

BREVES du COLLEGE

Éditorial



Actes traceurs en gynécologie-obstétrique

Le Conseil national de la chirurgie (CNC) avait été chargé par les tutelles d'établir la liste des actes représentatifs dits « actes traceurs » de chaque spécialité chirurgicale. Initialement, ce travail avait été mené sans le concours du CNGOF et avait abouti à la reconnaissance d'un seul

acte traceur en gynécologie : l'hystérectomie, en la déclinant selon les voies d'abord. Secondairement, n'avaient été définis comme actes traceurs que ceux correspondant à la pathologie maligne (endomètre, col, ovaire), ignorant ainsi la diversité de notre spécialité tant en termes de chirurgie fonctionnelle, mini-invasive, qu'obstétricale.

Le CNGOF a sollicité ses membres par l'intermédiaire d'un questionnaire nous permettant d'apporter des réponses objectives. Les réponses émanaient principalement de praticiens faisant partie de CHG et de CHU alors que les réponses de praticiens libéraux étaient minoritaires. Les actes liés à l'activité obstétricale, d'AMP et d'orthogénie n'ont pas été pris en compte. Au plus cinq items peuvent être pris en compte par le CNC et par spécialité. Il apparaît que la chirurgie coelioscopique est la plus fréquente, suivie de l'hystérectomie, de la chirurgie de la statique pelvienne (17,7 %), de l'hystérectomie opératoire et de la pathologie mammaire. Ces cinq items peuvent être considérés, certes sommairement, comme reflétant l'activité chirurgicale de notre spécialité.

Nous avons donc proposé, pour la liste des actes et les valeurs seuil en deçà desquelles nous pouvons dire que la pratique chirurgicale pose problème, les valeurs suivantes :

Intervention	Seuil d'activité annuelle	Indications	Résultats
Cœlio-opératoire	20	GEU Kyste ovaire Endométriose Stérilité	Taux de conversion < 1 % DMS ≤ 3 jours
Hystérectomie pour lésion bénigne	10	Fibromes Adénomyose Hyperplasie	Reprise < 1 %
Cancer du sein	20	Cancer in situ ou invasif	Caractère histo complet RCP
Chirurgie statique pelvienne	10	Prolapsus Incontinence d'urine d'effort	Reprise < 1 %

C N G O F



184, rue du Faubourg Saint Antoine 75012 Paris
Tél: 01.43.43.01.00 - Fax: 01.43.43.02.22
Internet: <http://www.cngof.org>
E-mail: cngof@club-internet.fr

n°17 Novembre 2008

Reste enfin le problème de la part complémentaire variable pour les hospitaliers pour lesquels, là encore, les seuls actes pris en compte sont les hystérectomies, les curetages et les conisations. Nous avons de multiple fois protesté auprès du ministre ou de ses collaborateurs pour dire que si la part complémentaire variable est le reflet de l'activité de l'équipe et doit présenter pour chacun un avantage salarial (jusqu'à 600 euros par mois), il faut tenir compte de notre activité globale de gynécologie mais aussi d'obstétrique, le nombre d'accouchements et son évolution étant aussi le reflet de l'attractivité de l'équipe.

Nous proposons donc que l'on retienne comme actes traceurs les actes suivants :

- l'accouchement d'un enfant unique par le sommet ou le siège
- l'accouchement d'une grossesse multiple
- l'accouchement avec extraction instrumentale
- la césarienne
- le nombre d'échographies gynéco-obstétricales
- les prélèvements ovulaires et/ou ovocytaires.

Pour la chirurgie gynécologique, nous regrettons que cette chirurgie soit distribuée dans trois spécialités différentes : chirurgie viscérale, urologie et gynécologie alors que les femmes, selon le moment de leur vie, ont besoin d'un gynécologue-obstétricien. Nous proposons de retenir :

- la kystectomie ovarienne par coelioscopie ou laparotomie
- la chirurgie de la GEU par coelioscopie ou laparotomie
- la myomectomie ou polypectomie ou résection endométriale par hystérectomie
- la chirurgie de l'incontinence d'urine avec ou sans prolapsus
- la chirurgie du prolapsus par voie vaginale, laparotomie, coelioscopie
- l'hystérectomie élargie avec lymphadénectomie pour cancer de l'utérus par voie coelioscopique ou laparotomie, ou vaginale.

