

LE CORDON ROUGE DE L'AGOF

Association des Gynécologues
Obstétriciens en Formation

AGOF



REVUE POUR LES INTERNES DE GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE

N°3
Avril 2011

- Nouveau bureau
- Les Jn'GOF
- La filiarisation
- Le coin pratique
- L'actualité en bref
- De Jadis à Naguère
- Agenda

w w w . a g o f . f r

SOMMAIRE

Sommaire

Edito	P 02
Mot du Président	P 03
Organigramme du bureau	P 04
Présentation des membres du bureau	P 05
Les Jn'GOF 2010	P 06
Le point sur la filiarisation	P 08
Tribune libre	P 10
Coin pratique	P 12
Actualites Scientifiques en bref	P 14
De Jadis à Naguère	P 20
Agenda des congrès	P 23
Annonces de recrutement	P 27

Rédactrice en chef : Delphine-Nina-Hudry, email : cordonrouge@agof.fr
Rédacteurs de ce numéro : Sofiane B, Isabelle B, Sabrina D, Laurent V, Nina H, Emeline M.

Editeur : Macéo éditions - M. Tabtab, Directeur
11, Bd Ornano, 75018 Paris
Tél : 01 53 09 90 05 - e-mail : maceoeditions@gmail.com

AGOF
9, route de la Goulée - 95510 Villers-en-Arthies
Tél : 01.34.78.27.24

Imprimé à 1100 exemplaires. Revue distribuée gratuitement aux internes de gynécologie-obstétrique de France.
Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.

Merci aux québécoises d'avoir dynamiser ce numéro et aux nouveaux venus dans les rédacteurs, espérons une suite fructueuse !



Voici le troisième numéro de cette revue pour les internes de gynécologie-obstétrique.

Grâce à de nouveaux « membres-actifs » de l'association ce troisième numéro est plus étoffé que les précédents.

Vous retrouverez les rubriques que vous connaissez, avec une mise à jour de l'organigramme et une présentation sommaire des membres de ce nouveau bureau, les Jn'GOF et la filiarisation sont mises en avant dans les pages suivantes, au vu de leur importance dans le cursus de l'interne de gynécologie-obstétrique.

La distribution sera assurée par vos « contact-région » que je remercie pour l'aide qu'ils apportent à la diffusion de cette revue. Une forme électronique de ces pages sera peut-être envoyée aux membres de l'association, par mail.

Le cordon rouge et l'association en général ont besoin de vous pour évoluer, alors n'hésitez pas à réagir, corriger, compléter ce numéro !

Joyeux Printemps 2011 et bonne lecture !
Delphine Hudry

Chers membres et collègues,

C'est avec grand plaisir que nous vous proposons la troisième édition du Cordon Rouge réalisée sous l'impulsion créative de la rédactrice en chef Nina Hudry et grâce au travail des membres du bureau de l'AGOF et des Jn'GOF.

Le Cordon Rouge est le complément du site internet www.agof.fr et a pour objectif de vous fournir les informations permettant d'améliorer votre formation.

Vous trouverez entre autres dans ce numéro de nombreuses informations pratiques, un peu de culture générale et une synthèse des dernières recommandations, en autres, sur le diabète gestationnel.

Nous essayons également par cette voie de vous sensibiliser et vous informer aux problèmes de notre formation et à ce titre nous vous invitons à lire attentivement le chapitre sur la filiarisation des choix de stages de chirurgie.

Les Jn'GOF 2010 ont clôturé une année marquée par des difficultés budgétaires importantes, qui nous avaient contraints à faire des choix importants. Malgré tout cet événement fut un succès.

Les prochaines Jn'GOF et Oncon'GOF se préparent et nous réfléchissons au programme de la séance plénière. N'hésitez pas à nous faire parvenir les thèmes que vous aimeriez voir traité dans le cadre du module 11.

Enfin et comme prévu, l'AGOF s'engage auprès de la WATOG (World Association for Trainees in Obstetrics and Gynaecology) pour la réalisation de projets de formation à l'international.

