

MEILLEURES VIDEOS DES COMMUNICATIONS LIBRES

Le curage lombo aortique par voie transpéritonéale en 10 étapes

Type de communication : Communication vidéo

Thème : Oncologie

Date de la session : 7 décembre 2017

Horaire de la session : 17h10-18h00

C. Billard*(1)

Chu Strasbourg, Strasbourg, France(1)

**Auteur principal*

Résumé

Objectif : Le curage lombo aortique par voie transpéritonéale présente de nombreux d'avantages. D'abord, il s'agit d'une approche peu invasive et, l'approche transperitoneale, reste la meilleure option lorsqu'une chirurgie intra-abdominale est indiquée. Bien que la procédure soit décrite depuis plus de deux décennies, il persiste un manque de standardisation de la technique. La standardisation et la description simple de la technique est l'objectif principal de cette vidéo.

Nous avons décrit cette procédure en 10 étapes logiques qui pourraient aider à comprendre et à exécuter cette procédure.

Méthodes. Cette vidéo présente une approche systématique de la lymphadénectomie lombo aortique transpéritonéale qui est divisée en dix étapes claires et logiques.

Résultats.

Étape 1: accès rétropéritonéal

Étape 2: Création d'un espace pour la lymphadénectomie et identification de repères anatomiques

Étape 3: dissection des ganglions lymphatiques iliaques communs gauches

Étape 4: dissection des ganglions lymphatiques iliaques communs droit

Étape 5: dissection des ganglions lymphatiques présacrés

Étape 6: dissection des ganglions lymphatiques latéro aortique

Étape 7: dissection des ganglions lymphatiques latéro cave

Étape 8: dissection des ganglions lymphatiques inter artico cave

Étape 9: Extraction vaginale des ganglions à l'aide d'un sac

Étape 10: suture vaginale

Conclusions. L'accès transperitoneal aux ganglions lymphatiques lumboaortiques est une méthode efficace de Lymphadénectomie qui peut apporter des avantages à certain patient ainsi qu'au chirurgien. La standardisation de la technique en dix étapes aide à effectuer cette chirurgie dans une logique plus ergonomique, plus facile à adopter et à apprendre. La standardisation de ces techniques de chirurgie laparoscopiques pourrait contribuer à réduire la courbe d'apprentissage du chirurgien.

Césarienne vaginale: Technique chirurgicale.

Type de communication : Communication vidéo

Thème : Obstétrique

Date de la session : 7 décembre 2017

Horaire de la session : 17h10-18h00

S. Delplanque*(1), M.Lelous(1), K.Nyangoh timoh(1), J.Leveque(1), V.Lavoué(1), H.Isly(1)

Chu de Rennes, Rennes, France(1)

**Auteur principal*

Résumé

La césarienne vaginale est une technique chirurgicale peu fréquente et peu enseignée. Sa réalisation est pourtant assez simple et il reste des indications précises où elle est le meilleur moyen d'extraction fœtale. Son incidence est exceptionnelle et la bibliographie peu abondante.

L'échec de déclenchement dans un contexte d'interruption médicale de grossesse (IMG) ou de mort fœtale in utero est la meilleure indication et elle est d'autant plus intéressante s'il existe des troubles de la coagulation (hématome rétroplacentaire, éclampsie) à des termes non viables pour le fœtus.

La césarienne vaginale a pour avantage d'être moins hémorragique par rapport aux césariennes habituelles. Elle est aussi rapide avec des suites opératoires souvent simples. Elle n'a cependant plus sa place pour les accouchements à terme avec un risque foetal à l'extraction.

A travers un cas clinique, nous montrons qu'elle garde sa place dans les techniques chirurgicales à connaître pour proposer la meilleure prise en charge possible.

Chez une patiente de 34 ans, G3P2, on découvre à 22SA un retard de croissance sévère vasculaire (anomalies des dopplers foeto-maternels) et reste du bilan étiologique normal. Elle est hospitalisée à 24SA pour crise comitiale puis état de mal épileptique sur éclampsie nécessitant son transfert en réanimation.

Elle présente une légère cytolysé hépatique sans trouble de la coagulation. Le fœtus est estimé à 275g.

Une IMG par césarienne vaginale est faite en urgence pour sauvetage maternel. Elle est réalisée selon la technique de Durhsenn sans complication. L'état clinique s'est ensuite rapidement amélioré.

La technique opératoire suit 4 temps :

Exposition du segment inférieur

Ouverture cervicosegmentaire

Extraction fœtale

Sutures segmentocervicales

Les complications à court terme sont le risque hémorragique en cas d'incision cervico-isthmique non médiane et la plaie vésicale si l'incision cervicosegmentaire est insuffisante.

A long terme, il existe un risque de béance cervicoisthmique.

Connaître la technique chirurgicale de la césarienne vaginale est intéressant car il persiste des indications précises, notamment en cas d'IMG pour sauvetage maternel si le déclenchement est impossible ou après échec de celui-ci. C'est une opération sûre avec des complications exceptionnelles.

GESTION DES RISQUES EN OBSTETRIQUE ET SIMULATION SUR MODELE ANIMAL : IMATCH : Initiation sur Modèle Animal aux Techniques Chirurgicales d'Hémostase

Type de communication : Communication vidéo

Thème : Obstétrique

Date de la session : 7 décembre 2017

Horaire de la session : 17h10-18h00

A. Hastoy*(1), S.Fleury*(1), M.Allouche*(1)

MATERMIP-CHU TOULOUSE, Toulouse, France (1)

**Auteur principal*

Résumé

En France, les décès en lien avec l'hémorragie du post-partum (HPP) sont jugés évitables et associés à des soins non optimaux dans plus de 80% des cas. Une enquête réalisée par le réseau MATERMIP auprès des obstétriciens (GO) de Midi-Pyrénées en 2007 montrait une hétérogénéité de la formation initiale et des compétences vis-à-vis de la réalisation des gestes chirurgicaux d'hémostase.