Enfin, pour le sein, nous proposons de rajouter :

- la tumorectomie
- la tumorectomie avec curage axillaire
- la mastectomie
- la mastectomie avec curage axillaire que nous pratiquons régulièrement et souvent plus souvent que les chirurgiens viscéraux.

Jusqu'à présent, nous n'avons aucune réponse des instances qui nous gouvernent ni du Conseil national de la chirurgie.

On pouvait espérer plus de reconnaissance du nouveau CNC, puisque il a été reconduit pour une période de trois ans par le décret 2008-525 du 3 juin 2008* qui en précise les fonctions.

Le CNC peut être saisi par le ministre chargé de la santé de toute question concernant la chirurgie (fonction de veille sur les évolutions scientifiques et technologiques, formation initiale et continue, proposer à la HAS des méthodes et procédures d'évaluation des innovations thérapeutiques et des dispositifs médicaux implantables, proposer des modes d'exercice innovants pour la chirurgie et les équipes des blocs opératoires, participer, en appui des conseillers généraux des établissements de santé et sous l'autorité du directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, à des missions d'expertise technique sur des opérations de reconstitution des activités chirurgicales de coopération entre établissements de santé).

De l'analyse de ces missions, on peut souligner le caractère redondant de certaines fonctions qui étaient initialement dévolues aux sociétés savantes et aux différents collèges de spécialité chirurgicale, et à d'autres missions telles que celles de Y. Matillon sur l'établissement de référentiels métiers. Enfin, on peut s'interroger sur la composition du CNC comportant des membres représentant les organisations syndicales de praticiens, des fédérations hospitalières, des conférences hospitalières et hospitalo-universitaires, des membres représentant les sociétés savantes, le président de l'Académie nationale de chirurgie, le président de la Fédération des collèges français de spécialités chirurgicales, le président de l'Association française de chirurgie, le président de l'Association française de chirurgie ambulatoire, le président de la Société française d'anesthésie et de réanimation, des membres représentant les organismes d'assurance maladie et mutualistes et des membres représentant les institutions (CNOM, InCA et la HAS).

Peut-on se satisfaire de cette composition dans laquelle toutes les spécialités chirurgicales ne sont plus représentées que par le président de l'Académie nationale de médecine ou son représentant dans la deuxième division (chirurgie et spécialités chirurgicales) ? S'agit-il d'un moyen simple pour exclure les véritables représentants des spécialités chirurgicales des instances de proposition ? Les gynécologues-obstétriciens seront-ils représentés par ce seul chirurgien alors que les anesthésistes réanimateurs figurent dans le CNC de plein droit ?

Il est temps de donner aux collèges (et le nôtre est le plus ancien et l'un des mieux structurés) la place qui doit être la leur dans la définition des métiers, des actes traceurs, des minimums d'activité, des critères de formation initiale ou continue, d'EPP...

* <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Fréquences des actes chirurgicaux effectués en gynécologie

Acte	Nombre d'interventions	Pourcentage
Coelioscopie opératoire	4 126	22 %
Hystérectomie	3 613	19,3 %
Hystéroscopie opératoire	3 149	16,8 %
Pathologie mammaire	2 691	14,3 %
Tumorectomie curage	1 213	
Tumorectomie	944	
Mastectomie	534	
Cure de prolapsus	1 647	8,8 %
Conisation	1 486	7,9 %
Cure d'incontinence	1 484	7,9 %
Myomectomie	561	3 %
Total	18 757	100 %

Emile Daraï, Jacques Lansac, Dominique Luton, Bruno Michelin

Grossesse chez les femmes porteuses d'un syndrome de Turner : attention danger !

L'Agence de la biomédecine signale deux cas de décès survenus en France en fin de grossesse chez des femmes porteuses d'un syndrome de Turner et enceintes après un don d'ovocytes.

Chez les femmes porteuses d'un syndrome de Turner, les grossesses spontanées sont très rares (2 %). Le don d'ovocytes constitue pour la vaste majorité d'entre elles la seule possibilité d'aboutir à une grossesse.

