

Naître en France en 2010 : quoi de neuf ?

L'enquête périnatale 2010 a été publiée. Elle était très attendue puisque la dernière datait de 2003 et que le plan périnatal a été mis en place en 2005-2007.

Voici quelques résultats marquants :

L'âge moyen des mères s'élève à 29,7 ans, et leur poids aussi puisque 17,3 % des mères sont en surpoids (15 % en 2003) et que 9,9 % sont obèses (7,7 % en 2003).

On constate une augmentation importante du nombre d'examen ; 45 % des femmes passent 10 visites prénatales (28 % en 2003), le nombre moyen d'échographies est de 5 (4,5 en 2003) et deux femmes sur trois ont plus de trois échographies. Plus surprenant, 20 % des femmes ont plus de 6 échographies et 4 % plus de dix ! « Sans bénéfice pour la santé des mères ou des enfants » dit la DRESS qui parle de surconsommation médicale.

La déclaration de grossesse est faite par le médecin généraliste dans 24 % des cas, une sage-femme de maternité (40 %), ou une sage-femme libérale (15,6 %).

40,3 % seulement des femmes ont pris de l'acide folique, dont 25 % seulement au cours du premier mois de grossesse.

Une femme sur 5 a bénéficié de l'entretien prénatal précoce du 4^e mois. 5 % des femmes disent avoir consulté un psychologue ou un psychiatre pendant leur grossesse. La possibilité de recours à un psychologue a beaucoup progressé puisque 60 % des établissements proposent une consultation de psychologue dans leur service (84 % pour les types I).

Alors que le tabagisme a augmenté chez les femmes, 81 % ont arrêté de fumer pendant leur grossesse et 17 % fumaient encore au 3^e trimestre. La part des fumeuses de 10 cigarettes ou plus a baissé de 38 %. Pour la consommation d'alcool, 19 % de femmes déclarent avoir bu au moins une fois une boisson alcoolisée pendant les 9 mois et, dans ces cas-là, moins d'un verre pour 75 % d'entre elles. 3,7 % des femmes déclarent avoir alors bu plus de 3 verres.

La proposition de dépistage de la trisomie 21 a été faite à 86,5 % des femmes. Le taux d'amniocentèses pour les femmes de plus de 38 ans est passé de 61 % à 42 %.

29 % des femmes enceintes ont été vaccinées contre la grippe A (H1N1).

Contrairement à ce que l'on pourrait penser du fait de l'utilisation de la péridurale par 81 % des femmes, la préparation à l'accouchement a augmenté aussi bien pour le premier

Éditorial



François Goffinet, Jacques Lansac, Francis Puech

enfant (73 % contre 67 % en 2003) que chez les multipares (28,5 % contre 25,1 %).

Les sages-femmes prennent en charge 80 % des accouchements par voie basse (92 % à l'hôpital et 55 % dans les établissements privés).

Plus d'un accouchement sur 5 a été déclenché. Le taux d'épisiotomies est en baisse passant de 71 % en 1998 à 45 % en 2010, dont 36 % chez les primipares et 14 % chez les multipares. Le taux de césariennes est resté stable à 21 %. 83 % des femmes ont eu une délivrance dirigée pour prévenir les hémorragies du post-partum.

Le taux d'accouchements prématurés pour les grossesses uniques augmente depuis 1995 et est de 7,4 % (7,2 % en 2003, 6,8 % en 1998 et 5 % en 1995). Il faudrait essayer d'en comprendre la cause, le taux d'enfants de petits poids n'ayant pas changé.

Le taux de grossesses multiples est resté stable (35 ‰), alors que le taux des grossesses après un traitement pour infertilité (insémination ou FIV/ICSI) est resté stable entre 5 et 6 % des naissances.

L'état de santé à la naissance est globalement satisfaisant. La part des scores d'Apgar à 5 minutes inférieurs à 8 passe à 1,7 % des naissances vivantes (contre 1,1 % en 2003). La part des enfants ayant nécessité un transfert dans un autre service ou une hospitalisation dans un secteur particulier de la maternité a peu varié, passant de 8 % à 7 %. Parmi les enfants transférés, la part de ceux qui l'ont été dans un autre établissement a été divisée par près de 2 (de 23 % à 14 % des transferts). Les transferts après la naissance ne concernent qu'une minorité des naissances, avec 7 % des enfants nés en 2010 (dont 1 % dans un autre établissement), contre 8 % en 2003.