L'objectif de ce film est d'exposer les étapes de développement d'un programme de simulation sur modèle animal permettant l'apprentissage des gestes chirurgicaux d'hémostase en cas d'HPP.

Le projet a été mené en collaboration avec l'Ecole Nationale Vétérinaire de Toulouse (ENVT) et autorisé par le comité d'éthique en expérimentation animale (C2EA-86). Nous avons choisi la brebis gravide, modèle au coût abordable et dont la gestation longue offre un utérus gravide proche de celui de la femme (taille, vascularisation). Le programme de formation a été visé par le comité scientifique du réseau et validé par l'agence nationale du DPC. Une session théorique le matin, permettait un rappel des stratégies de prise en charge de l'HPP conformément aux RPC du CNGOF (2014). Les spécificités du modèle ainsi que les bases éthiques de la recherche animale étaient exposées. L'après-midi, se déroulait la mise en pratique : l'animal été opéré par 2 apprenants maximum, afin que chacun réalise l'ensemble des gestes, encadré par 2 formateurs de MATERMIP. Une première brebis a été opérée en avril 2016 permettant de valider la fidélité du modèle animal et la faisabilité des ligatures vasculaires.

Du 23 au 27 janvier 2017, 14 professionnels (GO ou chirurgiens digestifs) ont été formés. Au sein du bloc opératoire des ruminants de l'ENVT, l'animal était installé en décubitus dorsal et une césarienne était réalisée sous anesthésie générale. Chaque apprenant effectuait ensuite les gestes successifs de prise en charge chirurgicale d'une HPP : techniques de compressions utérines (Cho, B-Lynch, Hayman), ligatures vasculaires (artères utérines et techniques dérivées, artères iliaques internes) et hystérectomie inter-annexielle.

Ce film expose les étapes de création d'un programme de simulation sur modèle animal et ce afin d'en faciliter la reproductibilité auprès d'autres réseaux ou centres formateurs en obstétrique.

COMMUNICATIONS VIDEOS

Utilisation du modèle ovin pour l'enseignement et l'entraînement à la réalisation d'une hystérectomie vaginale

Type de communication : Communication vidéo

Thème : Gynécologie

Y. Kerbage*(1), M.Cosson(1), T.Hubert(1), G.Giraudet(1)

Chru Lille, Lille, France (1)

**Auteur principal*

Résumé

Introduction : Le nombre d'hystérectomie vaginale réalisé dans les pays développés diminue alors que cette voie est associée à des résultats supérieurs pour les patientes et à des coûts moindres. Ceci entraîne une moins bonne formation des internes à la chirurgie vaginale au dépend de la cœlioscopie notamment. Il est donc nécessaire de proposer un mode de formation adéquat à cette voie d'abord. Il n'y a pas de modèle animal pour l'hystérectomie vaginale décrit dans la littérature. Couri et al. ont traité les avantages et les inconvénients du modèle animal en ce qui concerne la chirurgie du prolapsus. Pour des considérations pratiques (coût et logement) et des raisons anatomiques (anatomie et taille pelvienne similaires), nous avons choisi la brebis comme modèle.

Méthode: Une brebis multipares était le modèle. La chirurgie a été effectuée sous anesthésie générale à l'Université de Lille, France. La brebis était en position dorsale. La vidéo a consisté en la réalisation d'une hystérectomie vaginale effectuée par un chirurgien confirmé en suivant précisément toutes les étapes comme s'il s'agissait d'une hystérectomie vaginale classique réalisée chez une femme.

Résultats: Chaque étape chirurgicale a été filmée et mise en parallèle à une hystérectomie vaginale réalisée chez une patiente. Nous avons identifié que tous les « points clés » de la chirurgie étaient particulièrement semblables (dissection antérieure et postérieure, ligature des artères utérines, ligature des pédicules annexiels et fermeture vaginale)

Conclusion: La brebis semble être un modèle approprié à l'enseignement et à la réalisation d'une hystérectomie vaginale. Une évaluation ultérieure de ce modèle auprès de nos internes permettra de le valider.

Métrectomie : une alternative à l'hystérectomie

Type de communication : Communication vidéo

Thème : Gynécologie

R. Vanspranghels*(1), G.Giraudet(1)

Jeanne de Flandre, Lille , France (1)

**Auteur principal*

Résumé

L'adénomyose utérine sévère conduit souvent à une impasse thérapeutique, imposant comme recours ultime l'hystérectomie. Cette solution n'est pas envisageable chez les patientes ayant un désir de grossesse. Nous présentons ici une alternative chirurgicale consistant en la résection des tissus adénomyosiques, puis en une reconstruction utérine dans le même temps.

Notre patiente, âgée de 38 ans, présente un utérus de 18 cm de large entraînant une compression urétérale bilatérale associée à des thromboses iliaques. Sa symptomatologie est dominée par les méno-métrorragies, ainsi qu'une infertilité primaire avec échec de 3 fécondations in vitro. L'intervention débute par une incision selon Mouchel. Une hystérotomie est effectuée selon un axe sagittal jusqu'au segment inférieur. L'excision des tissus pathologiques s'effectue en « quartiers d'orange », en préservant la cavité utérine et la séreuse. La reconstruction s'effectue ensuite à l'aide de multiples sutures. Au total, 308 grammes de tissus pathologiques ont été réséqués.

