



Chirurgie Gynécologique et Pelvienne, sujets phares du congrès 2019

Dossier de presse

- **Introduction : Quel futur pour la chirurgie gynécologique ?**
Pr Hervé Fernandez, service de gynécologie obstétrique, CHU Paris Sud-Hôpital de Bicêtre
- **Endométriose : le parcours de soins se précise**
Pr Pierre Collinet, Service de chirurgie gynécologique, Hôpital Jeanne de Flandre, CHU de Lille
- **Hystérectomies : les alternatives sont-elles suffisamment utilisées ?**
Pr Olivier Graesslin, service de gynécologie-obstétrique, CHU de Reims
- **Bientôt des ultrasons pour traiter les fibromes ?**
Pr Philippe Descamps, service de gynécologie-obstétrique, Pôle Femme-Mère-Enfant, CHU d'Angers
- **Cancer de l'ovaire : plaidoyer pour une homogénéisation des pratiques et le regroupement des patientes dans des centres expérimentés**
Pr Vincent Lavoué, service de gynécologie, Hôpital sud, CHU de Rennes
- **Une lourde charge de travail, du stress, des inégalités hommes-femmes, mais une profession toujours aussi passionnante : le ressenti des chirurgiens gynécologues**
Dr Alice Cathelain (interne) et Pr Pierre Collinet, Service de chirurgie gynécologique, Hôpital Jeanne de Flandre, CHU de Lille

Contact communication et presse

Marie-Hélène Coste
Mob : +33620894903
Tél : +33967878956
costemh@gmail.com

Frédérique Impennati
Mob : +33681005586
fimpennati@impennatiandco.com

⇒ Retrouvez le programme du congrès <http://scgp-asso.fr/programme-2019/>

⇒ Suivez l'actualité  @SCGP_officiel

Introduction

Quel futur pour la chirurgie gynécologique ?

D'après un entretien avec le **Pr Hervé Fernandez**, service de gynécologie obstétrique, CHU Paris Sud-Hôpital de Bicêtre

La chirurgie gynécologique, comme d'autres spécialités chirurgicales, se trouve aujourd'hui placée face au défi de « l'ambulatoire ». Les Autorités de santé ont en effet fixé l'objectif de 70% d'actes réalisés en ambulatoire d'ici 2021. Comment l'atteindre ? Par le développement d'une nouvelle chirurgie ou par la limitation de la chirurgie? L'évolution de la spécialité passe par ces deux axes. D'ores et déjà les interventions tendent à être de moins en moins agressives. Les techniques mini-invasives se sont beaucoup développées et doivent être privilégiées, à condition qu'elles aient fait la preuve d'une efficacité comparable à celle des techniques classiques. En diminuant les douleurs et les complications postopératoires, elles permettent un retour plus rapide au domicile. De nouveaux outils en termes d'énergie, notamment pour la chirurgie coelioscopique, sont moins agressifs et diminuent les douleurs, ce qui va aussi dans le sens d'un retour plus rapide au domicile.

L'ensemble de ces progrès favorise l'extension du champ de la chirurgie ambulatoire. Finalement, le choix des financiers, qui est bien entendu économique avec la diminution des hospitalisations et la réduction des lits d'hospitalisation, entre dans la même logique que le souhait des patientes et de leurs médecins d'améliorer leur confort et les suites opératoires.

Les alternatives à la chirurgie

Parallèlement à l'évolution de techniques moins agressives, plus confortables pour les patientes et compatibles avec l'objectif de l'ambulatoire, des alternatives à la chirurgie se développent dans bon nombre de pathologies gynécologiques. Ne fait-on pas trop de chirurgie ? La question peut être posée, en particulier pour la prise en charge des fibromes, de l'adénomyose ou des ménorragies idiopathiques (voir article du Pr Graesslin).

Certains médicaments permettent de limiter ou de repousser le recours à la chirurgie. De nouvelles molécules sont en cours d'évaluation et pourraient ainsi modifier les stratégies thérapeutiques dans des pathologies bénignes mais aussi en cancérologie. C'est déjà le cas de l'immunothérapie dans le cancer de l'ovaire (voir l'article du Pr Lavoué). L'introduction de nouveaux traitements, comme par exemple l'utilisation d'ultrasons focalisés, devrait aussi limiter le recours à la chirurgie dans les pathologies gynécologiques bénignes (voir l'article du Pr Descamps).

L'organisation des parcours de soins

Ces avancées thérapeutiques et l'élargissement des actes réalisés en ambulatoire imposent une meilleure organisation des structures de soins, dans le public comme dans le privé, avec la mise en

place de relais au domicile des patientes. L'amélioration des parcours de soins avec des filières fonctionnelles et efficaces est un enjeu majeur des prochaines années, notamment pour la prise en charge de l'endométriose (voir l'article du Pr Collinet).

Répondre aux changements socio-culturels ?

Mais l'évolution de la profession se fait également en regard ou en réponse à de nouveaux facteurs socio-culturels, et notamment au désir des femmes de conserver plus tardivement leurs capacités de reproduction. La préservation de la fertilité à des âges plus avancés est rendue possible par des techniques de procréation médicalement assistée, comme les dons de gamètes, voire d'embryons. Leur place se posera sur le plan éthique, mais cette demande guide nécessairement le choix vers des traitements conservateurs dans toute la mesure du possible.