>>>>

Le taux d'allaitement a progressé, passant de 55 à 60 % pour l'allaitement exclusif.

Malgré la fermeture de nombreuses maternités (de 600 en 2003 à 500 pour la France métropolitaine), la moitié des accouchements par voie basse est réalisée à moins de 17 minutes du domicile, et un quart à plus de 30 minutes. 10 % seulement des femmes indiquent un temps d'accès supérieur à 30 minutes, sans changement depuis 2003. La distance médiane en cas de transfert d'une maternité de type I vers une maternité de type IIA est passée de 15 à 18 km entre les deux enquêtes, et de 20 à 25 km vers une maternité de type IIB.

Des disparités sont marquées entre la métropole et la Guyane, la Guadeloupe et la Réunion.

Les taux de prématurité et d'enfant de petit poids sont deux fois plus élevés dans les DOM qu'en métropole. La situation sociale des femmes, très défavorable dans ces départements, s'est dégradée par rapport à 2003 sur certains aspects. Dans les DOM-TOM, la part des femmes au chômage est passée de 9 % à 20 %, et la part des femmes de ménage ayant des revenus issus du travail de la femme et de son partenaire est passée de 53 % à 43 %. Toutefois, les augmentations du niveau d'études et de la couverture sociale sont des exemples d'évolution plus favorables.

D'une manière générale, la surveillance prénatale s'est développée (on est passé de 13 % à 8 % de femmes ayant eu moins de trois échographies) et la préparation à la naissance est plus fréquente, concernant 45 % des primipares en 2003 et 66 % en 2010 (respectivement 11 % et 22 % des multipares). Une évolution importante des pratiques concerne le taux de césariennes. Celui-ci a diminué de manière très forte (passant de 26 % à 18 %), surtout avant le début de travail (17 % à 10 %). Il est maintenant au même niveau que celui de la métropole. Les données de la Martinique n'ont pas été étudiées.

C'est somme toute un bilan positif et encourageant pour les rédacteurs du plan périnatal, mais aussi pour le CNGOF dont on voit que les recommandations sont suivies (délivrance dirigée, baisse des épisiotomies, taux stable de césariennes, de grossesses multiples, baisse des transferts des nouveau-nés après la naissance). Bien entendu, il faut continuer à progresser et à améliorer nos pratiques, en particulier en ce qui concerne la prescription d'acide folique, l'entretien du 4^e mois, la baisse des prescriptions d'échographie dans les grossesses à bas risque. Enfin, il faut essayer de comprendre pourquoi la prématurité, 1^{re} cause de mortalité et de morbidité périnatale, continue d'augmenter.

François Goffinet, Jacques Lansac, Francis Puech

Références :

- DREES, Blondel B, Kermarrec M. La situation périnatale en France en 2010. DRESS études et résultats 2011;775 - <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er775-2.pdf>
- DRESS, Vilain A. Les maternités en 2010 : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. DRESS études et résultats 2011; 776 - <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er776-2.pdf>

Hémostatiques chirurgicaux : un traitement de dernière intention selon la HAS

La Haute Autorité de Santé s'est autosaisie afin d'évaluer l'intérêt et la place des différents hémostatiques chirurgicaux utilisés pour contrôler les saignements opératoires. Des experts du CNGOF ont participé à cette évaluation. Les conclusions de la HAS portent sur les situations pour lesquelles l'utilisation de ces produits est justifiée. Une fiche de bon usage destinée aux professionnels de santé résume les principaux points de cette évaluation.

La Haute Autorité de Santé a pour mission d'évaluer les dispositifs médicaux pour lesquels un fabricant demande le remboursement. Elle considère qu'il est de son ressort d'évaluer également certains dispositifs médicaux dont le financement est inclus dans les prestations d'hospitalisation ; c'est le cas des hémostatiques chirurgicaux. Ces derniers sont utilisés lors d'opérations chirurgicales afin de favoriser l'interruption du saignement. Ce sont des produits de statut, de mode d'action et de formes très diverses, et ce travail transversal porte sur 8 classes de dispositifs médicaux et sur 5 médicaments dérivés du sang. Ils sont destinés à limiter les pertes sanguines per et postopératoires (soit plus de 18 produits).

Quand utiliser ces produits, avec quelle efficacité ?