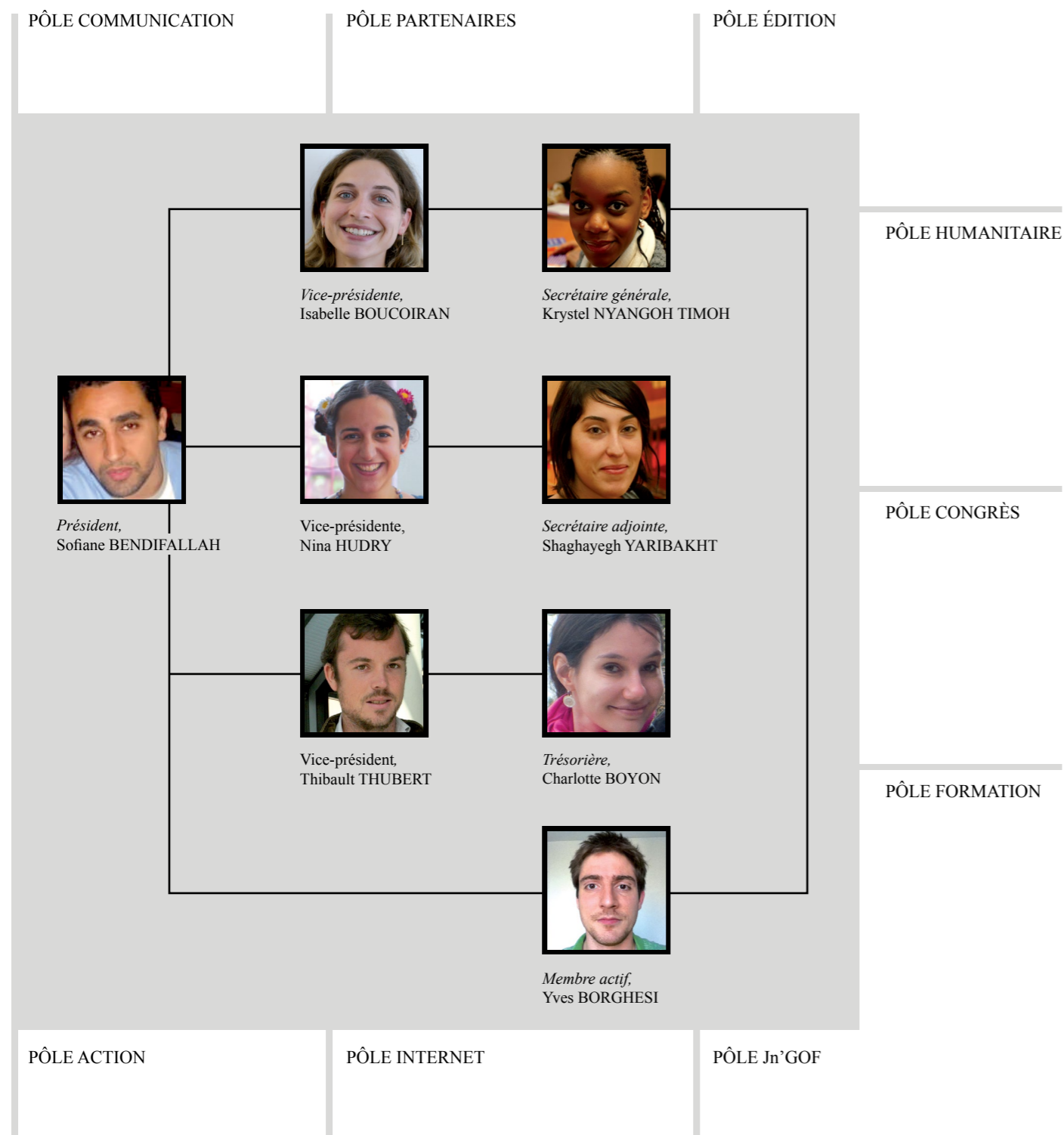
Comme toujours ce journal est perfectible, n'hésitez pas à nous envoyer vos remarques, critiques et commentaires. Nous essaierons d'en tenir compte pour les numéros ultérieurs.

Et surtout n'hésitez pas à nous rejoindre sur ce projet ou bien d'autres...

M. Sofiane Bendifallah
Président AGOF

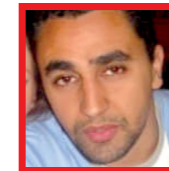
Organisation générale

LE NOUVEAU BUREAU ELU EN NOVEMBRE 2010



Sofiane BENDIFALLAH

Externat à Paris Faculté René Descartes Paris V
Ville de l'internat CHU : Paris
7ème semestre
Master 2 de santé publique en cours
Les raisons de mon engagement dans l'AGOF :
par hasard au début, puis au fur et à mesure des projets développés par l'AGOF et de la Jn'GOF on éprouve un certain plaisir et une grande satisfaction à s'engager activement dans le développement et la promotion de la formation des internes de gynécologie et obstétrique.