Epuisement professionnel, judiciarisation et pression médiatique

Outre les progrès techniques et l'amélioration des parcours de soins, la question du bien-être et de la qualité de vie des chirurgiens mérite toute notre attention, car la souffrance au travail, tant physique que psychologique, peut être un élément de faiblesse du système. L'enquête réalisée cette année auprès des chirurgiens gynécologues montre un taux élevé de burn out et de dépression (voir l'article du Dr Cathelain). Une réflexion sur les conditions et le temps de travail s'impose, mais il ne faut pas oublier que la souffrance psychique est majorée par la judiciarisation. Cette tendance commence d'ailleurs à modifier certaines stratégies thérapeutiques, pas nécessairement au bénéfice de la majorité des patientes. Ainsi, certains pays, notamment l'Australie et le Royaume-Uni, ont interdit des prothèses utilisées dans le traitement des prolapsus et de l'incontinence urinaire sous la pression de « class actions ». Certes, ces prothèses de soutènement peuvent être responsables de complications, avec un taux estimé entre 3 et 5%, mais la majorité des patientes en sont très satisfaites et bénéficient d'une nette amélioration de leur qualité de vie. On peut aussi citer le cas d'Essure, cette méthode de contraception définitive. Elle a été supprimée, mais les femmes continuent à demander une contraception définitive et les options offertes sont sans doute plus à risque...

Les décisions prises sous la pression des réseaux sociaux ne sont pas toujours mises en perspective, on peut le déplorer. Cette pression touche également les médecins, qui peuvent être fragilisés dans leurs choix thérapeutiques, ce qui n'est pas sans contribuer à la souffrance psychique et à l'augmentation des burn out. Si l'information la plus didactique et la plus complète des femmes sur les options thérapeutiques est nécessaire pour un consentement éclairé, le poids des formulaires et autres exigences administratives peut affecter le dialogue serein entre le chirurgien et sa patiente....

Endométriose : le parcours de soins se précise

D'après un entretien avec le **Pr Pierre Collinet**, Service de chirurgie gynécologique, Hôpital Jeanne de Flandre, CHU de Lille

L'endométriose a fait l'objet de recommandations conjointes de la HAS (Haute Autorité de Santé) et du CNGOF (Collège national des gynécologues obstétriciens français) en décembre 2017 et un plan d'action pour renforcer sa prise en charge a été annoncé par la Ministre des Solidarités et de la Santé, Agnès Buzyn, en mars dernier. Si la maladie qui touche environ une femme sur dix - dont les deux tiers souffrent de douleurs chroniques invalidantes - est aujourd'hui mieux connue du public, grâce notamment à l'impulsion d'associations de patientes très dynamiques, il reste encore beaucoup à faire pour améliorer le diagnostic et la prise en charge. Les progrès doivent venir de l'harmonisation des traitements mais aussi de l'amélioration du parcours de soins avec des filières et des centres experts. Où en est-on aujourd'hui ?

L'endométriose, décrite pour la première fois en 1860, se caractérise par la présence de cellules d'endomètre, semblables à celles qui tapissent l'utérus, hors de la cavité utérine. Ces cellules remontent et migrent via les trompes. Le tissu semblable au tissu endométrial qui se développe hors de l'utérus provoque alors des lésions, des adhérences et des kystes ovariens (endométriomes) dans les organes colonisés. Cette colonisation, si elle a principalement lieu sur les organes génitaux et le péritoine, peut s'étendre aux appareils urinaire, digestif, et plus rarement pulmonaire.

Des facteurs génétiques et environnementaux semblent impliqués mais sa physiopathologie reste mal identifiée. Ses manifestations et leur sévérité sont variables. Il n'y a pas une mais "des" endométrioses car la maladie ne se développe pas de la même façon d'une femme à l'autre...

Une pathologie fréquente

Sa prévalence n'est pas clairement définie car on ne parle de la maladie que lorsqu'elle est symptomatique. A partir du moment où elle se manifeste par des douleurs pelviennes, fluctuant au rythme des changements hormonaux liés au cycle menstruel, on estime que 10 à 20 % des femmes en sont atteintes. L'endométriose serait d'ailleurs en cause chez un grand nombre de femmes qui souffrent de douleurs aiguës cycliques. Elle est aussi responsable de troubles de la fertilité.

Les signes évocateurs

- Des dysménorrhées (douleurs avant et au moment des règles) évaluées par une intensité de 8 ou plus sur l'échelle analogique, responsables d'un absentéisme fréquent et/ou une résistantes aux antalgiques de niveau 1
- Des dyspareunies (douleurs pendant les rapports sexuels) profondes
- Des douleurs à la défécation à recrudescence cataméniale (pendant les règles)
- Des signes fonctionnels urinaires à recrudescence cataméniale
- L'infertilité

Les experts précisent qu'il n'y a pas lieu de rechercher une endométriose en cas de dysménorrhée isolée et contrôlée par une contraception hormonale, sans autre symptôme douloureux ni souhait de grossesse immédiat.