Un délai minimal de 6 mois est nécessaire avant l'obtention d'une grossesse. Dans la littérature, 14 grossesses ont pu être obtenues après cette intervention (sur 26 patientes), sans rupture utérine décrite.

ISTHMORRAPHIE PAR VOIE VAGINALE

Type de communication : Communication vidéo

Thème : Gynécologie

S. Rivière*(1), V.Vincent*(1)

Hopital S. Veil, Eaubonne, France(1)

**Auteur principal*

Résumé

INTRODUCTION

L'isthmocèle est définie comme une déféctuosité de la decidua et du myomètre qui se présente sous la forme d'une hernie au niveau de la cicatrice de césarienne lors de l'échographie et dont l'importance se mesure par l'épaisseur du myomètre résiduel et la profondeur du defect. La prévalence de l'isthmocèle peut varier de 56% à 84%. L'isthmocèle est une pathologie aux problématiques majeurs (grossesse ectopique sur cicatrice, rupture utérine et infertilité secondaire).

Les méthodes de réparation concernent toutes les voies d'abord utilisées en chirurgie gynécologique (hystérocopie, coelioscopie, voie vaginale et laparotomie).

L'objectif de cette vidéo est de présenter la réparation par voie vaginale d'un isthmocèle.

MATERIELS ET METHODES

Le cas présenté dans la vidéo est une patiente de 35 ans ayant accouché une fois par césarienne en 2007. Dans le cadre d'un bilan d'infertilité secondaire, la patiente décrit des méno-métrorragies et des algies pelviennes cycliques.

L'échographie pelvienne suspecte un isthmocèle qui n'est pas retrouvé lors de l'hystérocopie diagnostique. La coelioscopie exploratrice ne met pas en évidence l'isthmocèle malgré une chromatographie au bleu.

Devant la persistance de la symptomatologie, une IRM pelvienne est réalisée qui confirme le diagnostic d'isthmocèle large sur un utérus rétrofléchi (defect important caractérisé par une épaisseur myométriale résiduelle inférieure à 2 mm et un pourcentage résiduel de myomètre antérieur inférieur à 50%).

Il est donc décidé de réaliser une isthmorrhaphie par abord vaginal.

La patiente a donné son consentement au caractère filmé de l'intervention.

RESULTATS

Il n'y a pas eu de complications per-opératoires, ni post-opératoires que ce soit à court ou moyen terme. A deux mois, la patiente ne rapporte plus de méno-métrorragies ni d'algies pelviennes cycliques.

CONCLUSION

L'isthmorrhaphie par voie vaginale est une des méthodes de réparation des isthmocèles larges qui présente un intérêt en terme de durée opératoire, de diminution des risques de plaies viscérales ou vasculaires, et qui ne génère pas d'adhérences pelviennes chez une patiente présentant un désir de grossesse.

Chirurgie coelioscopique de l'endométriose profonde des racines sacrées: une série de 22 de cas

Type de communication : Communication vidéo

Thème : Gynécologie

H. Roman*(1)

Chu de Rouen, Rouen, France (1)

**Auteur principal*

Résumé

Les lésions volumineuses d'endométriose profonde peuvent comprimer ou infiltrer les racines sacrées. Cette localisation est suspectée lors de l'apparition des symptômes neurologiques somatiques dans les membres inférieurs, les fesses ou les territoires des nerfs pudendaux, associés à des symptômes végétatifs rectaux, vésicaux ou vaginaux.

Au cours des 14 mois consécutifs, nous avons réalisé la prise en charge de 22 jeunes femmes atteintes d'une endométriose profonde responsable d'une compression ou d'une infiltration des racines sacrées. Ces localisations étaient associées à des atteintes colorectales, vaginales, urétérales ou vésicales.

La dissection et libération complète des racines sacrées concernées ont été réalisées dans 19 cas. Deux patientes ont nécessité un shaving des racines sacrées, tandis que chez une jeune femme de 27 ans la résection a été volontairement incomplète afin d'éviter une séquelle neurologique.

Concernant les gestes associés, 82% des femmes ont eu un geste de chirurgie rectale, et 36% un geste sur l'appareil urinaire. Les complications Clavien Dindo 3b ont été fréquentes (45%) mais ont été liées aux gestes digestifs et urinaires et non pas à la chirurgie des racines sacrées. Les douleurs neurologiques ont complètement disparu chez 21 patientes.

La chirurgie de l'endométriose profonde des racines sacrées est faisable pour des équipes expérimentées, avec un taux réduit de complications spécifiques et un taux excellent de résolution des douleurs neurologiques.

Approche coelio-vagino-transanale dans la chirurgie conservatrice de l'endométriose profonde avec atteinte rectale, vaginale, vésicale et des racines sacrées

Type de communication : Communication vidéo

Thème : Gynécologie

H. Roman*(1)

Chu de Rouen, Rouen, France(1)

**Auteur principal*

Résumé

Nous présentons notre approche combinée coelio-vagino-transanale dans la chirurgie conservatrice des nodules volumineux d'endométriose profonde.

Le film résume l'intervention pratiquée chez une jeune nullipare de 32 ans présentant un nodule d'endométriose infiltrant le moyen et bas rectum, le paramètre droit, les culs de sac postérieur et latéral droit du vagin, la vessie, et comprimant la racine sacrée S3 droite.

Le premier temps opératoire est vaginal et permet l'ouverture large de la cloison recto-vaginale située au dessous du nodule, et l'incision de la muqueuse vaginale autour de l'infiltration. Ce temps chirurgical permet, selon nous, de réduire le risque de blessure des nerfs splanchniques et facilite le temps coelioscopique.