Charlotte BOYON

Externat : Lyon Grange – Blanche
Internat : Lille
6ème semestre, DEA en cours
Trésorière AGOF et Jn'GOF, responsable pôle Grand Public pour l'AGOF



Isabelle BOUCOIRAN

1er et 2ème cycle à Nîmes-Montpellier 1997-2004
Internat au CHU de Nice avec 6 mois d'inter-CHU à l'hôpital Sainte-Justine (Montréal, Canada) 2004-2010
Master 2 en sciences biomédicales option recherche clinique à l'université de Montréal 2009-2010 grâce à la bourse du CNGOF
Fellowship en Médecine Foeto-Maternelle au CHU Sainte-Justine (Canada) 2010-2012 grâce à une bourse en jumelage de fond du CHU Sainte-Justine



Shaghayegh YARIBAKHT

Ville de l'externat : Reims
Ville de l'internat : Nancy
7ème semestre
Lieu actuel « d'exercice » : Maternité régionale de Nancy (ou hors filière chirurgie viscérale à Metz)
Projet : inter-CHU hôpital Cochin à Paris
Je m'oriente vers un DESC de cancérologie mais souhaite conserver une formation élargie à la chirurgie fonctionnelle et l'obstétrique.
Les raisons de mon engagement dans l'AGOF : défendre les intérêts des internes de GO en leur permettant d'avoir accès à une formation complémentaire au travers de congrès, formations pratiques. Etre représentée auprès d'associations nationales.



Delphine HUDRY

1er et 2ème cycles à Lyon, à la fac « Lyon-Nord » 2001-2007
Internat CHU de Dijon, en 7ème semestre actuellement
Projet d'inter-CHU à Marseille (chirurgie oncologique)
Intégration de l'AGOF d'abord pour participer au projet de la revue le CORDON ROUGE, et puis projet après projet, participation plus active au bureau de l'association. Après avoir apprécié les ateliers pratiques de suture, de coelioscopie, etc, participer à l'organisation des prochaines Jn'GOF est une aventure passionnante...



Krystal NYANGO TIMOH

Ville de l'externat : Paris (Saint Antoine)
Ville de l'internat : Paris
Semestre : 3ème
Lieu actuel d'exercice : maternité de Pontoise
Projet : réaliser une partie de sa formation au Canada : stage INTERCHU ,master 2 et FELLOWSHIP
Orientation vers la chirurgie gynécologique oncologique et fonctionnelle en gardant l'obstétrique dans ma pratique quotidienne
Raison de mon engagement : entrer dans le monde associatif, s'engager pour améliorer la formation des internes en GO, « faire partie de ceux qui font changer les choses », faire participer les internes aux actions de préventions et missions humanitaire en France et dans le monde.
Secrétaire générale de l'AGOF



Chers collègues,

Malgré les difficultés financières et organisationnelles (lieu) initiales qui ont retardé la diffusion du programme et limité le déroulement à une seule journée, et malgré les intempéries qui ont perturbé certaines communications, les Jn'GOF 2010 ont été un succès : 346 internes en GO et 90 étudiants sages-femmes y ont participé.

Les communications orales de la séance plénière seront prochainement disponibles en ligne sur notre site.

Félicitations aux lauréates :

- Emilie Ricard : prix de la meilleure communication orale pour sa présentation « un regard dans le passé : évolution du devenir materno-foetal en maternité depuis le XIXe siècle »
- Julie Paternotte (L'accouchement sur le côté. Etude comparative chez les grossesses à bas risque entre le décubitus latéral et dorsal lors de la phase expulsive des accouchements eutociques) et Géraldine Rivaux (Caractéristiques des propriétés biomécaniques des ligaments utérins. Impact sur la physiopathologie et la chirurgie du prolapsus génital) : prix ex aequo du meilleur poster.

Je tiens à remercier nos sponsors et les nombreux intervenants bénévoles sans qui ce rendez-vous annuel incontournable de la formation des internes en GO ne pourrait avoir lieu.

Les commentaires, dans l'ensemble très positifs, seront pris en compte bien sûr pour l'organisation des Jn'GOF 2011 qui se dérouleront le jeudi 8 et vendredi 9 décembre au CNIT, en parallèle des journées du collège.