L'endométriose est certes mieux connue grâce notamment à l'action des associations de malades, mais elle fait encore l'objet de nombreuses idées reçues et méconnaissances, dans le grand public, comme parmi les professionnels de santé - du médecin traitant aux professionnels de l'imagerie, en passant par des gynécologues en activité - qui n'y ont pas été formés. Plusieurs axes doivent donc être développés conjointement pour mettre fin à la fréquente errance diagnostique et thérapeutique subie par un grand nombre de patientes.

Assurer un diagnostic précoce

Les délais diagnostiques sont encore aujourd'hui de plusieurs années, 5 à 7 ans selon les données d'EndoFrance, une situation tout à fait inadmissible. Les spécialistes rappellent que les médecins, le plus souvent en première ligne, doivent reconnaître les signes d'alerte, mais ils doivent aussi interroger leurs patientes qui trop souvent pensent qu'il est normal de souffrir pendant les règles. Les autorités de Santé ont pris conscience de l'importance d'un diagnostic précoce et la mise en place de consultations obligatoires de suivi médical à 11-13 ans et 15-16 ans pour les jeunes filles avec la recherche spécifique des signes d'endométriose a été annoncée par la Ministre en mars 2019. La recherche de ces signes devrait aussi être intégrée dans les consultations dédiées à la santé sexuelle des jeunes filles réalisées par les médecins ou les sages femmes, ce qui implique aussi la mobilisation des services universitaires de médecine préventive et de promotion de la santé.

Proposer un traitement médical adapté en première intention

Dans leurs recommandations de décembre 2017, la HAS et le CNGOF précisent que la prise en charge de première intention doit faire appel soit au traitement hormonal par estroprogestatif en continu soit au dispositif intra-utérin au lévonorgestrol.

En cas de contre-indication ou d'effets indésirables, différents traitements hormonaux peuvent être proposés, notamment la contraception microprogestative orale au désogestrel, l'implant à l'étonogestrel, les analogues de la LH-RH ou le diénogest.

La prescription de ces traitements de deuxième intention doit être adaptée à chaque patiente et relève d'un avis spécialisé.

Limiter les interventions chirurgicales

La place de la chirurgie dans la prise en charge de la maladie doit être limitée. Le Pr Collinet rappelle d'ailleurs qu'il n'y a pas d'indication à la coelioscopie à visée diagnostique, l'IRM étant l'examen de référence.

La chirurgie n'intervient donc qu'en cas d'échec du traitement médical. Lorsqu'elle est indiquée, elle doit être complète afin de diminuer le taux de récurrence qui est trop important. Dans tous les cas, l'intervention doit être la moins invasive possible et préserver la fertilité.

Mettre en place des filières de soins et des centres experts

La question de la mise en place de centres experts dans chaque région est en cours de réflexion. L'objectif n'est pas d'adresser toutes les patientes à des spécialistes, ce qui, compte tenu de la fréquence de la maladie, n'aurait d'ailleurs aucun sens, mais d'organiser des filières de soins pour assurer à toutes les femmes un diagnostic précoce et une prise en charge adaptée. Le centre expert constitué d'équipes pluridisciplinaires (gynécologues médicaux et chirurgicaux, radiologues, psychologues, médecins de la reproduction...) a ainsi pour mission de travailler en réseau avec des professionnels de référence identifiés dans la région, hôpitaux ou cliniques, établissements publics ou privés et médecins libéraux. Le but est que chaque praticien, identifié dans ce maillage, puisse adresser, si nécessaire, le dossier de sa patiente au centre expert : l'équipe de spécialistes s'y réunit pour l'examiner et déterminer (un peu sur le mode des réunions de concertation pluridisciplinaires (RCP) en oncologie) le meilleur traitement, adapté à la patiente, qui pourra alors consulter le professionnel le plus indiqué.

La Ministre des Solidarités et de la Santé a d'ores et déjà sollicité les ARS pour définir les filières de soins dans chaque région, le recensement des structures existantes est en cours afin d'identifier des centres de compétence et d'expertise, explique le Pr Collinet.

Un DU et un registre national

Pour assurer la prise en charge des patientes à chaque niveau, il faut aussi des professionnels de santé formés, ajoute le Pr Collinet. A cet effet, un DU spécifique consacré à l'endométriose va (enfin) ouvrir à cette rentrée universitaire, à Lille, Lyon et Bordeaux.

Autre avancée : à l'initiative du Pr Nicolas Bourdel de Clermont Ferrand, un registre national va être mis en place.

La formation des professionnels de santé, la structuration des parcours de soins et l'harmonisation des prises en charge sont donc en bonne voie....

Références

- Haute Autorité de Santé. *Prise en charge de l'endométriose. Recommandation de bonne pratique. Décembre 2017*
- EndoFrance. *Association française de lutte contre l'endométriose. <https://www.endofrance.org/>*

Hystérectomies : les alternatives sont-elles suffisamment utilisées ?