Le deuxième temps est coelioscopique et permet la résection du nodule du paramètre et de la pastille vaginale, suivie par la suture du vagin. Les racines sacrées sont libérées. Le rectum est traité par shaving afin de rendre possible le troisième temps d'exérèse discoïde du bas rectum. Le nodule de vessie est réséqué.

Le troisième temps est transanal et emploie la technique de Rouen. La zone de shaving est repérée par des fils parachutes et tractée vers le bas à travers l'anus. Une pastille de paroi rectale de 5 cm de diamètre est enlevée à l'aide d'une pince transanale sémi-circulaire.

Une épiploplastie et une colostomie de décharge pendant 3 mois complètent cette procédure chirurgicale dont la durée totale a été de 4h40 min.

Cette patiente a été la 62ème traitée par la technique de Rouen, et la 54ème ayant bénéficié d'une approche coelio-vaginale. L'approche combinée permet la réalisation des techniques conservatrices de chirurgie des endométrioses profondes volumineuses, dans le but d'une meilleure préservation des fonctions digestive et urinaire postopératoires.

Prise en charge chirurgicale des volumineux kystes ovariens bénins

Type de communication : Communication vidéo

Thème : Gynécologie

J. Benabu*(1), F.Stoll(1), L.Lecointre(1), T.Boisramé(1), E.Faller(1), C.Akladios(1)

Hopitaux Universitaires de Strasbourg, Strasbourg, France(1)

**Auteur principal*

Résumé

Introduction

Les kystes ovariens présumés bénins sont fréquents chez la femme en période d'activité génitale et chez la femme ménopausée. Leur prise en charge varie selon leur symptomatologie, leur nature et leur taille. L'objectif de cette vidéo est de décrire la prise en charge chirurgicale des volumineux kystes ovariens présumés bénins par ponction aspiration avec l'astuce de l'utilisation d'un trocart à ballonnet pour sécuriser le geste.

Méthode

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 60 ans, ménopausée, sans antécédent notable, présentant un kyste ovarien droit de 20 centimètres de grand axe, uniloculaire, présumé bénin à l'évaluation pré opératoire.

Résultat

La technique opératoire consiste dans un premier temps en une coelioscopie exploratrice abdomino-pelvienne avec cytologie péritonéale première. Le deuxième temps chirurgical est la mise en place d'un trocart à ballonnet en transfixiant directement la paroi kystique avec la pointe du trocart. Le ballonnet du trocart est ensuite gonflé de façon à assurer l'étanchéité de la ponction puis l'aspiration du contenu liquidien est effectuée. Une fois le kyste vidé, l'orifice de la paroi kystique est refermé à l'aide d'un endoloop pour permettre de réaliser le geste d'annexectomie.

Conclusion

Le traitement coelioscopique des volumineux kystes ovariens doit respecter des règles chirurgicales strictes. Une évaluation pré opératoire rigoureuse est fondamentale. La ponction aspiration au moyen d'un trocart à ballonnet est une bonne astuce pour gérer ces kystes mais est formellement contre-indiquée en cas de suspicion de tumeur maligne.

Sac de Morcellation lors d'hystérectomie coelioscopique

Type de communication : Communication vidéo

Thème : Gynécologie

P. Laberge*(1)

Chu de Québec, , Québec, Canada(1)

**Auteur principal*

Résumé

Nous démontrons une technique de morcellation dans un sac très grand, de 4 litres, lors d'une hystérectomie coelioscopique pour utérus fibromateux. Ce sac est très résistant, et prévient l'essaimage de fragments tissulaires dans la cavité abdominale.

Laparoscopic extraperitoneal lumboaortic lymphadenectomy in 10 steps

Type de communication : Communication vidéo

Thème : Gynécologie

P. Chauvet*(1), K.Gałczyński(2), B.Rabischong (1) , M.Canis(1), N.Bourdel(1),

Chu Estaing, Clermont-Ferrand, France(1), Departement of gynecology medical university, Lublin, Pologne(2)

**Auteur principal*

Résumé

OBJECTIFS:

Les curages lombo-aortiques par voie extra-péritonéale coelioscopique ont à la fois les avantages de la chirurgie minimale invasive, et de l'accès spécifique du rétropéritoine. Même si la procédure a été décrite depuis déjà plus de deux décennies, la technique est toujours assez peu diffusée. Une bonne description et une standardisation de la technique sont les principaux objectifs de cette vidéo. Nous décrivons la technique en 10 étapes logiques, qui peuvent aider à la fois à comprendre et à réaliser la procédure.

METHODES:

La vidéo présente l'approche systématique pour réaliser des curages lombo-aortiques par voie rétro-péritonéale, en 10 étapes clés.

RESULTATS:

CONCLUSIONS: L'accès rétropéritonéal coelioscopique aux ganglions lombo-aortiques est une méthode efficace, qui apporte un réel bénéfice, à la fois à la patiente et au chirurgien. La présentation en 10 étapes pour réaliser cette intervention aide à réaliser chaque étape, comme une suite logique de la précédente, tout en rendant la procédure ergonomique, facile à réaliser et à apprendre. Avant de créer l'espace chirurgical extra-péritonéal, l'identification des repères anatomiques est essentielle, et doit précéder toute dissection ganglionnaire. La standardisation des techniques chirurgicales coelioscopiques pourrait aider à réduire les courbes d'apprentissage des chirurgiens en formation.

