

Brèves du Collège



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

JUIN 2017 - N° 50

Essure, entre mesure et démesure...

Après la vague médiatique qui s'est déclenchée aux États-Unis en 2014, la France a été touchée à son tour. Un collectif de patientes « victimes d'Essure » s'est constitué (association RESIST), soutenu par son homologue américain, exerçant une pression auprès du grand public et des institutions pour faire retirer ce dispositif du marché, au travers d'une communication utilisant largement les réseaux sociaux. Cette association est conseillée et défendue par M^e Oudin, avocat bien connu pour les affaires médico-juridiques dans lesquelles il est déjà intervenu (pilule de 3^e génération, Médiateur, Dépakine, etc.).

Passant outre le côté agressif de la démarche, le CNGOF a reçu et écouté à plusieurs reprises les responsables de l'association. Parmi les griefs mis en avant par l'association RESIST, certains sont en rapport avec des défauts de mise en place et de contrôle, d'autres avec des effets secondaires inattendus, et d'autres encore avec des pathologies dont le rapport avec le dispositif est beaucoup moins probable. L'attitude des responsables du CNGOF, et du groupe de travail qui a été formé, a été d'essayer de répondre aux attentes des patientes en souffrance afin qu'elles puissent être écoutées et soulagées, et de mettre en place les protocoles et les formations garantissant le meilleur usage possible du dispositif.

De leur côté, les autorités de santé ont placé ce dispositif sous surveillance en rappelant que l'intérêt de cette technique restait inchangé avec une balance bénéfices-risques positive mais qu'il convenait de mieux encadrer les actes, de renforcer la formation [Suite page 2](#)

éditorial



Olivier Graesslin
Secrétaire général
gynécologie du CNGOF

Anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en fin de grossesse : tous concernés ?

Vous n'avez pas manqué la communication de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) du 26 janvier 2017 rappelant la contre-indication des AINS (dont l'aspirine dès 100 mg/j !) à partir de 24 semaines d'aménorrhée (SA). Elle est due au risque d'atteintes rénale et cardio-pulmonaire par inhibition de l'action vasodilatatrice des prostaglandines, pouvant entraîner une mort fœtale *in utero* ou néonatale. **Le risque serait similaire pour tous les AINS.**



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

Le risque de constriction ou de fermeture prématurée du canal artériel est fonction de l'âge gestationnel : rare avant 27 semaines de grossesse, ce risque s'accroît pour atteindre 50 à 70 % des expositions à partir de 32 semaines et devient majeur au-delà de 34 semaines (1). Cette constriction n'évolue pas nécessairement vers la fermeture définitive du canal artériel ; elle est en effet le plus

[Suite page 2](#)

Assassinat du Docteur Gildo Byamungu, gynécologue-obstétricien, en RDC

Nous avons appris par Thierry Michel (réalisateur du film sur Denis Mukwege « l'homme qui répare les femmes ») que le Docteur Gildo Byamungu, collègue et ami de Denis Mukwege (membre d'honneur du CNGOF et président d'honneur du FSF) a été



odieusement assassiné à l'hôpital de Kasenga dans le Sud Kivu (République démocratique du Congo), le 16 avril 2017. Nous avons bien connu le Docteur Gildo Byamungu quand il suivait sa formation en France au CHR d'Orléans.

Tous les membres du conseil d'administration du CNGOF et de FSF tiennent à dire toute leur amitié et leur solidarité aux équipes de gynécologues-obstétriciens qui se dévouent auprès des femmes de la République démocratique du Congo. Ils sont scandalisés que des

médecins qui soulagent leurs frères et sœurs en humanité soient massacrés à cause de leur mission, et cela dans le but de fragiliser encore des populations pauvres dont ils s'occupent avec dévouement.

Ils adressent toutes leurs condoléances et leurs meilleures pensées à la famille du Docteur Gildo Byamungu, ainsi qu'à ses collègues et amis. Ils assurent tous les médecins congolais de l'amitié et du soutien des gynécologues-obstétriciens français.

