présence afin d'éviter au maximum les allées et venues.

En salle de naissance, les principes édictés précédemment restent les mêmes :

- pas de sortie du père de la salle pendant toute la durée de l'accouchement sous aucun prétexte (boire, manger, fumer, etc.). En cas de sortie, il doit quitter définitivement l'hôpital ;
- le père doit sonner pour aller aux toilettes. Prévoir dans le sac d'accouchement des aliments type barre de céréales, biscuits, etc. Un repas peut être proposé dans la mesure du possible.

En suites de couches, dans la mesure où les durées de séjour ont été raccourcies, il semble préférable d'envisager une absence totale de sortie de l'accompagnant qui reste auprès de la mère. Si le séjour est plus long ou que l'accompagnant ne peut rester dormir sur place, une seule venue est autorisée par jour, toute sortie est considérée comme définitive et seul un retour le lendemain peut être autorisé.

L'accompagnant porte son masque en permanence et se frictionne les mains au SHA très régulièrement.

Une durée de visite limitée peut s'appliquer en fonction des contraintes de chaque structure.

Les visites sont restreintes à une seule personne qui reste la même depuis l'entrée jusqu'à la sortie.

Il convient de limiter au strict minimum les objets ou aliments venant de l'extérieur qui peuvent véhiculer le virus.

### Cas particulier des chambres doubles

La situation des chambres doubles ajoute de la complexité à cette situation. Une solution pourrait être de les transformer temporairement en chambres simples, facilitée en cela par la réduction des durées de séjour qui réduit l'impact sur les capacités d'accueil.

En cas de nécessité de les utiliser dans leur conformation de chambre double, s'assurer des gestes barrières et notifier l'impossibilité d'une présence de l'accompagnant H24.

### Présence possible de l'accompagnant lors de la césarienne

Il est possible d'accepter la présence d'un accompagnant lors de la césarienne selon les habitudes de l'équipe et si les conditions locales le permettent.

La recherche de signes cliniques en faveur d'un covid-19 doit être systématique :

- toux ;
- fièvre (prise de température) ;
- anosmie/agueusie ;
- gêne respiratoire ;
- diarrhée aiguë ( $\geq 3$  selles molles/jour).

La présence de symptômes ne permet pas l'accompagnement.

L'accompagnant porte une tenue de bloc et laisse ses vêtements et objets personnels (clés, téléphone portable, etc.) dans un vestiaire. Une friction des mains avec une SHA est effectuée avant et après la mise en place du masque chirurgical, accompagnée par un professionnel de santé. Les gestes barrières sont rappelés. L'accompagnant reste auprès de sa compagne et/ou de son bébé pendant toute la durée de la césarienne et de la surveillance post-opératoire. Il les suit dans la chambre où sont appliquées les mesures précédentes.

**Le Bureau du CNGOF**  
27 avril 2020

## Bourse Pierre Drouin

Un projet de jumelage entre le CHUM de Montréal et le CNGOF vient d'être officialisé.

Le but est de favoriser les échanges franco-québécois en offrant une année de mobilité aux candidats français désireux de découvrir la gynécologie-oncologie québécoise.

Une bourse annuelle de 25 000 \$ sera offerte par le CHUM, et le CNGOF participera à hauteur de 15 000 \$ pour atteindre la somme de 40 000 \$, qui est l'exigence de l'université de Montréal pour admettre des candidats étrangers.

Le premier candidat est le Docteur Pierre Descargues (Lyon) qui va effectuer un stage au CHUM en 2020.

Si vous êtes intéressé, contactez Bernard Hédon ([cngof@cngof.fr](mailto:cngof@cngof.fr)), il vous mettra en relation avec le Pr Philippe Sauthier et son équipe.

Je tiens à remercier ce dernier personnellement pour son engagement auprès du CNGOF et pour notre collaboration amicale déjà ancienne, qui a permis de concrétiser plusieurs fellowships au Québec et en France.

**Philippe Descamps**



## Traitements actuels du covid-19 : quelles toxicités chez la femme enceinte ?

Dans le contexte de la pandémie de covid-19, beaucoup de questions se posent sur les traitements qui pourraient être utilisés en curatif mais également en préventif de cette infection virale. **Les plus cités (hydroxychloroquine, lopinavir/ritonavir et remdesivir) n'ont pas encore fait la preuve de leur efficacité contre le covid-19** mais les services hospitaliers, dans un contexte d'urgence et de sévérité des atteintes respiratoires et dans le cadre d'essais cliniques, sont autorisés à les prescrire en l'absence d'alternatives (1).