Laparoscopic dissection of female pelvis in 10 steps

Type de communication : Communication vidéo

Thème : Gynécologie

P. Chauvet*(1), K.Galczynski(2), B.Rabischong(1), H.Ferreira(3), M.Canis(1), N.Bourdel(1),

Chu Estaing, Clermont-Ferrand, France(1), Departement of gynecology medical university, Lublin, Pologne(2), Department of Obstetrics and Gynecology, Centro Hospitalar do Porto, University of Porto, Porto, Portugal(3)

**Auteur principal*

Résumé

Objectifs

Dans le pelvis féminin, au cours d'une dissection chirurgicale, 10 espaces peuvent être individualisés autour du vagin dans l'espace extrapéritonéal. Ces espaces sont initialement seulement virtuels, et peuvent ensuite se développer après dissection des tissus situés au niveau des plans de clivage, entre les structures anatomiques.

Le concept de ce travail est basé sur l'anatomie clinique chirurgicale. Les objectifs de cette vidéo sont de présenter la dissection de ces 10 espaces dans le pelvis féminin.

Methodes

La vidéo présente la dissection des espaces médian et latéral, lors d'une hystérectomie radicale. Les étapes de dissection sont présentées dans le sens inverse des aiguilles d'une montre. Cette approche a été pensée pour des objectifs d'enseignement, pour simplifier l'anatomie, mais diffère des étapes chirurgicales à proprement parlé. Les 10 espaces sont présentés comme une fleur où chaque pétale représenterait un espace situé autour du vagin. Les repères anatomiques importants sont identifiés, et présentés en plus des espaces.

Resultats

10 espaces peuvent être identifiés:

L'espace vésico-vaginal

L'espace paravaginal gauche

L'espace paravésical gauche

L'espace pararectal latéral gauche

L'espace pararectal médial gauche

L'espace prérectal

L'espace pararectal médial droit

L'espace pararectal latéral droit

L'espace paravésical droit

L'espace paravaginal droit.

Conclusion

La représentation schématique de l'anatomie pourrait être utile pour simplifier l'enseignement, et pour se rappeler des relations anatomiques complexes dans le pelvis féminins. Une bonne connaissance de l'anatomie extrapéritonéale aide également à se rappeler de l'importance de protéger les structures anatomiques importantes, et est indispensable pour le nerve sparing.

Exercice de la gynécologie en brousse : le cas de la province du Sankuru, République Démocratique du Congo

Type de communication : Communication vidéo

Thème : Gynécologie

T. Elonge*(1), L.Sémoulin(2), M.Paita(2)

Hôpital Général de Référence de Tshudi Loto, Sankuru, République Démocratique du Congo (1), Association de solidarité La Gerbe , Ecquevilly, France(2)

**Auteur principal*

Résumé

Avec ses 82 millions d'habitants, la République Démocratique du Congo se distingue par des indicateurs de santé alarmants : 176 sur 186 à l'indice de développement humain, taux de mortalité infantile 15 fois plus élevé que celui de la France et taux de mortalité maternelle 86 fois plus important que de celui de la France. Au cœur du pays, le Sankuru est l'une des provinces les plus enclavées. Dans ce territoire de plus de 2 millions d'habitants l'accès aux soins médicaux, et notamment gynécologiques, est souvent inexistant ou extrêmement limité. Dans la brousse du Sankuru, les obstacles à la pratique de la gynécologie et obstétrique sont nombreux. Manque d'infrastructures adaptées, manque de matériel et équipements adéquats, manque de moyens de communication (téléphone, internet), pauvreté, manque de personnel qualifié, croyances et médecines traditionnelles : tous ces facteurs rendent le recours à la médecine moderne plus difficile.

Pourtant, avec un matériel limité et un accès à l'électricité, des soins peuvent être administrés et des interventions complexes telles que des hystérectomies, myomectomies, mammectomies ou encore des réparations de fistules peuvent être menées. Des pistes supplémentaires demandent cependant à être explorées avec en priorité la formation de nouveaux spécialistes mais pas uniquement. La télé-médecine est par exemple un moyen indirect, bien qu'insuffisant, de rapprocher médecin et malade par l'accompagnement à distance des gestes techniques administrés par un personnel local peu qualifié. En dernier lieu il est nécessaire d'aller plus loin en développant et multipliant des établissements de santé correctement équipés et fonctionnant avec un personnel compétent. Une telle initiative est par exemple lancée à Lodja, une des principales villes du Sankuru où le Docteur Tony Elonge développe une clinique médicale mère-enfant qui aura pour objet de pouvoir assurer des soins de gynécologie-obstétriques et néonataux complexes dans le Sankuru .

L'intérêt du Rapport Protéinurie sur Créatininurie dans le diagnostic de la pré-éclampsie

Type de communication : Communication vidéo

Thème : Obstétrique

B. Guyard-boileau*(1), S.Fleury(1), O.Parant(1)

Chu Toulouse, Toulouse, France(1)

**Auteur principal*

Résumé

Introduction : De nombreuses données portent sur l'intérêt du ratio protéinurie sur créatininurie, en complément ou alternative à la protéinurie en g/l ou des 24h. Son utilisation en obstétrique est moins bien connue, alors que les néphrologues l'utilisent largement, et que des sociétés savantes le recommandent (ACOG par exemple). C'est pour cette raison que nous avons élaboré et proposé un outil pédagogique bref et attractif par son côté ludique, dans l'optique d'une visualisation du concept de ce ratio.

Matériel et méthode : Une recherche bibliographique systématisée a été conduite en 2016 sur ce thème, et des échanges ont été mis en place avec l'équipe de néphrologie du CHU de Toulouse, permettant de choisir les messages et informations scientifiques pertinentes. Une recherche internet extensive d'outils déjà existants sur ce thème a été conduite, en langue française et anglaise. Une première version de film d'animation a été présentée en octobre 2016 devant des gynécobstétriciens et des sages-femmes (environ 100), permettant de recueillir des avis tant sur le fond que sur la forme. Des modifications ont été ensuite apportées (précision du protocole, clarté des métaphores etc.)