Ces grossesses sont dangereuses car 5 à 50 % des femmes atteintes d'un syndrome de Turner ont une malformation cardiovasculaire associée : coarctation de l'aorte (10 % des cas), valve aortique bicuspidée chez 1/3 des patientes.

Les complications obstétricales les plus sévères sont donc cardiovasculaires, telles que l'exacerbation d'une hypertension préexistante et la dissection aortique pouvant comme dans le syndrome de Marfan entraîner le décès. Ce risque de décès par dilatation, dissection ou rupture aortique est estimé à deux pour cent des femmes porteuses du syndrome, soit une augmentation de risque de décès 100 fois supérieure à la norme, et à 50 % des dissections aortiques qui peuvent se produire en fin de grossesse. Une revue de la littérature entre 1961 et 2006 a été répertoriée : 85 cas de dissection de l'aorte chez des femmes porteuses d'un syndrome de Turner. Sur les 7 cas observés après PMA, 6 femmes sont décédées. Enfin, des cas de stéatose hépatique sévères ont été observés.

L'Agence de la biomédecine a chargé le CNGOF de mettre en place un groupe de travail pluridisciplinaire pour faire des recommandations concernant :

- le bilan à faire avant toute grossesse et au cours de la grossesse si celle-ci est acceptée ;
- les modalités d'accouchement ;
- les modalités du suivi après l'accouchement.

Le Collège :

- met donc en garde les gynécologues-obstétriciens qui seraient amenés à suivre une grossesse spontanée ou après don d'ovocytes chez une patiente porteuse d'un syndrome de Turner sur les risques et la gravité de telles grossesses, qui doivent bénéficier d'un suivi cardiologique par une équipe spécialisée ;
- demande aux gynécologues-obstétriciens de signaler ces grossesses et leur issue au CNGOF ;
- publiera avec l'Agence de la biomédecine et la HAS les recommandations dès qu'elles seront rédigées.

Une information plus complète est consultable sur le site internet du CNGOF*. Les recommandations de la HAS sur le syndrome de Turner peuvent être consultées en ligne sur le site de la HAS**.

* <http://www.cngof.org/>

** <http://www.has-sante.fr>

Jacques Lansac

Études médicales : les AFS/AFSA sont remplacés par les DFMS et DFMSA par arrêté du 8 juillet 2008 *

Cet arrêté concerne les étudiants non membres de l'espace européen que nous accueillons dans nos services. Leur formation va devenir obligatoirement diplômante, et il s'agira du Diplôme de Formation Médicale Spécialisée (DFMS) et du Diplôme de Formation Médicale Spécialisée Approfondie (DFMSA).

La durée du DFMS sera d'au minimum deux semestres et au maximum six semestres ; la maquette sera calquée sur celle du DES. Pour le DFMSA, la durée du diplôme ira de six mois, au maximum douze mois, et le contenu de l'enseignement sera celui du DESC.

Le nombre de places offertes sera fixé chaque année par le ministère de l'Enseignement supérieur par discipline spécialité, au sein de chaque interrégion.

Les candidats devront passer un test de connaissance du français ou être titulaire du Diplôme d'Etudes en Langue Française, et ils passeront une épreuve classante portant sur le programme des épreuves classantes nationales. Ces épreuves seront organisées de façon synchrone par les services de coopération des ambassades des postulants.

Le jury classera les candidats par discipline spécialité dans la limite du double du nombre de postes ouverts.

Les dossiers de candidature seront adressés à l'université de Strasbourg 1 qui les transmettra aux universités où le candidat souhaite aller. Les universités auront à charge de classer les candidats par discipline et spécialité en prenant l'avis du Doyen, du Directeur général et du Coordonnateur inter-régional de la discipline.

Ces étudiants suivront l'enseignement théorique et leur formation pratique se passera dans les services agréés pour le DES et le DESC.

Ils seront recrutés en qualité de faisant fonction d'interne.

Malheureusement, après contact avec l'université de Strasbourg, il apparaît qu'aucun poste de faisant fonction d'interne n'a été prévu pour accueillir ces étudiants.

Au total, cette révision de l'accueil des AFS et AFSA remet de l'ordre pour accueillir ces étudiants étrangers. Elle est maintenant clairement diplômante, mais si l'on veut que cela marche, il faut qu'il y ait des postes de FFI fléchés pour accueillir ces médecins.