### Quels sont les risques de ces traitements pour la femme enceinte ?

Pour l'hydroxychloroquine (HCQ), les données pendant la grossesse ne sont pas très nombreuses, notamment au cours du premier trimestre, mais de bonne qualité en ce qui concerne l'utilisation dans le lupus ou le syndrome des antiphospholipides. L'HCQ traverse le placenta avec des concentrations au cordon proches des concentrations plasmatiques maternelles. Selon une étude, ni sa clairance d'élimination ni son aire sous la courbe ne semblent modifiées par la grossesse, suggérant qu'un ajustement posologique n'est pas nécessaire chez la femme enceinte.

L'expérience de son utilisation repose sur le suivi de plusieurs centaines de grossesses traitées, essentiellement pour un lupus à des doses de 200-400 mg/j, pendant tout ou partie de la grossesse (2). Une méta-analyse (environ 700 patientes) ne retrouve pas d'augmentation du risque global de malformations ou de diverses malformations spécifiques (crânio-faciales, cardiovasculaires, génito-urinaires ou neurologiques) (3). L'augmentation du risque de fausse couche, évoquée dans certaines études, est sujette à caution (effectifs faibles, non pertinence du groupe de comparaison), d'autant qu'un effet bénéfique de l'HCQ sur le risque de fausse couche est évoqué dans des travaux récents. Les différentes études ne retrouvent pas non plus d'effet négatif sur les risques de mort fœtale, de mortalité, de prématurité ou de petits poids de naissance lors de traitements prolongés (4).

La toxicité oculaire chez le nouveau-né est discutée. Elle a été évoquée sur la base de deux cas de dégénérescence rétinienne (traitement maternel par chloroquine), d'une étude sur 21 enfants exposés *in utero* à l'hydroxychloroquine dont 6 présentaient des anomalies de l'électrorétinogramme ou des potentiels évoqués visuels, sans retentissement clinique, et en raison de la toxicité rétinienne connue de l'HCQ. Une revue systématique récente portant sur le suivi ophtalmologique (acuité visuelle, fond d'œil, électrorétinogramme) de 331 enfants exposés *in utero* à la chloroquine ou l'HCQ montre cependant que ce risque serait très faible, voire inexistant (5).



Réseau Français  
des Centres Régionaux de  
Pharmacovigilance et d'Information  
sur le Médicament

L'HCQ est retrouvée dans le lait en faible quantité. Pour des traitements de 200 à 400 mg/j, les doses estimées ingérées par le nouveau-né sont de l'ordre de 2-3 % de la dose maternelle ajustée sur le poids, soit des quantités compatibles avec la poursuite de l'allaitement. De plus, le suivi à distance d'une soixantaine de ces nourrissons, avec notamment des examens ophtalmologiques, ne retrouve pas d'anomalie (6).

Enfin, un risque génotoxique a été montré *in vitro* et *in vivo* chez l'animal pour la chloroquine et, par extension, est supposé pour l'hydroxychloroquine (7). Les conséquences de cette potentielle génotoxicité après exposition médicamenteuse *in utero* sont largement inconnues en clinique.

Pour le lopinavir/ritonavir, l'expérience acquise est importante (plus de 3 000 femmes pendant la grossesse, dont plus de 1 000 au cours du premier trimestre). Aucun risque malformatif n'a été mis en évidence (8). De même, le risque de naissance prématurée, petit poids de naissance n'apparaît pas augmenté (9). En pratique, ce traitement peut donc être utilisé pendant la grossesse si nécessaire.

Pour le remdesivir, il n'existe pas de données à l'heure actuelle. Les études chez l'animal montrent une diminution de l'implantation et de la viabilité des embryons à dose toxique. Il n'y aurait pas de conséquence sur le développement *in utero* chez les rats et les lapins, ni de fœto-toxicité (10). Sa prescription est actuellement réservée au titre compassionnel, en dehors des essais cliniques.

Ainsi, en termes de risque, l'hydroxychloroquine comme le lopinavir/ritonavir apparaissent comme des traitements possibles pendant la grossesse. **Cependant, devant l'absence de bénéfice démontré de ces molécules dans le covid-19, leur prescription ne peut actuellement être recommandée chez la femme enceinte dans ce cadre.**

Sophie Gautier (CRPV Lille) et Thierry Vial (CRPV Lyon) pour le réseau français des Centres régionaux de pharmacovigilance  
2 avril 2020