D'après un entretien avec le **Pr Olivier Graesslin**, service de gynécologie-obstétrique, CHU de Reims

Dans le cadre des pathologies gynécologiques bénignes, comme dans bon nombre d'autres maladies, la question de la pertinence des traitements peut et doit être posée. En effet, bien que leur prise en charge soit définie suivant une graduation privilégiant les traitements médicaux et les techniques chirurgicales conservatrices, on observe parfois et sans doute un peu trop fréquemment un écart entre les recommandations et la pratique et les alternatives à l'hystérectomie ne sont pas toujours proposées. Un certain nombre de facteurs sont identifiés, notamment la crainte des traitements hormonaux, la suppression de médicaments efficaces en réponse à un principe de précaution légitime mais aux conséquences mal évaluées, le manque de praticiens formés à certains actes ou encore l'absence de plateaux techniques adaptés.

On estime à environ 65 000 le nombre d'hystérectomies réalisées chaque année en France, toutes indications confondues. Dans les pays industrialisés, 15 à 20% des femmes ont eu une hystérectomie avant l'âge de 65 ans. Le taux de recours à l'hystérectomie est variable selon les pays et, au sein d'un même pays, selon les régions. Dans les DOM TOM, il est élevé, de l'ordre de 250 pour 100 000 femmes, notamment en raison d'une prévalence particulièrement importante des fibromes. En Corrèze, en revanche, il n'est que de 150 pour 100 000 femmes, presque deux fois plus faible. Où nous situons-nous par rapport aux autres pays industrialisés ? En Amérique du Nord, en Australie, mais aussi dans certains pays européens, notamment l'Allemagne, le taux de recours à l'hystérectomie atteint entre 300 et 400/100 000 femmes. La France se situe donc à un niveau plutôt bas, ce qui n'empêche pas de se poser la question de la pertinence de cette chirurgie, tout du moins dans les pathologies bénignes, en particulier les fibromes, l'adénomyose et les hémorragies utérines fonctionnelles (ménorragies idiopathiques).

Des écarts entre les recommandations et la pratique

Si l'on considère la situation de la prise en charge des hémorragies utérines fonctionnelles, des recommandations ont été édictées par le Collège national des gynécologues obstétriciens en 2008, avec, en première intention, le stérilet au levonorgestrel ou, éventuellement, les progestatifs, en deuxième intention, les techniques de résection de l'endomètre (dites de première génération) ou de thermodestruction de l'endomètre, (dites de deuxième génération) et, seulement en cas d'échec, l'hystérectomie. Cette graduation des traitements doit être expliquée aux patientes et le traitement discuté en fonction notamment de leur souhait de conserver leur fertilité. L'analyse des pratiques montre pourtant que cette hiérarchisation n'est pas toujours appliquée. Il semble que trop de patientes subissent des curetages, qui sont peu efficaces et exposent à un risque de complications non négligeable. Le recours à l'hystérectomie apparaît également trop élevé. A l'inverse, le stérilet n'est pas suffisamment utilisé. Les techniques de résection de première génération sont trop souvent proposées alors que celles de deuxième génération sont aussi efficaces et exposent à moins de complications.

Des causes socioculturelles, mais aussi médicales

Quels sont les facteurs expliquant cet écart entre les pratiques et les recommandations ? La réticence des femmes vis-à-vis des traitements hormonaux, une crainte qui s'est développée de façon exponentielle au cours des dernières années aboutissant à une sorte d'hormonophobie. Et pourtant, le stérilet au lévonorgestrel a fait la preuve de sa très bonne efficacité sur les saignements, il permet d'éviter un certain nombre d'hystérectomies, insiste le Pr Graesslin. La place des progestatifs qui reste importante dans notre pays, avec un coût d'ailleurs très élevé, de l'ordre de 80 millions par an, est en revanche sans doute excessive au regard du profil de tolérance et des données d'efficacité relativement limitées dans certaines indications. En ce qui concerne les techniques de résection de l'endomètre de deuxième génération, le manque de formation des praticiens, l'absence de plateaux techniques adaptés, la faible valorisation des actes ou la persistance de certaines habitudes sont sans doute en cause. Des facteurs qui devraient être mieux analysés afin d'offrir à l'ensemble des patientes, susceptibles d'en bénéficier, ces progrès thérapeutiques.

Les conséquences de la restriction d'utilisation d'un traitement efficace

Dans le cadre de la prise en charge des fibromes, une pathologie extrêmement fréquente, puisqu'environ 40% des femmes de 40 ans ont un fibrome, il faut d'abord rappeler que seuls ceux qui sont symptomatiques doivent être traités.... Une découverte fortuite chez une femme qui n'a ni douleurs, ni saignements, impose une abstention thérapeutique... Or 70% des fibromes sont asymptomatiques.

Des recommandations sont également disponibles pour la prise en charge des 30% de fibromes symptomatiques. La prescription des progestatifs semble aussi trop fréquente dans cette pathologie, alors qu'il existe un traitement très efficace, le modulateur sélectif des récepteurs de la progestérone (ulipristal actétate). Ce traitement permet en effet d'arrêter les saignements en induisant très rapidement une aménorrhée et de diminuer le volume du fibrome. Son impact favorable en termes de morbi mortalité et de diminution des coûts a été clairement démontré. Mais son utilisation a été limitée en raison de ses complications hépatiques potentielles. En mai 2018, l'Agence européenne du médicament, puis l'ANSM ont en effet décidé d'une restriction d'utilisation à une cure unique de trois mois avant hystérectomie ou chez les femmes non éligibles à la chirurgie. Une décision qui a d'ores et déjà diminué de façon importante sa prescription avec pour conséquence un recours accru à l'hystérectomie...