* Arrêté du 8-7-2008 - NOR : ESRS0800237A-
<http://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/>

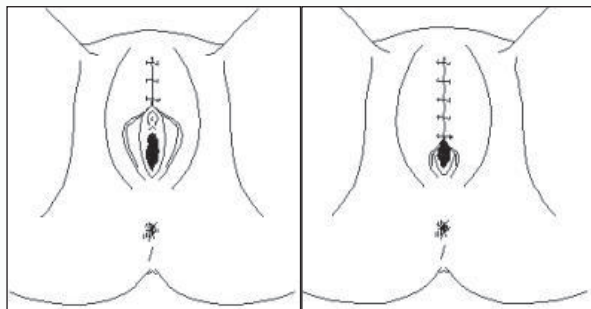
Guillaume MAGNIN

Mutilations sexuelles féminines

Depuis 2006, GSF (Gynécologie Sans Frontières) s'est associée au CNGOF pour la lutte contre les mutilations sexuelles féminines (MSF) dans le cadre du programme du ministère de la Santé.

Petit rappel sur les MSF

Deux principaux types : l'excision et l'infibulation



Excision

Infibulation

Pratiquées dès la naissance, vers 3-6 ans, entre 10 et 12 ans, juste avant le mariage (15-16 ans) ou parfois plus tard, les MSF affectent 130 millions de femmes. Chaque année, 2 à 3 millions de fillettes et de jeunes femmes subissent une mutilation génitale. En France, on estime entre 45 000 et 60 000 le nombre de femmes et de fillettes mutilées ou menacées de l'être. Elles sont appliquées surtout en Afrique de l'Ouest (excision) et

en Afrique de l'Est (infibulation), mais également au Moyen-Orient et en Asie.

On pense que « la mutilation sexuelle féminine » était déjà pratiquée bien avant la naissance du christianisme et de l'islam, en particulier chez les Phéniciens, les Hittites et dans l'Égypte des Pharaons.

Les conséquences des mutilations génitales féminines varient selon le type et la gravité de l'acte pratiqué :

- Les conséquences immédiates sont le décès par choc et hémorragie, la douleur aiguë, les infections locales, des lésions traumatiques des organes de voisinage (vessie, anus), la rétention d'urine liée à la douleur, les plaies...
- Les complications tardives sont fréquentes et surtout en cas d'infibulation avec une gêne pour uriner, pour les rapports sexuels et même parfois pour les règles et les complications obstétricales avec dystocie à l'origine de souffrance fœtale, de fistules vésico-vaginales, d'hémorragie de la délivrance et de césarienne.
- Des complications sur la sexualité surviennent fréquemment avec angoisse au moment du démarrage de l'activité sexuelle, dyspareunie et frigidité.
- Les complications psychologiques sont d'autant plus importantes que les mutilations sont pratiquées tardivement avec troubles du comportement, anxiété, dépression ou frigidité.

En France, elles sont condamnées par la loi. Depuis 1979, une quarantaine de procès ont contribué à condamner les exciseuses et les parents. Depuis ces condamnations, les pratiques semblent avoir cessé en France. Depuis avril 2006, ces pratiques sont également condamnées si elles se produisent à l'étranger.

En cas de menace d'excision de fillettes ou d'adolescentes, en France ou à l'étranger, il faut contacter la cellule de recueil des informations préoccupantes du Conseil général, ou le procureur de la République au Tribunal de grande instance du lieu de résidence si le risque est imminent.

Des traitements chirurgicaux sont envisageables, il nécessite une prise en charge pluridisciplinaire chirurgicale, psychologique et sociale.

Xavier Bertrand, alors ministre de la Santé, a lancé fin 2006 un programme de lutte contre les mutilations sexuelles féminines. L'objectif est d'éradiquer toute mutilation sexuelle féminine en France d'ici 2010. Il comporte plusieurs composantes :

1. Médicale :

« Je veux que toute personne professionnel de terrain, de santé, enseignant ou tout proche, qui voit une personne menacée sache à qui s'adresser pour protéger la jeune fille de l'excision ».