### Références

- <https://www.ema.europa.eu/en/news/covid-19-chloroquine-hydroxychloroquine-only-be-used-clinical-trials-emergency-use-programmes>
- <https://motheriskinternational.com/use-of-hydroxychloroquine-during-pregnancy-and-breastfeeding-an-update-for-the-recent-coronavirus-pandemic-covid-19/>
- Kaplan et al. Reproductive outcomes following hydroxychloroquine use for autoimmune diseases: a systematic review and meta-analysis. *British journal of clinical pharmacology*, 2016 ; 81(5), 835-848.
- Naveau et al. Safety of chloroquine and hydroxychloroquine during pregnancy: a systematic literature review and meta-analysis. *Communication orale*. <http://dx.doi.org/10.1136/lupus-2020-eurolupus.20>
- Gaffar, R., Pineau, C. A., Bernatsky, S., Scott, S., & Vinet, E. (2019). Risk of Ocular Anomalies in Children Exposed *in Utero* to Antimalarials: A Systematic Literature Review. *Arthritis care & research*, 71(12), 1606-1610. (2)
- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK501150/>
- [https://www.ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/701d0e5c318b9eabe5884aebc19f892c.pdf](https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/701d0e5c318b9eabe5884aebc19f892c.pdf)
- <http://www.apregistry.com/forms/exec-summary.pdf>
- Perry, M. E. O., Taylor, G. P., Sabin, C. A., Conway, K., Flanagan, S., Dwyer, E., ... & Barbour, A. (2016). Lopinavir and atazanavir in pregnancy: comparable infant outcomes, virological efficacies and preterm delivery rates. *HIV medicine*, 17(1), 28-35.
- <https://www.who.int/ebola/drc-2018/summaries-of-evidence-experimental-therapeutics.pdf?ua=1>

## Membres d'honneur du CNGOF nommés en 2020



Professeur  
Namory Keita  
(Conakry, Guinée)



Professeur  
Jinghe Lang  
(Pékin, Chine)



Professeur  
Domoïna Malala Aurélia  
Randriambololona  
(Antsiranana, Madagascar)

## PSF : c'est parti !



PARI(S) SANTÉ FEMMES

**P**ari(s) Santé Femmes I a rempli pleinement sa mission principale : réunir les sociétés savantes de nos disciplines sous un même toit pour un événement de formation permanente commun à toute la gynécologie & obstétrique. L'avantage, une meilleure fréquentation par un public renouvelé de chacune de nos surspécialités, a été ressenti par tous, même ceux qui étaient réticents au départ. Leurs salles étaient trop petites pour recevoir tous ceux qui étaient intéressés par leurs programmes. La preuve est ainsi faite que nous sommes capables de nous fédérer au-delà de nos différences et de nos spécificités, tout en les conservant, ce qui est bien sûr essentiel.

**En coulisse**, un groupe fort sympathique s'est créé qui rassemble les 23 présidents des sociétés savantes signataires de PSF dans la confiance réciproque qu'implique une responsabilité partagée. En cela, le CNGOF a fait œuvre utile, non pas en cherchant à absorber qui que ce soit, ce reproche fait désormais partie du passé, mais en faisant ressentir à chacun que l'union est aujourd'hui essentielle pour toutes les composantes de notre discipline. Plus nombreux, nous pouvons offrir un meilleur niveau de formation permanente. Plus unis, nous devenons incontournables pour les décisions qui nous concernent. Plus en confiance les uns par rapport aux autres, la défiance qui prévalait disparaît peu à peu.

Déjà d'autres projets surviennent au sein de ce directoire. La réussite du CNPGO & GM a fait évoluer à plusieurs d'entre nous au cours des discussions préalables le fait d'utiliser ce nouveau directoire comme assemblée générale de cette structure à l'avenir. Pourquoi pas ? Mais surtout, notre discipline ne dispose pas d'un lieu géographique commun et la construction d'un projet immobilier fédérateur, en quelque sorte une maison de la femme à Paris, pourrait voir le jour sur cette base de confiance mutuelle et constituer à l'avenir un lieu commun de réunions et de secrétariats de toutes nos sociétés savantes.

**Pari(s) Santé Femmes II** se prépare déjà et le conseil scientifique, brillamment présidé par les Professeurs Olivier Graesslin et Philippe Deruelle, s'est d'ores et déjà mis à l'œuvre pour que se pérennise l'extraordinaire dynamique de la première édition. Mais attention les dates changent pour l'année 2021, parce que nous souhaitons disposer d'un peu plus de place : ce seront les 13, 14 et 15 janvier 2021 que nous nous retrouverons à la Porte de Versailles.

Et seul un gros virus pourrait désormais nous en empêcher.

Israël Nisand, Président du CNGOF

## Lauréats des bourses et prix 2020



La bourse Jacques Lansac du CNGOF a été remise à Chloé Arthuis.



Les bourses Gedeon Richter ont été remises à Charlotte Sonigo (bourse fertilité) et Aubert Agostini (bourse fibromes utérins).



Les prix Sham ont été remis à Salomé Malet, Virginie Demiguel, Alice Cathelin Delaoustre et Béatrice Guyard Boileau.