Mieux utiliser l'embolisation des artères utérines

Il existe néanmoins une alternative à l'hystérectomie dans la prise en charge des fibromes : l'embolisation des artères utérines. Une technique très efficace et particulièrement intéressante chez certaines patientes, en particulier en cas d'antécédents de chirurgie pelvienne, de comorbidité, de

risque anesthésique ou d'obésité. Elle ne peut cependant pas être proposée à toutes les femmes, notamment à celles qui souhaitent conserver leur fertilité.

Cette intervention réalisée par des radiologues interventionnels est à ce jour peu pratiquée, sans doute en raison du manque de ressources en matières de plateaux techniques, mais aussi de spécialistes formés ou disponibles.

Des progrès majeurs aussi dans la réalisation d'une hystérectomie

Malgré les recommandations, un certain nombre d'alternatives médicales ou conservatrices apparaissent donc sous utilisées. Mais il ne faut pas pour autant oublier que, dans bien des situations, l'hystérectomie est la bonne - et la seule- solution ! Et souligner que cette opération a, elle aussi, bénéficié d'importants progrès. Elle est de plus en plus souvent réalisée par voie vaginale ou par cœlioscopie, limitant les douleurs et les complications, elle bénéficie de nouvelles techniques d'hémostase qui simplifient l'acte chirurgical, de protocoles d'analgésie optimisés et de programmes de réhabilitation performants ainsi que d'une programmation en ambulatoire. L'hystérectomie d'aujourd'hui ne ressemble en rien à l'intervention du siècle dernier....

Le dialogue singulier entre les patientes et le praticien reste le socle principal de la pratique médicale quotidienne. Il permet aux patientes de choisir avec discernement les explorations et les traitements les mieux adaptés.

Il est primordial que l'information donnée se fonde sur des données probantes, et n'entraîne pas d'exams ou d'interventions inutiles ou inadaptés. C'est tout l'enjeu de la pertinence des soins dans laquelle les médecins et les patientes s'engagent actuellement, pratiques dispensées en adéquation avec les besoins du patient, conformément aux données actuelles de la science, aux recommandations des sociétés savantes.

Bientôt des ultrasons pour traiter les fibromes ?

D'après un entretien avec le **Pr Philippe Descamps**, service de gynécologie-obstétrique, Pôle Femme-Mère-Enfant, CHU d'Angers

*Une technique utilisant des ultrasons focalisés de haute intensité sous guidage échographique pourrait bouleverser la prise en charge d'un certain nombre de pathologies gynécologiques, notamment les fibromes. **Dénommée HIFU, pour High Intensity Focused Ultrasound, elle présente l'intérêt d'être non invasive, de pouvoir être réalisée en ambulatoire sous simple sédation et d'entraîner peu de complications.***

Développée il y a une vingtaine d'années en Chine et utilisée depuis dans de nombreux pays asiatiques, mais aussi dans plusieurs pays européens, cette technique n'est donc pas une nouveauté, explique le Pr Philippe Descamps. Néanmoins, nous n'avons pris conscience en France de son intérêt que récemment, ajoute-t-il. Il faut dire qu'elle n'est diffusée en Europe que depuis 2010 et qu'elle a bénéficié depuis d'importantes évolutions technologiques.

Hyperthermie et cavitation

Le principe repose sur l'utilisation d'une sonde d'échographie délivrant des ultrasons focalisés en un point donné. Leur intensité peut être jusqu'à 10 000 fois supérieure à celle des ultrasons utilisés en imagerie. La concentration de ces ultrasons en un point entraîne une augmentation de la température atteignant entre 60 et 85°. A cet effet hyperthermique s'ajoute une cavitation, à savoir la création de microbulles intracytoplasmiques due à la succession des ondes ultrasonores. Ces deux phénomènes se conjuguent et provoquent la mort cellulaire.

Son efficacité a été largement démontrée. En Chine, elle est devenue la technique de choix pour le traitement des fibromes et de l'adénomyose.

Une technique non invasive

En pratique, l'intervention est réalisée sous simple sédation. La patiente peut ainsi signaler l'apparition de douleurs. Elle est allongée sur le ventre. Une injection de produit de contraste permet de visualiser la microvascularisation du fibrome. L'intervention se fait sous contrôle échographique ou IRM.

L'envoi des ultrasons se fait par tirs successifs de 2 à 4 secondes. Il faut en moyenne une vingtaine de tirs pour détruire 1 cm³ de myome, précise le Pr Descamps. Le nombre de tirs, leur intensité et leur espacement dépendent de la tolérance de la patiente. L'intervention dure environ une à deux heures en fonction du volume du fibrome.

La technique présente ainsi l'avantage d'être faite sans anesthésie générale ni rachianesthésie, sans risque de saignement ou de lésions de l'intestin ou de la vessie. La tolérance est très bonne et le taux de complications très faible. La patiente n'a pas de cicatrice. Elle peut reprendre rapidement ses activités.