Des colloques régionaux ont été réalisés dans 9 régions : Champagne, Ile de France, Pays de la Loire, Haute Normandie, Rhône-Alpes, PACA, Poitou Charente, Picardie. Un ouvrage pratique « Le praticien face aux mutilations sexuelles aux féminines » vient d'être terminé, il sera diffusé à l'ensemble des professionnels de santé.

« Je veux que toute personne qui a subi une excision puisse être prise en charge de manière adéquate... Il est indispensable d'organiser une offre de soins de qualité pour répondre aux besoins des femmes dans toutes les régions concernées avec une équipe pluridisciplinaire (chirurgie, psychologue, sexologue) référente par région. Cette question sera inscrite à l'ordre du jour de la prochaine réunion des ARH, le 21 décembre 2006. » Nous avons réalisé une enquête sur les sites pratiquant la réparation des MSF. Ce sont les équipes de :

St-Germain-Poissy (P. Foldes), Créteil (B.-J. Paniel), Angers (S. Mazdou), Bichat (P. Faucher), Cochin (F. Léonard), Bagnolet (P. Becache), Robert Debré (J.-F. Oury), Tenon (E. Darai), St Antoine (B. Carbonne), Lyon (D. Raudrant, G. Dubernard), Toulouse (X. Monrozies, J. Thévenot), Evry (B. Cristalli), Langon (Tissot), Dijon (I. Reynaud), Lille (D. Vinatier), Lille (R. Matis), Nantes (Hermouet et Guihard). Certains ont mis en place un réel centre pluridisciplinaire (chirurgien, psychologue, assistante sociale, sexologue) : CHU de Marseille (F. Bretelle), CH de Montreuil (A. Ndiaye), CHU de Poitiers (Sarfati), CHU de Rouen (B. Resch) et du CHU de Nantes (H.-J. Philippe).

2. Pédagogique :

« Une circulaire sera adressée aux doyens de faculté de médecine ainsi qu'aux écoles de sages-femmes, d'infirmières et de puéricultrices pour les informer de la nécessité de dispenser des formations sur l'excision. ». Nous avons réalisé une enquête sur les facultés ayant mis en place un enseignement sur les MSF dans les études médicales. Uniquement trois facultés ont mis en place cet enseignement : la faculté de médecine d'Amiens, la faculté de médecine catholique de Lille, et celle de Nantes.

3. Scientifique :

Un travail de recherche sur les conséquences des mutilations sexuelles féminines est réalisé par l'INED, l'université Paris I et sous la direction scientifique d'H.-J. Philippe : « Excision et handicap ». Les résultats seront publiés dans le courant de l'année 2009.

Pour en savoir plus sur ce sujet, vous pouvez consulter les documents mis à disposition sur le site de GSF : www.gysnf.org

Henri-Jean Philippe

Collaboration CNGOF/Cambodge

La collaboration entre le Collège et les équipes gynéco-obstétricales de Pnom Penh et plus largement du Cambodge est d'actualité.

C'est avec l'initiative du Professeur Jacques Lansac, notre président, que depuis plusieurs années ce partenariat existe. Celui-ci se fait aussi bien au niveau de l'enseignement théorique que pratique et également sur le conseil, quant au développement et la mise en place de structures de soins en gynécologie-obstétrique au Cambodge et particulièrement à l'hôpital Calmette. Le Professeur Lansac a organisé avec les responsables de l'enseignement de la gynécologie-obstétrique à Pnom Penh - et entre autres le Professeur Seang Tarith - les différents modules de l'enseignement de la spécialité auxquels plusieurs d'entre nous ont déjà participé.

Le Docteur Jean-Philippe Ayel a été missionné au mois de novembre 2007 dans le cadre du DU de gynécologie-obstétrique pour assurer la formation des étudiants cambodgiens de l'université des sciences de la santé de Pnom Penh en stérilité. À cette occasion, des présentations au nom du CNGOF ont pu être faites dans le cadre des 13^{es} journées de chirurgie organisées dans la capitale cambodgienne en novembre 2007.