La gestion de l'hémostase repose en priorité sur la mise en œuvre des méthodes chirurgicales conventionnelles telles que la compression, les sutures, les ligatures ou encore l'électrocoagulation. Après avoir effectué une revue de la littérature et réuni un groupe de travail pluri-professionnel, la HAS conclut que l'utilisation des hémostatiques chirurgicaux en complément des méthodes conventionnelles n'apporte qu'une amélioration cliniquement modeste sur la rapidité d'obtention de l'hémostase et la réduction des pertes sanguines par rapport aux méthodes conventionnelles seules. Les données comparatives sont insuffisantes pour établir la supériorité d'un hémostatique par rapport à un autre.

La HAS préconise de ne pas utiliser ces hémostatiques chirurgicaux :

- en l'absence de saignement identifié ;
- à la place des méthodes conventionnelles d'hémostase chirurgicale (en présence d'un saignement identifié), de façon systématique.

La Haute Autorité de Santé considère les hémostatiques chirurgicaux comme des méthodes complémentaires aux techniques conventionnelles d'hémostase, à réserver aux situations dans lesquelles ces dernières sont insuffisantes.

Elle recommande ainsi que les hémostatiques chirurgicaux soient utilisés en dernière intention.

Jacques Lansac

Référence : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/synthese_rapport_hemostatiques_vd.pdf

Recommandations pour la pratique clinique de la HAS sur l'IVG médicamenteuse en ville

Les RPC sur l'IVG médicamenteuse - que les gynécologues-obstétriciens avaient refusé de signer car les gynécologues obstétriciens s'étaient opposés aux conclusions que l'on voulait leur faire avaliser ainsi qu'à la prescription en noms commerciaux pour le Gymiso - sont enfin parues.

Grossesses de moins de 7 SA (soit au maximum de 49 jours d'aménorrhée)

Les séquences de traitement recommandées sont celles de l'AMM de la Mifégyne® :

- une prise de 600 mg de mifépristone par voie orale suivie, 36 à 48 h plus tard, de 400 µg de misoprostol par voie orale ;
- une prise de 200 mg de mifépristone par voie orale suivie, 36 à 48 h plus tard, de 1 mg de géméprost par voie vaginale.

Les taux de grossesses évolutives sont de l'ordre de 1 % pour les posologies autorisées par l'AMM.

L'utilisation d'une prise de 200 mg de mifépristone par voie orale suivie, 36 à 48 h plus tard, de 400 µg de misoprostol par voie orale (séquence hors AMM) est une pratique rapportée par les praticiens et conduisant à des taux de succès comparables à ceux obtenus avec une posologie de 600 mg de mifépristone, respectivement de l'ordre de 91 % et 93 %. Le taux global de recours à un geste d'aspiration endo-utérine est comparable pour ces deux doses de mifépristone. Néanmoins, il n'est pas exclu que la dose de 200 mg de mifépristone puisse entraîner jusqu'à 2,6 % de grossesses évolutives de plus que la dose de 600 mg, ce qui ferait environ 2 400 grossesses évolutives supplémentaires par an en France. La visite de contrôle après deux semaines prévue par la réglementation française doit permettre d'identifier ces grossesses persistantes, et d'avoir recours dans ce cas à une méthode chirurgicale. Le rapport bénéfice/risque peut, de ce fait, être moins favorable avec une dose de 200 mg de mifépristone. Par conséquent, le professionnel se doit d'informer la patiente d'un risque possible de poursuite de grossesse, de l'obligation d'avoir dans ce cas recours à une méthode chirurgicale si l'interruption de grossesse est toujours désirée et de l'absolue nécessité du contrôle après deux semaines prévu par la réglementation française.

Grossesses de 7 à 9 SA

Le traitement indiqué par l'AMM de la Mifégyne® est une prise de 200 mg de mifépristone suivie 36 à 48 h plus tard de 1 mg de géméprost par voie vaginale. La dose de 600 mg de mifépristone, également indiquée dans l'AMM de la Mifégyne®, ne permet pas d'améliorer les taux de succès et de grossesses évolutives.

Les taux de grossesses évolutives obtenus avec la séquence mifépristone - géméprost sont de l'ordre de 0,5 % avant 8 SA, et de l'ordre de 1,5 % entre 8 et 9 SA, quelle que soit la dose de mifépristone (200 mg ou 600 mg).