Le retard français

Cette technique est-elle disponible en France ? Elle a été utilisée à titre expérimental aux CHU de Tours et de Bordeaux avec un guidage IRM, ce qui compliquait beaucoup la procédure, répond le Pr Descamps. La technique présentée ici est beaucoup plus simple. Une autre technique utilisant une sonde endorectale est en phase d'évaluation dans le traitement de l'endométriose rectale à l'hôpital de la Croix Rousse à Lyon (Pr Gil Dubernard).

Un dossier d'accréditation est en cours mais il faudra sans doute au moins deux ans, si la technologie est retenue par la HAS, pour obtenir un code permettant de côter les actes et d'introduire l'HIFU dans notre pays.

Il faudra aussi investir dans des machines, dont le coût est élevé, comparable à celui d'une IRM, et former les opérateurs, gynécologues ou radiologues, ajoute le Pr Descamps.

Références

- P. Descamps (Angers), J. Levêque (Rennes), G. Dubernard (Lyon) et H. Marret (Tours). Prise en charge des pathologies gynécologiques : et si les Chinois avaient raison ? La lettre du gynécologue. N°417. Novembre-décembre 2018
- Chen J. Chen W, Zhang L et al. Safety of ultrasound-guided ultrasound ablation for uterine fibrosis and adénomyosis : a review of 9988 cases. Ultrasonics Sonochemistry 2015 ; 27 : 671-676

De nombreuses indications

Outre les fibromes et l'adénomyose, l'**HIFU** peut être utilisée pour le traitement de l'endométriose de la paroi abdominale, le placenta accreta, les fibroadénomes mammaires, les cancers du sein. Hors gynécologie, plusieurs indications ont aussi été validées dans les cancers de la prostate, du foie, du pancréas et du rein, ainsi que pour les tumeurs osseuses.

Cancer de l'ovaire : plaidoyer pour une homogénéisation des pratiques et le regroupement des patientes dans des centres expérimentés

D'après un entretien avec le **Pr Vincent Lavoué**, service de gynécologie, hôpital sud, CHU de Rennes

Deux avancées importantes viennent, depuis peu, d'entrer dans la stratégie thérapeutique des cancers de l'ovaire : une thérapie ciblée et l'administration de la chimiothérapie à haute température par voie intrapéritonéale. Elles permettent d'améliorer de façon très significative le pronostic de ces cancers souvent découverts à un stade avancé. Mais une réorganisation des services et la possibilité d'accès aux plateformes d'oncogénomique est nécessaire pour offrir un accès à ces innovations à toutes les patientes.

Aujourd'hui, nous souffrons d'une dispersion de la prise en charge des patientes atteintes de cancer de l'ovaire, explique le Pr Vincent Lavoué. Or, la qualité de la prise en charge initiale, notamment de la chirurgie, est un facteur pronostique important. L'expérience des chirurgiens permet en effet d'augmenter la réalisation d'une chirurgie complète. C'est une chirurgie complexe, qui consiste à enlever les ovaires, l'utérus, l'épiploon et de pratiquer un curage ganglionnaire étendu. On obtient une amélioration de la survie dans les centres où au moins deux chirurgiens sont spécialisés dans ces cancers et opèrent plus de 20 patientes chaque année. En effet, les résultats de cette première intervention chirurgicale modulent le pronostic et les complications postopératoires.

Le regroupement des cas permet aussi d'assurer un accès précoce et rapide à une plateforme d'oncogénomique pour le diagnostic moléculaire (voir encadré). La recherche des caractéristiques génétiques de la tumeur est un élément important pour déterminer les modalités thérapeutiques. Le diagnostic moléculaire de la tumeur doit compléter la recherche d'une mutation constitutionnelle réalisée chez toutes les patientes qui présentent un cancer de l'ovaire (de haut grade).

L'accès aux plateformes d'oncogénomique

- Des tests génétiques sont recommandés chez toutes les femmes qui présentent un cancer de l'ovaire afin de rechercher des mutations BRCA qui peuvent avoir un impact sur leur traitement mais aussi des conséquences en termes de risque de cancer de l'ovaire et du sein pour leurs familles.
- L'analyse génétique de la tumeur est aussi indispensable puisqu'elle conditionne les modalités thérapeutiques, notamment la prescription de thérapies ciblées.

L'olaparib en traitement d'entretien

La thérapie ciblée par olaparib, un inhibiteur de PAR (Polyadenoïde diphosphate-ribose), est indiquée chez les femmes qui présentent une mutation génétique particulière de prédisposition aux cancers de l'ovaire et du sein ou dont la tumeur est porteuse de cette mutation (1).

Cet anticorps agit sur des enzymes impliquées dans les processus de réparation de l'ADN des cellules cancéreuses. En bloquant leur action, il s'oppose à leur développement.

Le bénéfice d'une thérapie ciblée par olaparib en première ligne a été mis en évidence dans une étude récente (2). Ce traitement divise par deux le risque de décès à 5 ans : la survie globale passe de 30-40% à plus de 60%.