Israël Nisand, Président du CNGOF
Jacques Lansac, Président du Fonds pour la santé des femmes, ancien Président du CNGOF
Philippe Descamps et Gilles Dauplain, commission Relations internationales du CNGOF

La réforme du 3^e cycle des études médicales : un nouveau DES pour la gynécologie-obstétrique

[Voir page 4](#)

Éditorial, suite

des chirurgiens, de donner une information préalable aux patientes sur les effets indésirables et d'améliorer l'interprétation des examens de contrôle.

De solides données épidémiologiques viennent récemment de justifier le refus du CNGOF et de l'ANSM d'accéder à la demande des patientes de RESIST de suspendre l'usage du dispositif Essure. En effet, les données sur la stérilisation tubaire issues du fichier de la Caisse nationale d'assurance maladie (SNIIRAM) viennent d'être rendues publiques. Cette étude inclut plus de 100 000 femmes ayant bénéficié soit d'une stérilisation par implant Essure (70 000) soit d'une stérilisation coelioscopique (34 000) entre janvier 2010 et décembre 2014 et suivies pendant 3,3 ans en moyenne.

Il s'agit d'une première étude comparative d'envergure qui s'intéresse aux risques d'événements de santé généraux survenant dans les suites de cette procédure chirurgicale. Elle apporte des réponses à certaines questions importantes : confirmation des données existantes concernant la sécurité immédiate et les risques d'échec et de réintervention, importance de la réalisation de l'examen de contrôle pour vérifier le bon positionnement des implants Essure, pas d'augmentation du risque d'atteinte générale mais un léger surrisque d'allergie après la pose d'implants en cas de terrain allergique préexistant.

Une réunion du comité scientifique spécialisé temporaire (CSST), comité réunissant des experts indépendants et qui a auditionné diverses associations et sociétés savantes dont le CNGOF, a eu lieu à l'ANSM le 19 avril 2017. L'objectif était de donner un avis sur le rapport bénéfices-risques de l'implant Essure et, si nécessaire, faire de nouvelles recommandations. Ce comité a levé toute ambiguïté en rappelant les données de la littérature, et en ne remettant pas en cause la balance bénéfices-risques favorable de l'implant Essure. Ce comité a estimé en outre que de nouvelles réglementations n'étaient pas nécessaires au regard des connaissances scientifiques actuelles. Le CSST conclut également qu'une information indépendante devait être apportée aux femmes envisageant la contraception permanente sur l'ensemble des méthodes de contraception, et en particulier sur les avantages et les risques de deux méthodes de contraception permanente féminine (Essure et coelioscopie) afin de leur permettre une décision éclairée.

Il est nécessaire de rappeler que toute méthode de contraception permanente doit

être placée dans une perspective de santé publique vis-à-vis des femmes qui ont besoin d'une contraception pour vivre sereinement leur sexualité et doit faire l'objet d'une évaluation bénéfices-risques individualisée et parfaitement éclairée.

L'âge de la stérilisation est aussi l'âge de pathologies fréquentes (hémorragie utérine fonctionnelle, fibrome, adénomyose...) ainsi que de pathologies plus générales (fibromyalgie, arthrose...). Il faut bien discerner ce qui peut être causé par le dispositif Essure et ce qui pourrait revenir à de telles pathologies.

Il faut aussi être attentif à ce que le grand nombre de patientes pour lesquelles ce dispositif est bien toléré ne soient pas inquiétées, à tort, par les messages alarmistes pouvant conduire à poser par excès des indications d'explantation qui ne peuvent s'envisager que par des chirurgies qui véhiculent elles-mêmes des risques potentiels.

Faut-il appliquer coûte que coûte le principe de précaution en suspendant la pose des implants et revenir à des techniques de stérilisation coelioscopique dont on connaît les risques tant sur le plan anesthésique que sur le plan chirurgical ? Pour beaucoup d'entre nous, il s'agirait là d'une régression sur le plan médical et de la liberté des femmes et qu'il faut certainement de la lucidité et du courage aux professionnels de santé mais aussi aux patientes pour ne pas tomber dans cet écueil.

