

## **COMPTE-RENDU DE L'ASSEMBLEE GENERALE ANNUELLE de l'UPIGO du 6-7 juillet 2018 à l'hôtel IBIS Tour Eiffel Cambronne, PARIS (FRANCE).**

### **Allocution d'ouverture du président : Athanasios CHIONIS**

Le président remercie les participants venus d'Albanie, de France, de Grèce, du Mali ; de la République Centrafricaine ; du Burkina Faso et de la Mauritanie et du Tchad.

### **Rapport du secrétaire général : Moustapha TOURE**

Au regard de la nouvelle vision de l'UPIGO d'élargir l'association à de nouveaux pays avec des actions concrètes, le Secrétaire général a œuvré pour la participation des sages-femmes de certains pays d'Afrique francophones ci-dessus mentionnés.

### **Rapport du trésorier : Guy SCHLAEDER**

Le bilan détaillé a été présenté en séance plénière. Les comptes sont équilibrés et le trésorier propose de lancer un appel de cotisation selon la répartition suivante : France 2800€, Mali 400€, Grèce 950€ ; Albanie 400€, Centrafrique 400€.

La session scientifique a été consacrée à deux thèmes principaux :

L'accouchement prématurée et l'échographie de base pour les sages-femmes

### **1er THEME PRINCIPAL : L'ECHOGRAPHIE OBSTETRICALE DE BASE POUR LA SAGE FEMME.**

par le **D r LEVAILLANT** responsable de la formation en échographie du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Sur la base de son expérience il a dégagé quelques grandes lignes de la formation en échographie. Pour l'Afrique sub sahélienne, il insiste sur la nécessité de faire un bon état des lieux avant de lancer le programme éducatif : ressources humaines, équipement d'échographie. Il a proposé une formation en vidéo conférence synchronisée dans les différents pays.

Commentaires après discussions entre les membres de l'UPIGO : la faisabilité de vidéo conférence paraît difficile en regard de l'état du réseau de communication en Afrique. On s'oriente vers l'organisation de la formation sur place au Mali ou seront conviées les sages-femmes des différents pays. Le programme éducatif impliquera une importante mobilisation des ressources financières auprès de partenaires nationaux et internationaux (OMS, UNFPA, OING, Union Européenne, fabricants de matériel d'échographie ) .

Les échanges ont porté sur les points suivants :

### **L'échographie en salle d'accouchement expérience en Mauritanie par Rhokaya DIAWARA, sage- femme.**

- Dans le cadre d'un projet initié par les autorités en collaboration avec la coopération Française ; il a été entrepris à la satisfaction de tous les acteurs la formation de douze SF en échographie pour le diagnostic des pathologies courantes en gynécologie obstétrique. Il a été rappelé que l'échographie ne doit pas remplacer l'examen clinique en salle de naissance, elle lui est complémentaire. Sa pertinence et sa faisabilité pourraient permettre un meilleur suivi du travail. Elle est une aide précieuse au diagnostic et à la prise en charge.

## **La formation des sages-femmes en échographie en France : par Catherine BURGUY, sage-femme enseignante à l'Ecole des SF de Strasbourg.**

- Du point de vue pratique les sages-femmes apprennent à effectuer : la localisation du placenta, l'évaluation de la quantité de liquide amniotique, le diagnostic de la vitalité fœtale, la biométrie fœtale, le diagnostic de la présentation fœtale, la datation précoce avant la 11<sup>ème</sup> semaine, l'identification des structures gynécologiques.
- Les sages-femmes peuvent réaliser les échographies gynécologiques de monitoring de l'ovulation, sous réserve que leur expérience et leur formation aient été jugées suffisantes par les praticiens d'assistance médicale à la procréation de leur centre.
- Les sages-femmes ont la possibilité de se perfectionner dans le cadre d'un diplôme inter-universitaire DIU de gynécologie obstétrique. Ce diplôme DIU réunit sages-femmes et médecins dans le même enseignement.
- Diplômées ou non en échographie, les sages-femmes doivent satisfaire aux obligations de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles afin de maintenir et contrôler leurs connaissances.

### **Remarques sur les conditions d'exercice de la sage-femme en zone rurale et urbaine.**

#### **En zone urbaine par Molobaly Diallo SF du Mali**

Les Sages-femmes effectuent les activités en rapport avec les unités dans lesquelles elles sont affectées ; celles qui exercent dans les hôpitaux universitaires bénéficient de la formation continue. Elles sont souvent en surnombre.