Résultats : La recherche d'outils déjà existants n'a pas retrouvé de documents synthétiques pédagogiques clairs et scientifiquement précis. Nous avons donc créé un film d'animation de 5 minutes sur la base d'informations scientifiquement rigoureuses validées par les néphrologues. Afin d'améliorer l'adhésion et l'écoute, l'aspect ludique a été particulièrement recherché, et l'utilisation de figurines de l'enfance de type Playmobil a été choisie. Des images de synthèses et de motion design ont été ajoutés à chaque fois que nécessaire pour enrichir le propos et améliorer la pédagogie. Ce film dans tous ces composants est libre de droits (musique, images d'animation...) et sera mis sur le réseau internet dans le cadre d'une chaîne youtube.

Conclusion : L'outil vidéo dans notre spécialité paraît intéressant dans tous les domaines, que cela soit chirurgical ou, comme ici, très différent ! Ce film s'inscrit dans un projet global de mise à disposition gratuite, indépendante, et scientifiquement solide vidéo synthétiques et ludiques pour les soignants et les patientes.

Appendicectomie coelio-assistée chez une femme enceinte à 35 semaines d'aménorrhée.

Type de communication : Communication vidéo

Thème : Obstétrique

H. Roman*(1)

Chu Rouen, Rouen, France(1)

**Auteur principal*

Résumé

INTRODUCTION

L'appendicectomie est le 15ème acte chirurgical en terme de fréquence annuelle en France, il représente l'urgence chirurgicale non obstétricale la plus fréquente chez la femme enceinte. Le traitement de référence est chirurgical, mais à ce jour, aucune étude comparative ne permet pas d'affirmer la supériorité d'un abord par rapport un autre.

L'objectif de notre article est de rapporter la prise en charge d'une appendicite aigue chez une patiente à 35 semaines d'aménorrhées avec réalisation d'une appendicectomie transpariétale coelio-assistée.

TECHNIQUE

Nous avons réalisé une coelioscopie première par mise en place d'un trocart optique direct sous contrôle de la vue en sous xiphôïdien. L'exploration de la cavité abdominale a permis de confirmer le diagnostic. Pour la réalisation de l'appendicectomie transpariétale, nous avons localisé le plastron et repérer la zone de d'incision cutanée en regard par illumination transpariétale grâce à l'endoscope. A la fin de l'intervention nous avons réalisé un lavage abondant de la cavité abdominale par coelioscopie.

DISCUSSION

L'appendicectomie a longtemps été réalisée exclusivement par voie ouverte à travers une incision Mac Burney. La grossesse avancée complique considérablement l'utilisation de cette voie d'abord du fait du déplacement de l'appendice bien au dessus du point de Mac Burney. La coelioscopie nous apporte l'avantage d'un repérage précis de l'abord pariétal. La réalisation d'une appendicectomie transpariétale permet de réduire considérablement le temps d'insufflation et donc des risques opératoires liés au pneumopéritoine chez la femme enceinte.

QUADRIGEMELLITE SPONTANEE ET ISSUE, A PROPOS D'UN CAS

Type de communication : Communication vidéo

Thème : Obstétrique

Y. Kapend mwad'm mukoj*(1)

Clinique Ngaliema, Kinshasa, Congo(1)

**Auteur principal*

Résumé

Des grossesses multiples, plus le nombre de fœtus augmente, plus les complications se multiplient, on retient la prématurité, le syndrome du transfuseur-transfused, le conflit d'intérêt entre les jumeaux, les mort in utero, les complications d'accouchement liées aux dystocies, à la procidence et à la Souffrance fœtale. Les grossesses gémellaires représentent plus de 95% des grossesses multiples.

De ce fait, le mode d'accouchement dans la quadri gémellité sera inexorablement ou préférentiellement, la voie haute. La question, quand, ou et par qui la pratique?

L'objectif étant d'augmenter les chances de survie des nouveau-nés prématurés ou hypotrophes.

Dans notre contexte, il s'agit d'une POGIIAII de 25 ans, ayant conçu spontanément. Les CPN régulièrement suivies à la Clinique Ngaliema de Kinshasa, ont été d'allure normale, plusieurs échographies (≥ 7) réalisées (4 poches, 4 chorions, Présentations variables). A la 28^{ème} SA, cette grossesse était menacée par un accouchement prématuré et un inconfort maternel. Elle a été admise en hospitalisation, pour juguler la MAP, préparer l'accouchement autour de la 34^{ème} SA. La corticothérapie faite, la tocolyse à la perfusion d'antispasmodique (Spasfon®), un Manning à la fréquence d' 1 fois par semaine.

C'est à la 34^{ème} SA, au constat de l'épuisement physique et psychologique maternels et avec élévation ponctuelle des chiffres tensionnels qu'une césarienne a été indiquée, rejoignant notre gap.

Celle-ci pratiquée, a permis d'extraire successivement 4 nouveaux nés, tous de sexe féminin, Apgar à la 1^{ère} minute 8/8/7/7 et des Poids respectifs de 1450 g, 1900 g, 1400 g et 1200g, d'extraction céphalique et podalique, admises aussitôt en unité de néonatalogie et 2 semaines plus tard, elles ont été remises à leur mère chez qui, les suites opératoires ont été sans particularités.

Une année après, les fillettes ont un développement psychomoteur normal et sont bien portant.

Conclusion : La grossesse quadruple ou quadri gémellaire est une grossesse à haut risque est de survenue rare de manière spontanée, soit à 0,01% des grossesses multiples, la prise en charge doit se faire par un spécialiste et dans un hôpital disposant d'un plateau technique de réanimation et de chirurgie adéquat, ainsi qu'une unité conforme de néonatalogie.