Les taux de grossesses évolutives obtenus avec la séquence mifépristone 600 mg - misoprostol 400 µg par voie orale (utilisé hors AMM entre 7 et 9 SA) sont supérieurs à 2 %. Ce traitement est insuffisamment efficace après 7 SA. Il n'est pas prouvé que la répétition systématique de la dose de misoprostol (non recommandée par l'AMM) augmente l'efficacité de la séquence mifépristone - misoprostol jusqu'à 9 SA.

L'administration de 800 µg de misoprostol (après 200 mg ou 600 mg de mifépristone) par voie vaginale (hors AMM) est plus efficace que par voie orale (hors AMM), mais entraîne plus fréquemment des douleurs abdomino-pelviennes que la voie orale. De très rares cas de chocs septiques fatals à *Clostridium sordeli* survenus après utilisation de misoprostol par voie vaginale et prise de mifépristone ont été déclarés, sans lien de cause à effet démontré. Les cliniciens doivent connaître cette complication potentiellement fatale.

Les études évaluant l'efficacité du misoprostol, après 200 mg de mifépristone, selon sa voie d'administration sont en faveur d'une efficacité de la voie sublinguale (hors AMM) et buccale (hors AMM) comparable à celle de la voie vaginale (hors AMM), et supérieure à celle de la voie orale (hors AMM au-delà de 7 SA) jusqu'à 9 SA. Cependant les données disponibles sont limitées pour ces comparaisons. Les diarrhées, vomissements, fièvres et frissons sont plus fréquents avec la voie sublinguale et buccale qu'avec les voies vaginale et orale. Les douleurs abdomino-pelviennes sont quasiment systématiques et perçues de façon comparable pour les voies sublinguale, buccale et vaginale, et sont supérieures par rapport à la voie orale.

Jacques Lansac

Référence : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-04/ivg_methode_medicamenteuse_-_recommandations_-_mel_2011-04-28_11-39-11_882.pdf

Attention aux KIT IVG vendus sur internet

La Direction générale de la Santé (DGS) et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) ont mis en garde les consommateurs sur « les risques graves pour la santé liés à l'utilisation d'un produit dénommé MTP KIT, présenté comme un médicament de l'IVG (interruption volontaire de grossesse) et vendu sur internet.

Ce produit de la société CIPLA Limited est notamment vendu sur le site Eurodrugstore.eu sous la rubrique « birth control ». Il s'agit d'un médicament illicite qui ne dispose d'aucune autorisation de mise sur le marché (AMM = autorisation octroyée par l'Afssaps après évaluation de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité d'un médicament), ni d'autorisation d'importation sur le territoire français.

Les modalités d'emploi, notamment le mode d'administration du produit, exposent la femme qui l'utiliserait à un réel danger (échec de l'avortement, hémorragie, infection grave). En outre, les contrôles réalisés par les laboratoires de l'Afssaps ont montré que sa composition est inadaptée. »

Renseignements pris auprès de l'Afssaps et de la DGS (qui avaient omis d'informer les professionnels : gynécologues médicaux, gynécologues obstétriciens, médecins généralistes), ces KIT contiennent 200 mg de mifépristone voie orale et 200 µg de misoprostol par voie vaginale, ce qui revient à 120 µg effectifs. Ces doses peuvent donc être insuffisantes pour provoquer l'IVG. Il faut aussi tenir compte des doses déjà prises par la patiente si elle vous consulte.

Jacques Lansac

Un observatoire pour les tumeurs rares en gynécologie

La nouvelle version du site internet « <http://www.ovaire-rare.org/> », qui fonctionne depuis février 2011, est faite pour vous aider à prendre en charge plus efficacement vos patientes qui ont des tumeurs rares, le plus souvent de l'ovaire mais aussi toutes les tumeurs rares gynécologiques.

Il permet d'obtenir :

- une confirmation du diagnostic par relecture et un avis de RCP de recours à l'un des 3 centres experts nationaux (APHP, IGR et à Lyon le centre Léon Bérard) ;
- les coordonnées des 21 centres experts régionaux - cliniciens et pathologistes - pour la prise en charge à proximité des patientes atteintes de tumeurs malignes rares gynécologiques.

Un registre est ouvert qui permet d'inclure ces tumeurs rares et d'aider ultérieurement à l'évaluation des traitements proposés. N'hésitez pas à inscrire vos patientes.