Nous sommes à votre écoute pour toute proposition d'intervention ou suggestion. A noter que comme tous les ans le programme de la séance plénière doit obéir au contenu du module 11 de notre DES, à savoir Epidémiologie, Santé Publique, Droit médical.

Bien amicalement,

Isabelle Boucoiran
Présidente Jn'GOF 2010

Jeudi 8 et vendredi 9 décembre 2011 Au CNIT de la Défense

le préprogramme

Séance plénière le jeudi 8 au matin, présence obligatoire

- Organisation en cours pour les présentations.

Ateliers (1h sauf spec.), au moins deux à faire

22 ateliers d'une heure, 3 d'une heure 30

Obstétrique :

(plus 3 autres ateliers nouveaux en cours d'élaboration)

1. Analyse du RCF pendant le travail
2. Dystocie des épaules
3. Outil pédagogique pour la réparation des déchirures sphinctériennes sur modèle animal (1h30)
4. Prévention du périnée complet
5. Ventouses : vidéo et morceaux
6. Siège : vidéo et morceaux choisis
7. Hémorragie de la délivrance (nouveau)

Chirurgie

8. Initiation pratique à la coelioscopie sur pelvic trainers (1h30)
9. Hystérectomie coelioscopique : trucs et astuces (nouveau)
10. Hystéroscopie
11. Bilan UroDynamique : interprétations et exemples
12. Les « Bandelettes » en gynécologie : types et indications

Gynécologie

13. Mammographie pour les nuls
14. Le col en images : initiation à la colposcopie
15. Stratégies de dépistage du cancer du col de l'utérus
16. Prise en charge d'une ménopause en 2011 (1h30)
17. Le toucher vaginal doit-il être fait en 2011 ? Point actuel sur l'électrostimulation périnéale et l'incontinence urinaire du post partum
18. Contraception en 2011
19. Sexologie

Recherche

20. Rédaction d'un article scientifique
21. Les biostatistiques pour les nuls

Echographie

22. L'échographie morphologique du 2e et 3e T
23. Réglage de l'appareil d'échographie et repérage dans l'espace
24. Bases de l'échographie obstétricale en 3D
25. atelier echo gynéco le 3D un radiologue (nouveau)

Séance plénière communication vendredi matin salle Ampère

- Communication auprès des jeunes (Pr Nisand) 2h
- Annonce mauvaise nouvelle (Pr Deruelle) 2h

Oncon'GOF

Samedi matin

Réflexion sur la filiarisation des postes de chirurgie générale en Gynécologie Obstétrique

Prévue dans le texte de la loi HPST 2009 « Hôpitaux, Patients, Santé, Territoires » tel qu'il a été adopté par l'Assemblée Nationale, la filiarisation de l'internat se propose de réformer le mode de choix de la spécialité et de la région d'exercice de l'interne, afin d'adapter le nombre de postes aux besoins démographiques. Cet outil de régulation démographique repose également sur 4 nouveaux leviers d'action censés combattre les déserts médicaux associant le contrat santé solidarités, le contrat d'engagement de service public, le contrat de clinicien hospitalier et les coopérations entre professionnels de santé.

Ce paragraphe fait une brève synthèse de la démographie en Gynécologie-Obstétrique en 2010 puis aborde les conséquences de la filiarisation des postes de chirurgie générale sur notre formation chirurgicale de base.

D'après les données de l'atlas de la démographie médicale en France disponible sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins (www.conseil-national.medecin.fr) actuellement 5529 Gynécologues-Obstétriciens (GO) sont en activités dont 54.69 % en secteur libéral et 16.50 % en activité salariés. La pyramide des âges des praticiens en activités montre clairement la nécessité de former plus de GO pour assurer un renouvellement.

En effet si 164 gynécologues-obstétriciens sont formés par an en moyenne pendant 30 ans et s'ils

travaillent 30 ans ; ils seront 4920 disponibles sur le territoire français.

Enfin la répartition des praticiens sur l'ensemble territoire est très hétérogène et révèle plusieurs zones de faible densité médicale.

Concernant la relève, le nombre de postes offerts pour la spécialité après l'Examen Classant National (ECN) est de 177 en 2010-2011 marquant une augmentation progressive du nombre d'internes de GO formés. L'évolution sur les dernières années est la suivante 164 postes en 2009-2010 ; 155 en 2008-2009 ; 155 en 2007-2008 ; 150 en 2006-2007.