**En milieu rural exposé par Honorine Soma du Burkina Faso :** en plus des activités classiques de sage-femme, elles ont des activités de gestion. Elles sont souvent débordées, en nombre très insuffisant et travaillant dans des structures sous équipées. Elles ne bénéficient pas de formation continue et sont menacées par la routine, source de démotivation.

#### **2<sup>e</sup> THEME PRINCIPAL PREMATURITE**

##### **Devenir immédiat des prématurés au CHU Gabriel Toure de Bamako :**

par Moustapha TOURE et F. DICKO avec les résultats suivants :

La fréquence de la prématurité est de 63,9 % 207 / 324.

L'âge des mamans varie entre 19-34 ans, par rapport au niveau d'instruction, les non scolarisées représentaient 60,7 %, par rapport à la provenance : 25 % des femmes avaient accouché au CHU, 47,2 % au niveau des centres de référence ; par rapport au moyen de transport, l'ambulance était utilisée pour les évacuations dans 49%, le taxi dans 12,1%, à pied dans 25, 1% et les véhicules

personnels dans 8,2% l'accouchement à domicile représente 5 %. Par rapport au traitement, la Corticothérapie n'était pas fait dans 135 cas /207 soit 65,2%. Les prématurés étaient reçus en état d'hypothermie dans 84 cas /207 soit 40,6%. Ils étaient cyanosés dans 49,8% (103 cas /207) et en état détresse respiratoire dans 152 cas /207 soit 73,4%.

La réanimation a concerné 36 cas /207 soit 17,4%

Un poids de naissance entre 1000-1500 g représentait 50,2% (104 cas /207)

Par rapport à la voie d'accouchement la césarienne a concerné 24 % des accouchements (51/207).

L'hémoculture était positive dans 15,9% (33/207) avec présence Staphylocoque dans 47,22% (17/36).

L'état d'hypoglycémie a concerné 20% des prématurés (41/207)

La létalité est très élevée avec 105 cas /207 soit 50,7%

Les facteurs de risque révélés sont : poids de naissance, nombre de consultations prénatales, infection, terme de la grossesse, voie d'accouchement, hypothermie , notion de réanimation.

## **Conclusion**

Le taux de létalité de la prématurité est élevé au CHU Gabriel Touré.

Les facteurs de risques sont connus. La restitution des résultats de cette étude aux autorités est nécessaire en vue de la mise en œuvre d'un plan d'action.

## **Pronostic et prévention des complications liées aux naissances prématurées par A. CHIONIS**

L'auteur fait un rappel de la situation en Afrique et en Europe où le taux de prévalence est respectivement de 18 et de 5 % avec 15 millions de prématurés par an dans le monde.

Elle est la principale cause de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

Les complications à court et à long termes ont été rappelées.

### **À court terme**

Hypothermie, anomalies respiratoires, anomalies cardiovasculaires, colite, infection, rétinopathie du prématuré.

### **À long terme**

Hospitalisations, troubles du développement neurologique, problèmes de santé chroniques, retard de croissance, troubles respiratoires, effets sur la santé de l'adulte, insulino-résistance, hypertension.

La naissance prématurée est un syndrome multifactoriel causé par des facteurs génétiques, hormonaux, sociaux et environnementaux.

20% des naissances prématurées sont iatrogènes.

80 % des naissances prématurées sont spontanées.

### **Facteurs de risque pour une naissance prématurée :**

#### **Facteurs de risque non modifiables :**

Naissance prématurée antérieure, race afro-américaine, âge <18 ou >40 ans, mauvaise alimentation/poids faible avant la grossesse, statut socio-économique faible, malformation congénitale du corps ou fibrome. Dilatation prématurée (>2 cm) ou effacement (>80 %) du col de l'utérus, distension excessive de l'utérus, (grossesses multiples, hydramnios), maladies parodontales, saignements vaginaux, activité utérine excessive.

#### **Facteurs de risque modifiables :**

Tabagisme, toxicomanie, soins prénataux de mauvaise qualité, grossesses rapprochées, anémie, bactériurie/infection urinaire, infection génitale, travail pénible, stress personnel élevé.

Les modalités de traitement par rapport à la progestérone et au cerclage ont été définies en tenant compte de certains paramètres (terme de la grossesse, longueur du col).