Outil Vidéo à destination des Femmes Enceintes Fumeuses

Type de communication : Communication vidéo

Thème : Obstétrique

S. Fleury*(1), B.Guyard-boileau(1)

Chu Toulouse, Toulouse, France (1)

**Auteur principal*

Résumé

Introduction : La prévalence du tabagisme féminin en France reste toujours très importante, avec près de 17% des femmes encore fumeuses lors de leur accouchement. De nombreuses études récentes ont mis en évidence que l'outil de communication vidéo est efficace en terme de prévention en santé ou de modification de comportement, surtout chez les personnes au niveau socio économique bas. Malgré des recherches en langues anglaise et française, nous n'avons pas trouvé de vidéo motivationnelle et bienveillante à destination des mères fumeuses, les contenus étant surtout très culpabilisant ou basés sur des messages utilisant l'injonction, en opposition avec les recommandations actuelles qui sont basées sur les principes de l'entretien motivationnel. En conséquence, il nous est apparu pertinent de créer un outil vidéo novateur à destination des femmes enceintes fumeuses.

Matériel et méthode : Les messages principaux et approches pouvant faciliter le changement (comme par exemple l'identification des croyances et fausses idées, ou encore freins) ont été élaborés, en lien avec l'équipe de tabacologie du CHU de Toulouse et des recherches bibliographiques spécifiques. Les aspects médicamenteux et comportementaux ont été définis en lien avec les recommandations des sociétés savantes. In fine, nous avons utilisé un matériel au capital sympathique et bienveillant pour véhiculer notre message dans deux vidéos courtes. La première vidéo motivationnelle de 3 minutes est suivie d'une vidéo plus technique de 2 minutes. Les vidéos initiales ont été ensuite évaluées par un focus groupe selon la méthodologie recommandée.

Résultats : Les deux vidéos ont été très bien accueillies par les participants au focus group, et ont été améliorées en fonction des remarques recueillies selon la méthodologie. Les vidéos sont maintenant publiques sur YouTube en recherchant "Cindy et Rose Marie".

Conclusion : L'outil vidéo dans notre spécialité paraît intéressant dans tous les domaines. Ce film s'inscrit dans un projet global de mise à disposition gratuite, indépendante, et scientifiquement solide. Ces vidéos ludiques et pédagogiques à destination des patientes fumeuses peuvent être utilisées par les soignants qui peuvent en orienter et commenter le visionnage.

Trachélectomie élargie pour cancer du col de l'utérus à un stade précoce par laparoscopie robot-assistée (Vidéo)

Type de communication : Communication vidéo

Thème : Oncologie

C. Sanson*(1), E.Chantalat(1), J.Rimailho(1), S.Motton(1)

Chu Rangueil, Toulouse(1)

**Auteur principal*

Résumé

Trachélectomie élargie pour cancer du col de l'utérus à un stade précoce par laparoscopie robot-assistée (Vidéo)

La Trachélectomie élargie par voie vaginale a été décrite pour la première fois par D.Dargent en 1994. Le but était de permettre d'améliorer la préservation de la fertilité chez les patientes atteintes d'un cancer du col de l'utérus à un stade précoce. Depuis plus de 900 cas ont été publiés considérant la procédure sans danger lorsqu'elle est réalisée par un opérateur expérimenté. Cette technique a permis une nette augmentation du taux de fertilité et a en conséquence supplanté les voies abdominale ouverte et laparoscopique.

Récemment, la faisabilité de la Trachélectomie élargie par laparoscopie robot-assistée a été démontrée. Plus de 100 cas ont été publiés avec un taux de fertilité élevé, un taux bas de fausse couche tardive et d'accouchement prématuré ainsi qu'un taux de récurrence du cancer comparable à la technique décrite par D.Dargent.

La trachélectomie élargie est réalisée par voie laparoscopique robot-assistée après une recherche des ganglions sentinelles et/ou réalisation d'un curage pelvien bilatéral. Le but de cette opération consiste à faire une exérèse du col utérin avec une collerette vaginale et au moins la partie proximale des paramètres (équivalent d'une colpo-hystérectomie élargie de type C1 de la classification de Querleu et Morrow). Un cerclage isthmique est ensuite réalisé avant l'anastomose isthmo-vaginale.

Nous souhaitons faire partager notre expérience récente de la Trachélectomie élargie par laparoscopie robot-assistée en vous montrant cette vidéo. Notre équipe a réalisé plus de 500 procédures robot-assistées depuis 2009 dont 15 trachélectomies élargies en 2 ans.

Concernant cette vidéo il s'agit du 5ème cas réalisé par un jeune opérateur et par sa vision, nous souhaitons vous démontrer la faisabilité de cette technique rapidement reproductible.

REFERENCES

[1] Dargent D, Brun JL, Roy M, Mathevet P, Remi I. La trachélectomie élargie, une alternative à hystérectomie radicale dans le traitement des cancers infiltrant développés sur la face externe du col utérin. *J Obstet Gynecol* 1994; 2: 285-92.

[2] Park J.Y., Joo W.D., Chang S.J., Kim D.Y., Kim J.H., Kim Y.M., et al., Long-term outcomes after fertility-sparing laparoscopic radical trachelectomy in young women with 164 G. Johansen et al. / *Gynecologic Oncology* 141 (2016) 160–165 early-stage cervical cancer: an Asan Gynecologic Cancer Group (AGCG) study, *J. Surg. Oncol.* 110 (2014) 252–257.

[3] Robot-assisted abdominal laparoscopic radical trachelectomy.

Persson J, Kannisto P, Bossmar T.

Gynecol Oncol. 2008 Dec;111(3):564-7. doi: 10.1016/j.ygyno.2008.05.034.