Alors comme nous l'avons rappelé en préambule la filiarisation a pour objectif de répondre à ce problème général de répartition des praticiens sur le territoire en assurant en théorie une adéquation entre les médecins en formation et les besoins démographiques. La filiarisation par le biais des Agences Régionales de Santé (ARS) est en place depuis octobre 2010. Concrètement, concernant notre spécialité et notre formation en chirurgie générale les premières difficultés apparaissent. En effet ce qui est observé, c'est une réduction du nombre global des postes de chirurgie générale (urologie, viscérale, vasculaire) mis à disposition des internes de gynécologie-obstétrique. De fait cela entraîne une diminution des possibilités pour un interne au cours de son cursus. L'introduction de quota et de changement de statut de ces

postes de chirurgie qui sont dans certaines régions considérés comme des choix hors-filières révèlent les limites de cette disposition et laissent entrevoir une altération de notre formation chirurgicale de base. Historiquement, la procédure de choix de stage des promotions de chirurgie et de gynécologie mélangées, reposait sur les critères d'ancienneté et de classement à l'ECN. Dorénavant, dans certaines régions, les internes se voient limités dans leur choix à une liste restreinte et pré-définie par les Agences Régionales de Santé là où bien souvent ils avaient dans le passé accès à un choix plus varié. Par ailleurs, celui-ci se voit remplacé dans certaines régions par un choix forcé par défaut, soumis aux aléas des négociations et des compromis avec nos collègues chirurgiens. Alors une question simple apparaît : comment concevoir une formation chirurgicale de base en limitant l'accès à une partie de la formation théorique. Nous ne parlons pas de la formation de l'interne qui se

destine à la chirurgie gynécologique, mais bien de celle de tous les futurs praticiens, quelle que soit leur orientation. Si bien qu'il semble indispensable de réfléchir aux conditions pratiques de cette procédure dans chaque région, afin de mettre en place avec l'aide de nos coordonnateurs des mesures adaptées et spécifiques. En partie, la qualité de notre formation chirurgicale de base dépend des conditions pratiques de ces choix qui concrètement vont reposer sur des négociations et des compromis. Seuls notre activisme et notre anticipation du problème peuvent limiter le démantèlement de nos choix et faire en sorte que la diversité et la qualité de notre formation soient pérenne, l'avenir de notre spécialité et de nos pratiques en dépend.

Sofiane Bendifallah
Président de l'AGOF

En ce moment, les différents contacts régions, et les internes qui se sentent concernés, font le point dans chaque région pour faire savoir au bureau de l'AGOF ce que la filiarisation change concrètement dans chaque région pour les prochains choix de chirurgie.

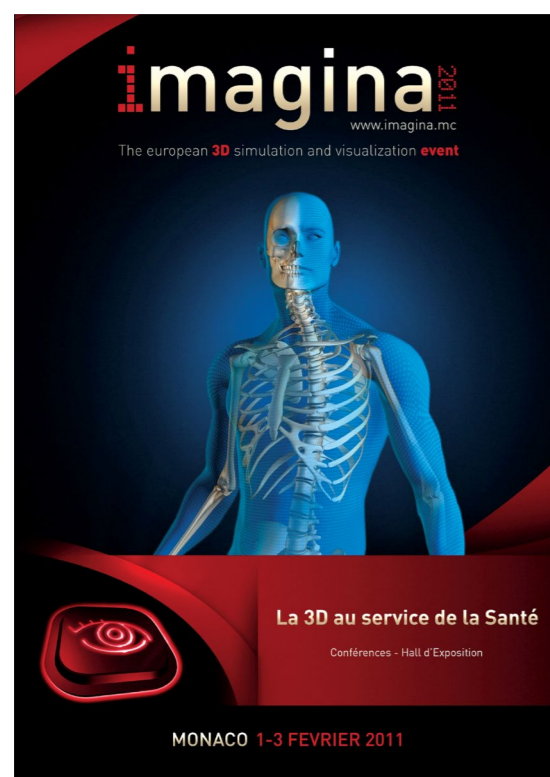
Armés de cette synthèse, nous pourrions discuter avec les responsables seniors au

niveau national et appuyer des réflexions pour améliorer notre situation. Merci à ceux qui se mobilisent déjà. Et nous vous tiendrons au courant de l'avancée des « négociations » par mail pour les adhérents, ou sur le site www.agof.fr pour les autres.