Des liens particuliers avec le Professeur Sim Leang, gynécologue-obstétricien membre du CNGOF et responsable de la maternité de l'hôpital Calmette, ont été confirmés grâce au Professeur Alain Mouzard, responsable du département des relations internationales et de la coopération française au Cambodge. Madame Sim Leang a pu bénéficier d'une bourse lui permettant d'être six semaines à Paris en mai juin 2008. Accueillie par le Professeur Dominique Mahieu-Caputo, responsable du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital Bichat et avec le Docteur Ayel, co-responsable du Centre de PMA de ce même service, le Professeur Sim Leang a pu profiter d'une intégration dans les pratiques quotidiennes du service, aussi bien en stérilité qu'en gynécologie et obstétrique.

C'est à cette occasion que nous avons pu refaire le point sur les perspectives à venir. Le Professeur Sim Leang va mettre en place la première unité cambodgienne de diagnostic et de prise en charge de la stérilité à l'hôpital Calmette. Dans ce cadre, il est prévu une nouvelle mission sur place en mars 2009, permettant d'aider nos collègues cambodgiens.

Cet exemple de collaboration et de partenariat illustre bien les missions que le CNGOF s'est données à travers ces actions internationales.

Jean-Philippe Ayel



Les Prs Sim, Lansac, Mahieu-Caputo, Selva et les Drs Ayel, Yazbeck et Moline You lors du dîner d'accueil à Paris (Photo Christophe Gruner)

Actes d'acupuncture autorisés pour les sages-femmes

Par décret du 27 août 2008*, les sages-femmes sont autorisées à pratiquer des actes d'acupuncture, sous réserve qu'elles possèdent « un diplôme d'acupuncture délivré par une université de médecine et figurant sur une liste arrêtée par les ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur, ou un titre de formation équivalent l'autorisant à pratiquer ces actes dans un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ».

* Décret n° 2008-863 du 27 août 2008, paru du JORF n° 0201 du 29 août 2008, NOR SJSH0812717D - <http://www.legifrance.org/>

Rencontres franco-vietnamiennes de gynécologie-obstétrique

Les « 1^{res} rencontres franco-vietnamiennes de gynécologie-obstétrique » organisées par le CNGOF auront lieu à Hanoi les 30 et 31 mars 2009 et à Ho-Chi-Minh ville les 2 et 3 avril 2009.

Ce congrès sera animé par les médecins français ayant effectué des missions d'enseignement au Vietnam (qui sont assurées depuis 20 ans !) et nos collègues vietnamiens.

Renseignements et inscriptions : isgirault@chu-angers.fr

Gynécologie Obstétrique et Fertilité

Gynécologie Obstétrique et Fertilité (GOF) aussi appelé « la Revue Rouge » est née en 2000 de la fusion de Contraception Fertilité Sexualité (J. Cohen) et JOB GYN (D. Dargent et B. Hédon). La récupération d'un « facteur d'impact » était l'un des objectifs annoncés dès la création de ce nouveau titre. C'est aujourd'hui chose faite, bien qu'il faille attendre le début de l'année 2010 pour voir cette mesure s'appliquer effectivement. Je tiens à souligner l'efficacité du Comité de lecture de la revue auquel revient une part importante de cette distinction. Les travaux scientifiques français devraient aussi trouver une valorisation que la publication en langue anglaise était jusqu'ici la seule à leur offrir.

Patrick Madelenat

En direct du Collège

Les 32^{es} Journées nationales du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français auront lieu du 3 au 6 décembre 2008 au CNIT.

Directeur de publication :	Pr B. Carbonne (Paris)
Rédacteur en chef :	Pr Ph. Descamps (Angers)
Comité de rédaction :	
Vie universitaire :	Pr H.-J. Philippe (Nantes)
Affaires internationales :	Pr G. Magnin (Poitiers)
Gestion du risque :	Pr F. Pierre (Poitiers)
Vie professionnelle Privé/Public :	Dr G. Dauptain (Gonesse) - Dr G.-F. Blum (Mulhouse)
Formation, RPC :	Pr B. Carbonne
Communication :	Pr Ph. Descamps (Angers) - M.-H. Coste (Paris) Dr J. Belaisch-Allart (Sèvres)
Conception / réalisation :	3c01@ (www.congres-medical.com)
Webmaster :	B. Michelon (www.cngof.org)

du **BREVES**
COLLEGE