Au final, il y a certainement encore des pistes à explorer aujourd'hui pour mieux appréhender ces rares cas de manifestation générale qui restent mal compris et pour lesquels la piste de phénomènes immuno-allergiques pourrait être évoquée mais qui sont probablement sans lien avec le nickel.

Il faut sans aucun doute continuer à bien former les chirurgiens qui posent ces dispositifs, respecter toutes les étapes de la procédure et en particulier le contrôle du positionnement des implants, mais aussi être attentif aux femmes pour lesquelles un éventuel effet indésirable pourrait apparaître dans les suites immédiates ou à distance de cette procédure. Dans cette période où notre profession est montrée du doigt et malmenée par les réseaux sociaux, continuons à montrer l'exemple en restant à l'écoute des femmes et à œuvrer pour améliorer leur santé. C'est à cette condition que nous permettrons au débat d'être moins passionnel, plus rationnel, plus scientifique ...

Olivier Graesslin, Secrétaire général
gynécologie du CNGOF

Anti-Inflammatoires non stéroïdiens (AINS) en fin de grossesse : tous concernés ? suite

souvent réversible dans les 48 heures suivant l'arrêt de l'AINS. Cet effet peut s'observer quelle que soit la dose administrée, certains cas ayant été rapportés après une prise unique (2).

La toxicité rénale est possible dès le début de la diurèse fœtale, entre la 10^e et la 12^e semaine de grossesse. Une insuffisance rénale fœtale et une diminution du liquide amniotique (oligohydramnios voire anamnios), transitoire (disparaissant à l'arrêt de l'AINS) mais parfois définitive, peuvent être observées. Une anurie transitoire, mais quelquefois persistante, a également été rapportée chez des nouveau-nés exposés dans les 24 heures précédant l'accouchement (3).

Ces risques existent quelles que soient la durée du traitement et la voie d'administration (topique également). Cependant, il faut noter que les traitements prolongés et/ou à fortes doses et un délai court entre la fin du traitement et l'accouchement sont des situations plus favorables. Pour l'aspirine utilisée à faible dose (de 75 à 300 mg/j), il faut également moduler le communiqué de l'ANSM. À ces doses, l'effet observé est principalement antiagrégant plaquettaire et les conséquences cardiaque et rénale sur le fœtus ou le nouveau-né sont vraisemblablement minimes, même en cas de traitement chronique (4, 5).

En pratique, l'évaluation du risque en cas d'exposition à un AINS en fin de grossesse doit prendre en compte le terme de celle-ci, la dose et la durée de la prise. **Une prise sporadique d'AINS avant 34 SA n'expose a priori pas à un risque fœtotoxique important, de même que la prise d'aspirine à faible dose (< 300 mg) jusqu'en fin de grossesse. En revanche, une prise d'AINS, même unique, à doses antalgiques ou anti-inflammatoires au-delà de 34 SA devrait conduire à la réalisation dans les 48 heures d'une échocardiographie fœtale et d'un échodoppler si besoin.**

J. Cottin, M. Bruel (CRPV de Lyon),
Sophie Gautier (CRPV de Lille)

- (1) Vermillion S, Scardo J, Lashus A et coll. The effect of indomethacin tocolysis on fetal ductus arteriosus constriction with advancing gestational age. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 256-61.
- (2) Paladini D, Marasini M, Volpe P. Severe ductal constriction in the third-trimester fetus following maternal self-medication with nimesulide. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2005;25:357-61.
- (3) Ostensen M. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy. *Scand J Rheumatol* 1998; 27(Suppl 107):128-32.
- (4) Duley L, Henderson-Smith DJ, Meher S, King JF. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(2): CD004659.
- (5) Henderson JT, Whitlock EP, O'Connor E, Senger CA, Thompson JH, Rowland MG. Low-dose aspirin for prevention of morbidity and mortality from preeclampsia: a systematic evidence review from the U.S. Preventative Services Task Force. *Ann Intern Med* 2014;160:695-703.