Pour toute information complémentaire :

Nuchanard Chen - nchen@arcagy.org - Tél. : 01 42 34 83 23

Jacques Lansac

Faut-il faire une radiopelvimétrie avant l'accouchement des jumeaux ?

Dans l'accouchement des jumeaux, il y a peu de problèmes de disproportion fœto-pelvienne, le poids des enfants étant généralement inférieur à la moyenne des enfants uniques et l'accouchement souvent prématuré.

Cependant, en cas de présentation d'un des jumeaux en siège ou de version par manœuvre interne et de grande extraction d'un deuxième jumeau en sommet, certains posent la question d'une pelvimétrie avant l'accouchement pour s'assurer de la normalité du bassin.

Il n'y a pas dans la littérature d'argument pour recommander la radiopelvimétrie pour l'accouchement des jumeaux, quelle que soit la situation des jumeaux. La RPC du CNGOF sur les grossesses gémellaires (2009) n'y fait pas allusion. Le RCOG ou l'ACOG ne la recommandent pas non plus.

On peut donc dire que si l'examen clinique du bassin est normal :

- avant 37 SA, il n'y a pas d'indication à faire une radiopelvimétrie ;
- après 37 SA, il n'y a pas de recommandation en faveur d'une radiopelvimétrie.

Cependant, plus on avance en terme en cas de macrosomie et/ou de J2 de plus gros poids que J1, une radiopelvimétrie pourra être discutée.

Jacques Lansac, Christophe Vayssière

Hommage à Yan Ansquer



Yan Ansquer nous a quittés le 18 septembre, à l'âge de 46 ans.

Yan avait l'esprit d'initiative et une attirance particulière pour toutes les formes d'innovation chirurgicale. Après son internat de gynécologie-obstétrique, son vœu d'excellence chirurgicale l'avait conduit à Lyon auprès de Daniel Dargent, duquel il avait appris la maîtrise des techniques de voie basse et de cœlioscopie appliquées à l'onco-gynécologie.

Il était passionné de recherche avec pour thématique principale le cancer, en cohérence avec son activité chirurgicale. Depuis le DEA sur le rôle de l'hormonothérapie substitutive dans la survenue du cancer du sein, jusqu'à la thèse de science sur le gène BRCA1 et à l'habilitation à diriger des recherches, il avait su en peu de temps faire remarquer ses travaux et les faire reconnaître par des publications de haut niveau scientifique.

De retour à Paris, il avait été successivement chef de clinique de Patrick Madelenat à Bichat, puis praticien hospitalier à Louis Mourier auprès de Laurent Mandelbrot. Il avait rejoint l'équipe de Saint Antoine en 2005 pour prendre la responsabilité de l'activité chirurgicale, gynéco-oncologique et mammaire, pour assouvir son goût pour les travaux scientifiques et chercher une légitime reconnaissance universitaire. Ses projets allaient bon train avec l'obtention de plusieurs financements de recherche peu après son arrivée.

La maladie, déclarée fin 2007, en a décidé autrement. Interventions et traitements, parfois aussi durs que le mal, n'ont jamais eu raison de son envie d'avancer avec un courage admirable, de sa détermination à poursuivre ses activités et projets professionnels ou personnels. Ne faisant plus mine d'espérer une improbable rémission, il avait cette année repris une activité hospitalière et opératoire, avec le même évident plaisir et la même dextérité malgré les longs mois d'interruption.

L'annonce de son décès a plongé toute l'équipe de Saint Antoine dans une infinie tristesse. Les témoignages des innombrables collègues qui ont eu l'occasion de partager avec lui une activité clinique ou de recherche montrent à quel point il était aimé et apprécié. Nos pensées vont à son épouse Frédérique et à ses enfants Marine, Mathieu, Mathilde et Martin.

Bruno Carbonne

35^{es} Journées nationales du CNGOF

du mercredi 7
au vendredi 9
décembre 2011
au CNIT,
Paris-La Défense. Pré-
programme et inscrip-
tions : www.cngof.org



Directeur de publication :

Pr F. Puech (Lille)

Rédacteur en chef :

Pr Ph. Descamps (Angers)

Conseiller spécial :

Pr J. Lansac (Tours)

Comité de rédaction :

Pr E. Daraï (Paris)

Pr D. Luton (Clichy)

Conception / réalisation :

Accent Aigu

Webmaster :

B. Michelon
(www.cngof.org)