Sa place dans la stratégie thérapeutique a été définie dans les récentes recommandations établies par l'ensemble des experts impliqués, le Groupe français de recherche en chirurgie oncologique et gynécologique (FRANCOGYN), le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), la Société française d'oncologie gynécologique (SFOG) et le groupe d'investigateurs national des études des cancers ovariens et du sein (GINECO-ARCAGY) (1).

La séquence thérapeutique comprend la chirurgie, suivie d'une chimiothérapie et, en cas de mutation BCRA, d'un traitement d'entretien de deux ans par olaparib.

Si une chirurgie première complète peut être réalisée d'emblée, six cycles de chimiothérapie sont recommandées. Si le cancer est plus étendu, une première intervention chirurgicale est réalisée, suivie de 3 cycles de chimiothérapie, puis d'une deuxième intervention (chirurgie intervalaire) et de 3 cycles de chimiothérapie.

La chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale

A côté de la chimiothérapie intraveineuse classique, une nouvelle forme d'administration des anticancéreux est proposée, il s'agit de la chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale (CHIP) (3). Elle consiste à introduire les médicaments de chimiothérapie préalablement chauffés -ce qui augmente leur efficacité- dans la cavité péritonéale au décours de l'intervention chirurgicale. Le traitement agit ainsi directement sur les tissus cancéreux résiduels. L'exposition à la chimiothérapie dure quelques dizaines de minutes, puis les médicaments sont retirés.

Cette technique, développée initialement dans le cadre de la chirurgie digestive, n'est disponible que dans certains centres spécialisés, car elle nécessite des conditions de réanimation particulières en raison des risques de complications rénales liées aux troubles hydroélectrolytiques induits par la chaleur.

Les derniers résultats publiés montrent tout l'intérêt de la CHIP (4, 5), explique le Pr Lavoué. Il est donc indispensable de la rendre accessible à toutes les patientes qui pourraient en bénéficier. C'est un argument supplémentaire pour revoir l'organisation de la prise en charge de ces cancers et ainsi améliorer leur pronostic.

Références

- (1) Lavoué V et al. Recommandations pour la pratique. Partie 2 rédigée à partir de la synthèse de la recommandation nationale de bonnes pratiques cliniques intitulée « conduites à tenir initiales devant des patientes atteintes d'un cancer épithélial de l'ovaire ». Gynécologie obstétrique fertilité et sénologie 2019 ; 47 : 11-119
- (2) Moore K, Colombo N, Scambia G et al. Maintenance olaparib in patients with newly diagnosed advanced ovarian cancer. N Engl J Med 2018 ; 379 : 2495-2505
- (3) Lavoué V, Bendifallah S, Collinet P et al. La chimiothérapie hyperthermique intrapéritonéale (CHIP) sauvée par les preuves : la carcinose ovarienne, cible privilégiée de la CHIP ? Bull Cancer février 2019
- (4) Zivanovic O, Chi DS, Filippova O et al. It's time to warm up to hyperthermic intraperitoneal chemotherapy for patients with ovarian cancer. Gynecologic Oncology 2018 ; 151 : 555-561
- (5) Van Driel WJ, Koolr SN, Sikorska K et al. Hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in ovarian cancer. N Engl J Med 2018 ; 378 : 230-240

Une lourde charge de travail, du stress, des inégalités hommes-femmes, mais une profession toujours aussi passionnante : le ressenti des chirurgiens gynécologues

D'après un entretien avec le **Dr Alice Cathelain** (interne) et le **Pr Pierre Collinet**, Service de chirurgie gynécologique, Hôpital Jeanne de Flandre, CHU de Lille

Une enquête réalisée auprès des chirurgiens gynécologues montre une satisfaction professionnelle certaine puisque les trois quarts d'entre eux referaient le même choix de carrière si c'était à refaire. Néanmoins, près d'un quart estime la charge de travail importante et difficilement gérable et un tiers déclare avoir déjà présenté un épisode de burn out ou de dépression. Enfin, et ce n'est pas le moindre défi à relever pour la profession, la moitié des femmes signale une discrimination tant au niveau des postes de responsabilité que des salaires.

Alors que le bien-être et la qualité de vie au travail sont devenus une priorité pour l'ensemble des professionnels, peu de travaux se sont intéressés à la situation spécifique des chirurgiens face à leur équilibre de vie et leur satisfaction au travail, explique le Pr Pierre Collinet. D'où le projet d'enquête nationale mis en œuvre début 2019, dont les résultats vont être présentés au congrès. Il s'agit d'une étude transversale multicentrique déclarative basée sur un questionnaire diffusé par mail à l'ensemble des chirurgiens gynécologues exerçant en France, précise le Dr Alice Cathelain.

253 réponses ont été collectées entre février et juin 2019. 41,8% des répondants sont des femmes, 58,50% des hommes, âgés de 45,87 ans en moyenne, 40,47 ans pour les femmes, 49,70 ans pour les hommes.

90,90 % des chirurgiens sont en couple ou (re)-mariés et 84,9% ont un ou plusieurs enfants. Les femmes chirurgiennes ont en moyenne moins d'enfants que les hommes.