Zoom sur les Journées 2017

Bienvenue à Lille !

Vous ne manquerez pas de choix en termes de restaurants, de bars ou de lieux insolites. Beaucoup de restaurants sont concentrés dans le vieux Lille, notamment rue de Gand où vous pouvez choisir une valeur sûre (Comptoir 44) ou alors découvrir un estaminet du Ch'Nord pour savourer de la bière et des frites (Le Vieux de la Veille, L'Estaminet † Rijsel, La Vieille France) !

Laissez-vous tenter sinon par des restaurants aux menus originaux (Bloempot, Rouge Barre, Aqui Ba Pla). Côté bar, découvrez les bières de La Capsule, l'ambiance chaleureuse de La Boulangerie, le côté Hipster du Uno's Bar ou les bars du vieux Lille (Le Dandy, le Bar Parallèle, La Biche et Le Renard, L'Imaginaire...).

Côté soirée, vous pourrez profiter des concerts de jazz manouche de La Guinguette de la Marine (restaurant et bar) sur



les bords de la Deûle le vendredi soir. Mon coup de cœur va à la Gare Saint-Sauveur, ancienne gare de marchandises réhabilitée, qui propose tout type de soirée gratuite. Enfin pour les plus motivés, la « rue de la Soif » à Lille est la rue Masséna et les discothèques les plus connues sont le Magazine Club, le Stairway ou encore le Radio Club.

Bonne découverte !

Charles Garabedian
Membre du CNGOF,
gynécologue-obstétricien à Lille



La Gare Saint-Sauveur

Les points forts des Journées 2017

Comme chaque année, les recommandations pour la pratique clinique sont très attendues. Pour 2017, quatre sont au programme des journées : **prise en charge de l'endométriose, prise en charge de l'accouchement normal y compris physiologique, herpès et grossesse, et prise en charge du cancer de l'endomètre.**

Vous retrouverez vos habituelles sessions mais aussi de nouvelles permettant d'embrasser l'ensemble des thématiques de notre discipline : gynécologie médicale, infertilité, colposcopie, gynéco-pathologie, orthogénie, chirurgie, cancérologie, sénologie, ménopause, échographie, diagnostic anténatal, obstétrique, éthique, risque, modalités d'exercice et gynécologie du monde.

Pour les conférences scientifiques, nous sommes fiers d'accueillir le Professeur

Françoise Barré-Sinoussi, prix Nobel de médecine qui traitera du VIH chez la femme. Le Professeur Michel Cosson nous entretiendra des prothèses en gynécologie et le Professeur Jean-Louis Mandel des impacts des apports récents de la génétique dans notre spécialité.

Enfin, des cours pré-congrès et des ateliers encore plus nombreux seront proposés : échographie, réduction de la mortalité maternelle, colposcopie, analyse du rythme cardiaque fœtal, hypnose, coelioscopie, simulation et tabacologie. Inscrivez-vous vite car les places sont limitées !

Les journées 2017 proposent cette année encore un programme passionnant qui est à l'image de la richesse et de la diversité de notre belle discipline.

Philippe Deruelle, Olivier Graesslin
Secrétaires généraux

Les nominations au CNU d'avril 2017

1. PU-PH

De gauche à droite :

Cherif Akladios (Strasbourg)
Lobna Oudamer (Tours)
Tristan Gauthier (Limoges)
Cyril Touboul (Paris)
Guillaume Benoist (Caen)
Elie Azria (Paris)



2. MCU-PH

De gauche à droite :

Louis Marcellin (Paris)
Tiphaine Barjat (Limoges)
Ferdinand Dhombres (Paris)
Jeanne Sibuide (Paris)
Perrine Capmas (Paris)

Non présents sur cette photo, mais nommés :

Sofiane Bendifallah (Paris)
Charles Garabedian (Lille)
Fabien Vidal (Toulouse)



3. Professeurs associés

De gauche à droite :

Erdogan Nohuz (Thiers-Clermont-Ferrand)
Revaz Botchorishvili (Clermont-Ferrand)



La réforme du 3^e cycle des études médicales : un nouveau DES pour la gynécologie-obstétrique

En 2009, les ministres chargés de la santé, de l'enseignement supérieur et de la recherche ont saisi l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) et l'IGAENR (Inspection générale de l'administration, de l'éducation nationale et de la recherche) pour dresser un bilan de l'organisation actuelle du troisième cycle des études médicales et du post-internat. Cette mission a préconisé une réforme d'ampleur, dont les propositions concrètes ont par la suite été précisées dans le rapport des Professeurs Couraud et Pruvot (avril 2014).