**NOUVEAUTÉS EN GYNECOLOGIE par Jean-Jacques BALDAUF**, département de gynécologie-obstétrique CHU Strasbourg Hautepierre.

Des nouveautés en gynécologie seront déclinées cette année selon trois axes : la désescalade dans la chirurgie des cancers gynécologiques pelviens, la préservation de la fertilité et la RAAC.

**La désescalade dans les cancers gynécologiques pelviens concerne les trois cancers pelviens les plus fréquents.**

## **I. LE CANCER DU COL**

### **Stade micro-invasif IA1 et IA2**

Un traitement par conisation peut être considéré comme un traitement suffisant en cas d'exérèse in sano et d'absence d'envahissement lympho-vasculaire.

Pour le stade IA2, les stadifications ganglionnaires par l'analyse du ganglion sentinelle est suffisante. L'hystérectomie simple complémentaire est indiquée en cas de difficultés pour la surveillance ultérieure

### **Stades IB1 et IIA2**

La lymphadénectomie pelvienne constitue la première étape thérapeutique. Pour cette étape, la validation du ganglion sentinelle est en cours. En cas d'atteinte ganglionnaire pelvienne, une évaluation ganglionnaire soit par chirurgie (lymphadénectomie lombo aortique) soit par PET-SCAN doit permettre de dimensionner la radio-chimiothérapie, qui constitue le traitement recommandé.

En l'absence de lymphadénectomie pelvienne (ganglions sentinelles) la chirurgie élargie aux paramètres constitue encore le standard. Le non-élargissement aux paramètres est en cours d'étude pour les cancers débutants inférieurs à 2 cm de grand axe, sans atteinte ganglionnaire et sans envahissement lymphovasculaire (protocole SHAPE).

La trachélectomie élargie est possible en cas de cancer inférieur à 2 cm,

### **Stades IIB et plus**

La radio-chimiothérapie constitue le standard thérapeutique. Ce traitement est dimensionné après stadification ganglionnaire lombo aortique soit chirurgicale soit à l'imagerie.

La chirurgie de clôture est réservée aux réponses thérapeutiques incomplètes.

## **II. CANCER DE L'OVAIRE**

La coelioscopie exploratrice constitue généralement le premier stade de la prise en charge thérapeutique à la fois pour appréhender le type histologique et la possibilité d'une exérèse intra péritonéale complète.

La chirurgie d'exérèse immédiate est privilégiée dans les situations où l'exérèse complète peut être atteinte. Dans le cas contraire, une chimiothérapie néoadjuvante suivie d'une chirurgie d'intervalle dès que la radicalité de l'exérèse chirurgicale intra péritonéale paraît possible est à privilégier.

L'intérêt thérapeutique de la lymphadénectomie pelvienne et lombo aortique n'est toujours pas validé. Ce geste n'est envisagé qu'en l'absence de métastase à distance ou d'atteinte sus diaphragmatique et que dans les situations où l'exérèse intra péritonéale est jugée complète.

## **III. CANCER DE L'ENDOMETRE**

Pour les cancers à bas risques ou risques intermédiaires, la lymphadénectomie pelvienne n'est plus requise.

A l'inverse, pour les formes à risques élevés, la lymphadénectomie doit être pelvienne et lombo aortique, notamment pour les cancers endométrioïdes de grade I en cas d'embolies lymphovasculaires multiples.

A l'inverse, en cas d'atteinte cervicale (stade II), l'hystérectomie élargie n'est plus requise de principe, mais sera réalisée si nécessaire pour atteindre une exérèse en marge.

## LA PRESERVATION DE LA FERTILITE

La préservation de la fertilité des femmes atteintes de cancers pelviens apparaît d'autant plus légitime que les progrès thérapeutiques permettent une survie plus durable voire une guérison de plus en plus fréquente.

Parmi les techniques actuellement disponibles : congélation embryonnaire, cryopréservation de tissus ovariens ou vitrification ovocytaire, la dernière est possible en France depuis 2011 et constitue une véritable avancée technologique. En effet, la congélation ultra rapide aboutit à 80 voire 90 % de survie à la décongélation, s'adresse notamment aux situations sans conjoint et donc sans fécondation préalable possible. Elle nécessite par contre une stimulation ovarienne et donc un délai pour le début du traitement carcinologique.