De 50 à 75 heures de travail par semaine

36,0% d'entre eux exercent en clinique, 39,9% en milieu hospitalier et 24,1% en milieu hospitalo-universitaire. Le temps de travail déclaré par semaine est de 50 à 75h pour 69,6% des chirurgiens, des horaires contraignants pour beaucoup d'entre eux (voir encadré 1). La grande majorité estime d'ailleurs leur charge de travail importante et 23,7% la considèrent comme difficilement gérable.

Variables	Population générale n=253	Homme n=148 (58,5%)	Femme n=105 (41,5%)	p value
Charge de travail				
Trouvez-vous vos horaires contraignants ?				0,613
Pas du tout d'accord	24 (9,5%)	16 (10,8%)	8 (7,6%)	
Moyennement d'accord	116 (45,8%)	65 (43,9%)	51 (48,6%)	
Complètement d'accord	113 (44,7%)	67 (45,3%)	46 (43,8%)	
Charge de travail				
importante difficilement gérable	60 (23,7%)	32 (21,6%)	28 (26,7%)	0,624
importante et gérable	184 (72,7%)	111 (75,0%)	73 (69,5%)	
modérée	9 (3,6%)	5 (3,4%)	4 (3,8%)	

Stress psychologique, burn out et épisodes dépressifs....

La pression psychologique liée à l'activité professionnelle apparaît lourde pour la majorité des praticiens (voir encadré 2). 32,4% déclarent avoir déjà présenté un épisode de burn out ou de dépression. Un taux qui semble très élevé mais qui correspond aux chiffres retrouvés dans la littérature, précise le Dr Alice Cathelain.

Variables	Population générale n=253	Homme n=148 (58,5%)	Femme n=105 (41,5%)	p value	
Arrivez-vous à faire face psychologiquement aux pathologies prises en charge ?				0,001	
	Facilement Moyennement Difficilement	3 (1,2%) 102 (40,3%) 148 (58,5%)	0 (0,0%) 49 (33,1%) 99 (66,9%)	3 (2,9%) 53 (50,5%) 49 (46,7%)	
Avez-vous déjà fait appel à une aide extérieure ?	23 (9,1%)	9 (18,4%)	14 (25,0%)	0,412	
Avez-vous déjà présenté un épisode de burn out ou dépression ?	82 (32,4%)	46 (31,3%)	36 (34,3%)	0,617	

... Mais un métier apprécié

La moyenne de satisfaction professionnelle sur une échelle de 0 à 10 est de 6,92. 73,5 % des chirurgiens interrogés referaient le même choix de carrière si c'était à refaire.

Des inégalités hommes-femmes

L'enquête révèle un taux de discriminations liées au genre pour 51,8% des femmes versus 18,2% des hommes. Les femmes se sentent moins reconnues par leurs pairs que leurs confrères de sexe masculin. Elles occupent moins de postes à responsabilités, elles sont nettement moins nombreuses à être chefs de service et sont moins enclines à envisager de postuler pour ces postes (voir encadré 3). Leur satisfaction quant au salaire est sensiblement moins bonne.

L'impact psychologique de leur travail apparaît plus important, ainsi en cas de complications chirurgicales, elles les prennent de façon plus personnelle que les hommes.

Néanmoins, l'enquête ne met pas en évidence de différence en termes de burn out ou de dépression. Les femmes sont plus nombreuses à continuer à faire de l'obstétrique sous forme de gardes. Elles travaillent plus souvent en milieu hospitalier qu'en clinique. Celles qui exercent à l'hôpital sont généralement en secteur 1. Elles respectent davantage que les hommes les temps de récupération après les gardes. Elles consacrent majoritairement ces temps de repos aux tâches domestiques.... Ce qui n'est pas le cas de leurs confrères masculins...

Variables	Population générale n=253	Homme n=148 (58,5%)	Femme n=105 (41,5%)	p value
Type d'activité				
Responsabilités institutionnelles	81 (32,0%)	63 (42,6%)	18 (17,1%)	<0,001
Souhait de responsabilités institutionnelles	47 (18,6%)	38 (25,7%)	9 (8,6%)	0,001

Pratique d'enseignement	165 (65,2%)	86 (58,1%)	79 (75,2%)	0,005
Pratique d'activité de recherche	92 (36,4%)	59 (39,9%)	33 (31,4%)	0,169

Des axes de progression

Cet état des lieux confirme l'impact de la charge de travail sur le temps personnel et familial des chirurgiens gynécologues. La profession apparaît stressante avec un retentissement psychologique des pathologies prises en charge. Le taux déclaré de burn out et de dépression chez les soignants est élevé, mais aucun facteur de risque particulier prédisposant à ces épisodes ne ressort de l'enquête. Ces résultats montrent bien la nécessité de développer des stratégies de prévention et d'amélioration des conditions de travail, indique le Pr Collinet.

L'autre fait marquant de l'enquête concerne les différences entre hommes et femmes, note le Dr Cathelain. Alors que la profession se féminise, la place des femmes chirurgiens gynécologues devrait progresser, notamment en termes d'équité professionnelle et salariale.

En conclusion, malgré certains axes, pour lesquels des changements sont souhaitables, les chirurgiens gynécologues montrent une satisfaction professionnelle certaine puisque les trois quarts d'entre eux referaient le même choix de carrière si c'était à refaire, et c'est ce qui est essentiel pour la santé des femmes.