Les principes de cette réforme étaient une reconnaissance du DES comme étant le diplôme nécessaire et suffisant à l'exercice de la spécialité (ce qui était déjà le cas pour la gynécologie-obstétrique), une meilleure lisibilité et efficacité de la formation, une évaluation basée sur les compétences, une suppression des DESC et la mise en place de formations transversales intégrées dans la durée du DES, une meilleure reconnaissance de la spécificité de la formation des hospitalo-universitaires (formation à la recherche) et une meilleure intégration à l'université des étudiants de troisième cycle des études médicales.

Cette réforme s'est donc mise en place en 2016-2017, avec la publication de l'arrêté du 13 novembre 2015 (1) fixant la liste des diplômes d'études spécialisées (DES) de médecine, de décret du 25 novembre 2017 sur la réforme du 3^e cycle (2) et ensuite de l'arrêté du 12 avril 2017 (3) portant organisation du troisième cycle des études de médecine détaillant la réglementation relative à l'organisation du troisième cycle des études de médecine.

La mise en place de cette réforme a été accompagnée par la Coordination nationale des collèges d'enseignants en médecine (CNCM, www.cncm.fr).

Le DES sera dorénavant organisé en trois phases, avec trois points d'évaluation obligatoires du parcours de l'étudiant (Figure 1).

La première phase est la **phase socle** qui a pour vocation l'enseignement de la spécialité choisie par l'étudiant et l'acquisition de compétences plus générales jugées nécessaires à l'exercice du métier de médecin (communication avec le patient, communication interprofessionnelle et éthique). Une évaluation des connaissances et compétences à l'issue de cette phase est obligatoire et a pour objectif d'identifier les étudiants qui apparaîtraient comme inaptes ou en difficultés et se verraient proposer des solutions de réorientation. La deuxième phase est la **phase d'approfondissement** qui permet la formation et l'acquisition de compétences dans la spécialité. À la fin de cette phase, l'obtention de la thèse d'exercice est obligatoire pour passer dans la troisième phase dite **phase de consolidation**. Cette dernière

phase a pour objectif de mettre progressivement et graduellement l'étudiant en situation de responsabilité. Cette nouvelle organisation implique de revoir tous les agréments des lieux de stages. Les agréments seront accordés par les ARS régionales, spécifiquement pour chacune des 3 phases.

Cette réforme entraîne donc aussi bien sur le plan des stages que de l'enseignement théorique des changements importants. La gynécologie-obstétrique fait partie des 13 spécialités chirurgicales et la durée de son DES est de 6 ans avec au moins 8 semestres en gynécologie-obstétrique et 2 semestres dans une autre spécialité chirurgicale. La maquette du DES a été publiée dans l'arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées (4). Parmi ces stages, au moins 5 semestres doivent avoir lieu dans un service avec encadrement universitaire et au moins 3 semestres dans un lieu de stage sans encadrement universitaire.

Enfin, la spécialité participe à 4 FST (formations spécialisées transversales, qui correspondent schématiquement aux anciens DESC) : cancérologie, expertise médicale et préjudice corporel, fœtopathologie, médecine et biologie de la reproduction-andrologie. La maquette est résumée dans la figure 2.