[4] Reproducibility and accuracy of robot-assisted laparoscopic fertility sparing radical trachelectomy.

Persson J, Imboden S, Reynisson P, Andersson B, Borgfeldt C, Bossmar T.

Gynecol Oncol. 2012 Dec;127(3):484-8. doi: 10.1016/j.ygyno.2012.08.022.

[5] Safety and feasibility of robotic radical trachelectomy in patients with early-stage cervical cancer.

Ramirez PT, Schmeler KM, Malpica A, Soliman PT.

Gynecol Oncol. 2010 Mar;116(3):512-5. doi: 10.1016/j.ygyno.2009.10.063.

[6] Reproductive and oncologic outcome following robot-assisted laparoscopic radical trachelectomy for early stage cervical cancer.

Johansen G, Lönnerfors C, Falconer H, Persson J.

Gynecol Oncol. 2016 Apr;141(1):160-5. doi: 10.1016/j.ygyno.2016.01.028.

[7] Fertility sparing surgery for treatment of early-stage cervical cancer: open vs. robotic radical trachelectomy.

Nick AM, Frumovitz MM, Soliman PT, Schmeler KM, Ramirez PT.

Gynecol Oncol. 2012 Feb;124(2):276-80. doi: 10.1016/j.ygyno.2011.09.035.

QCM

1) Vous pouvez proposer un traitement conservateur de type trachélectomie élargie à (réponse correcte D) :

A : une patiente ayant un diagnostic histologique de carcinome de l'endomètre de type 1 à un stade IA

B : une patiente ayant un diagnostic histologique de carcinome épidermoïde du col de l'utérus à un stade IIB (stade localement avancé)

C : une patiente de 48 ans ayant un diagnostic histologique de carcinome épidermoïde du col utérin à un stade IB1, inférieur à 2 cm, sans embole vasculaire

D : une patiente de 24 ans ayant un diagnostic histologique de carcinome épidermoïde du col utérin à un stade IB1, inférieur à 2 cm, sans embole vasculaire

E : une patiente de 35 ans ayant un diagnostic histologique de carcinome épidermoïde du col utérin à un stade IB1, inférieur à 2 cm, sans embole vasculaire, n'ayant plus de désir de grossesse

2) La trachélectomie élargie correspond à (réponses correctes BCDE) :

A : une hystérectomie totale avec conservation des ovaires

B : elle peut être réalisée par voie vaginale

C : elle peut être réalisée par voie laparoscopique

D : elle consiste en une exérèse du col avec une collerette vaginale et une paramétrectomie au moins proximale

E : elle consiste toujours en une conservation du corps utérin

Transfert embryonnaire sous échographie vaginale

Type de communication : Communication vidéo

Thème : Procréation Médicalement Assistée

L. Larue*(1)

Hôpital des Diaconesses, Paris, France (1)

**Auteur principal*

Résumé

Introduction : le transfert embryonnaire est l'étape clinique qui influence le plus le résultat de la FIV, il est donc important d'en optimiser la réalisation. L'amélioration de l'imagerie rend le contrôle du transfert embryonnaire sous échographie endovaginale séduisant. Nous rapportons dans cette étude les résultats pratiques de cette technique.

Matériel et méthode : le col est exposé sous spéculum, le cathéter est introduit dans le défilé cervical, le spéculum est retiré, la sonde d'échographie est introduite, le franchissement de l'endocol est réalisé sous contrôle échographique ainsi que le dépôt embryonnaire dont le lieu est très précisément repéré au tiers médian de la cavité utérine et strictement entre les 2 feuillets de la muqueuse.

916 transferts embryonnaires ont été réalisés sous échographie vaginale entre février 2014 et juin 2017 par le même opérateur. Les résultats ont été comparés à ceux réalisés sous échographie abdominale en appariant les populations ainsi que dans une population témoin définie par un âge < 38 ans avec plus de 6 ovocytes recueillis lors de la ponction.

Résultats : Les résultats comparant le transfert sous echo vaginale par rapport à la technique classique sous echo abdominale montre une amélioration significative des % de grossesses par transfert dans la population générale (38%, n 1015 vs 30%, n700) et dans la population témoin (45%, n=550 vs 33%, n=304 ; p= 0.003). Les résultats augmentent avec l'expérience. Il n'y a pas de différence significative entre les transferts simples (45% n=472), les transferts avec difficultés légères (44% n78) et les transferts étiquetés difficiles (42% n=19).

Discussion : les résultats du transfert embryonnaire sont connus comme opérateur et technique dépendants. La précision du dépôt embryonnaire et la simplicité de réalisation sont des facteurs déterminants de réussite. La qualité de l'imagerie en échographie par voie vaginale est très supérieure à celle de la voie abdominale, elle permet d'espérer un meilleur contrôle de franchissement du col en particulier pour les transferts difficiles et un contrôle très précis du lieu de dépôt embryonnaire. Cette étude confirme l'intérêt de cette technique qui augmente significativement le % de grossesse par transfert (de 12% ds la population de référence). Elle permet lors des transferts difficiles de guider le trajet du cathéter dans la partie intra cervicale et annule l'effet péjoratif de ces difficultés sur les résultats. Une courbe d'apprentissage est décrite.

Conclusion

L'échographie vaginale permet d'obtenir une qualité d'image très supérieure à l'échographie abdominale en particulier pour le défilé cervical. Il est logique de l'utiliser pour le transfert embryonnaire. Cette étude montre que cette technique est faisable simplement, améliore significativement les résultats et la réalisation des transferts difficiles.

Les résumés sont le résultat du travail des auteurs et ils n'ont pas fait l'objet de modifications de la part du comité scientifique