Le tableau ci-dessous permet de comparer les aspects pratiques des trois techniques de préservation de fertilité.

	C. Tissu ovarien	C. Embryonnaire	C. Ovocytaire
Puberté	Non	Oui	Oui
Couple	Non	Oui	Non
Stim ovarienne Délai	Non	Oui	Oui
Chirurgie	Oui	Non	Non
Fonction endocrinne	Oui	Non	Non
Post chimio thérapie	Oui	Non	Non
Femme enceinte	Oui	Non	Non
Risque de récidive	potentiel	Non	Non
naissances	<40	>100 000	>1000

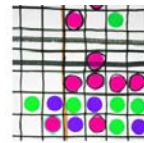
De façon simple, chez une femme en âge de procréer, le choix dépend d'abord du délai dont on dispose avant le début du traitement carcinologique.

Un délai de trois semaines permet d'envisager une stimulation ovarienne avec fécondation in vitro et conservation embryonnaire en cas de conjoint présent ou une conservation ovocytaire par vitrification en l'absence de conjoint.

La nécessité d'un traitement urgent sans délai de trois semaines nécessite de recourir à la conservation de tissus ovariens.

Quelle que soit la technique, les critères d'Edinburgh publiés dans le Lancet Oncology en 2005 permettent la sélection des patientes pouvant bénéficier d'une technique de cryopréservation.

## Critères d'Edinburgh



- ▣ Age < 30 ans
- ▣ Pas de chimio ou Rx thérapie antérieure  
(exception pour les Enfants < 15 ans avec faible dose de chimio antérieure )
- ▣ Chance réaliste de survie à long terme
- ▣ Risque que le traitement induise une défaillance ovarienne > 50%
- ▣ Information et consentement obtenu
- ▣ Sérologies, VHC VHB VIH négatives
- ▣ Patientes sans enfants

## **ASSEMBLEE GENERALE STATUTAIRE**

- **Le rapport du secrétaire général est approuvé à l'unanimité.**
  - **Le rapport du trésorier est approuvé à l'unanimité.**
  - **L'appel de cotisation et les propositions de tarifs par pays par le trésorier sont approuvés également à l'unanimité.**
  - **Le secrétaire général est mandaté pour prendre contact avec le président de la Société Africaine de Gynécologie Obstétrique pour appuyer le projet de formation en échographies des sages- femmes.**
  - **Nous exploreront les possibilités de financement et d'acquisition d'appareils d'échographie auprès des partenaires européens.**
  - **Le bureau a été reconduit en totalité et se compose comme suit :**
  - **Président : Athanassios CHIONIS (Grèce)**
  - **Secrétaire général : Moustapha TOURE (Mali)**
  - **Trésorier et past-président : Guy SCHLAEDER (France)**
  - **Conseiller scientifique : Jean-Jacques BALDAUF (France)**
  - **Pour la prochaine Assemblée Générale, les thèmes principaux retenus sont : Formation des sages – femmes en échographie de base : coordination M. TOURE**
  - **Expérience en Afrique de l'Est par E.Neuenschwander CH**
  - **Diabète et grossesse : A. CHIONIS**
  - **Masses annexielles : A. CHIONIS**
  - **Paludisme et grossesse A. SEPOU**
  - **Nouveautés en gynécologie : J.J. BALDAUF**
- La prochaine AG se tiendra les 25 et 26 Octobre 2019 à Strasbourg (France).**
- Liste des participants présents à Paris : ALBANIE :Gjergji THEODHOSI. AUSTRALIE : Nesrin VAROL. CENTRAFRIQUE : Abdoulaye SEPOU ; Patricia Regina PEPA-MAYKO.UA-SAMMY.GRÈCE: Athaniassios CHIONIS ; Antonios KOUTRAS.FRANCE: Jean-Jacques BALDAUF ; Catherine BURGUY ; Guy SCHLAEDER; J.M. LEVAILLANT. MALI : Moustapha TOURE ; Molobaly DIALLO**



**Sage-femme ; Binta AWE SF ; Walidé SISSOKO SF. MAURITANIE : Rokhaya DIAWARA SF. BURKINA -FASO : Honorine SOMA SF.**

**. • A la fin de l'AG, les participants ont chaleureusement remercié le past-président Guy Schlaeder pour son aimable accueil et son excellente organisation. MT-GS 14.9.19**