La réforme des DES implique également plusieurs réorganisations, notamment pour l'enseignement théorique et le suivi de l'acquisition des compétences. Une plateforme numérique nationale rattachée à SIDES (Système informatique distribué d'évaluation en santé) a été créée. Cette plateforme regroupera plusieurs outils : le e-profil des étudiants, le carnet électronique (e-portfolio), le e-learning et la e-évaluation. L'enseignement

théorique est uniformisé au niveau national et sera basé sur des enseignements à distance. L'évaluation des connaissances théoriques se fera également de façon continue en ligne. L'enseignement présentiel reposera essentiellement sur des ateliers de simulation.

La mise en place de ce nouveau DES est centralisée au niveau national sous l'égide du Collège des enseignants en gynécologie-obstétrique (CEGO) qui regroupe des représentants du CNU, du CNGOF, des internes ainsi que les coordinateurs interrégionaux. Une coordination plus opérationnelle sera assurée au niveau régional (nouvelles régions).

Cette réforme concernera la promotion d'internes prenant leurs fonctions le 1^{er} novembre 2017.

François Goffinet, Vassilis Tsafrakis

Références :

1. Arrêté du 13 novembre 2015 fixant la liste des diplômes d'études spécialisées de médecine (<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031560595>)
2. Décret n° 2016-1597 du 25 novembre 2016 relatif à l'organisation du troisième cycle des études de médecine et modifiant le code de l'éducation (<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000033479390&categorieLien=id>)
3. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine (<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034419758>)
4. Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées (<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2017/4/21/MENS1712264A/jo>)

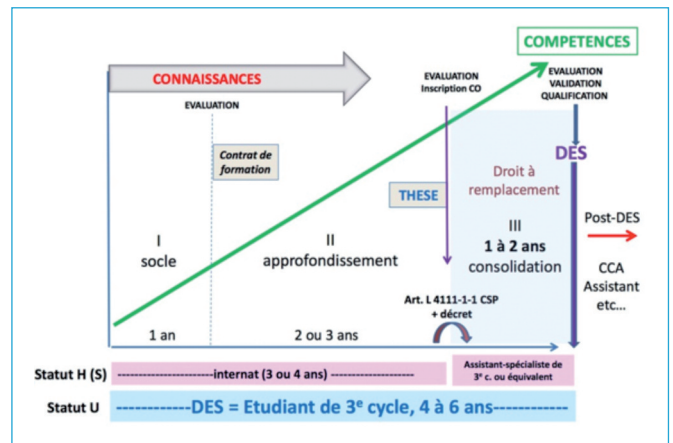


Figure 1 - Organisation générale des DES d'après B. Schlemmer

	SOCLE	APPROFONDISSEMENT	CONSOLIDATION
	4 semestres	6 semestres	2 ans
Stages	- 1 stage dans un lieu hospitalier universitaire agréé en gynécologie obstétrique - 1 stage libre - L'un de ces stages est réalisé dans un lieu ayant une forte activité d'urgence.	- 3 stages en gynécologie obstétrique. Au moins un de ces stages est accompli dans un lieu sans encadrement universitaire. - 2 stages dans l'une des autres spécialités de la discipline chirurgicale. Si un tel stage a été accompli au cours de la phase socle, il est remplacé par un stage libre - 1 stage libre	- 1 stage de un an dans un lieu hospitalier agréé en gynécologie obstétrique. - 1 stage libre de un an
Validation	- validation des stages, des connaissances et des compétences, - analyse de l'entretien individuel, - entretien avec la commission locale de coordination permettant l'organisation de la phase d'approfondissement en particulier en termes de stages	- validation du parcours de l'étudiant, - validation des objectifs pédagogiques de connaissances et de compétences (e-learning, nombre prédéfini des interventions que l'étudiant doit avoir réalisées, exercices de simulation, formulaires d'évaluation) - soutenance de la thèse d'exercice.	- validation des objectifs pédagogiques de connaissances et de compétences (e-learning, nombre d'interventions réalisées par l'étudiant, exercices de simulation, formulaires d'évaluation) - entretien avec l'équipe pédagogique - au moins une soumission d'un article dans une revue à comité de lecture et présentation orale d'un travail de recherche.

Figure 2 - Organisation du DES de gynécologie-obstétrique