Delphine Hudry
Vice-présidente de l'AGOF

UNE JOURNÉE DANS UN MONDE IMAGINAIRE... (OU RÉÉL ?...)

Récit du Forum Imagina 3D par Laurent VANDENBROUCKE



Mardi 1er février. Paris sous la pluie, 4°C au baromètre. Direction Orly Sud. Destination, un congrès généreusement offert par l'AGOF sur la 3D au service de la santé. L'arrivée à Monaco suffirait à elle seule à justifier le déplacement : ciel bleu, palmiers et 20°C à l'ombre...

Même si c'est toujours agréable, le principal n'est pas là. On ne perd pas de temps, dix heures du matin, c'est l'heure d'entrer dans le vif du sujet...

On commence par les « bases »... tout est relatif... Mais bon, Jean-Marc Le Vaillant tient à détendre l'atmosphère avec l'historique de la 3D en échographie. La journée commence donc par le visionnage d'un court métrage délirant et fantasmato-érotique sur la conception et le conceptus par Daniel Emilfork issu d'une VHS apparemment survisionnée... Je ne suis pas sûr d'avoir tout saisi, mais maintenant pas de doute, tout le monde est détendu...!

Il est temps maintenant de rentrer dans le vif du sujet et Bernard Benoit brosse l'état des lieux en obstétrique et gynécologie de l'échographie 3D. Des notions dignes du meilleur cours d'un DIU qui n'existerait pas encore... les modes surfacing, VCI, STIC, Xray côtoient le scalpel électronique pour nous démontrer que l'échographie 3D ça n'est pas que se faire plaisir ou satisfaire le désir des parents. Olivier Ami s'empresse donc de relever encore le niveau avec l'utilisation de l'écho 3D en

salle de naissance... Il y a du pain sur la planche... Petit détour en cardiopédiatrie avec Bertrand Stos. Pour l'instant l'échographie 3D est limitée en pédiatrie (analyse des valves cardiaques et de leur dynamique, rien que ça !). Par contre, il nous fera plus tard la démonstration que le scanner 3D fait déjà partie de leur quotidien...

Après cette claque virtuelle et pourtant bien réelle, passons à la pratique : manipulations encadrées sur fantômes avec Olivier Ami... ça fait plaisir de voir que je ne suis pas seul à ramer une fois la sonde à la main !



collection particulière L. Vandenbroucke

On se réconforte donc au buffet en profitant du soleil monégasque. Puis, visite des stands : la dernière super production en 3D de Walt Disney côtoie Dassault Systèmes et les ingénieurs urbains... On court donc vite retrouver notre salle de conférence pour se retrouver en terrain plus familier mais c'est peine perdue... L'après midi, c'est le futur : innovations en post traitement et en restitution d'imagerie 3D. Plus précisément, pilotage 3D en haute résolution accessible sur Internet, salle immersive de réalité virtuelle, développement de nouveaux outils d'exploration morphologique et fonctionnelle tridimensionnelle, fusion des images 3D écho/IRM, le tout agrémenté de quelques « rappels » sur le traitement du signal et de l'image...!!! Heureusement, les conférenciers ont fait un effort tout particulier pour qu'un obstétricien puisse suivre sans diplôme d'ingénieur !

Olivier Ami conclue donc sur une touche plus didactique avec les nouveaux outils d'enseignements 3D en anatomie. Fini le tableau et la craie ! Et puis c'est déjà le retour... Chemin en sens inverse. Retour à Paris, toujours 4°C, la pluie et maintenant la nuit qui tombe sur une journée passée qui ressemble au futur...



collection particulière L. Vandenbroucke

L'expérience du parcours d'une gynécologue-obstétricienne « fellow » au Canada

Quel a été votre parcours avant la thèse ?

Dans quelle ville avez-vous fait votre externat ?

Externat à la faculté Paris Sud (Orsay et Le Kremlin-Bicêtre) et à la faculté de Nice.

L'internat ?

A Paris

Avez-vous toujours voulu faire de la gynécologie-obstétrique ?

Oui, depuis la première fois que j'ai vu un accouchement puis une hystérectomie d'hémostase quand j'étais externe à l'hôpital Antoine Bécère à Clamart.

Pourquoi avoir choisi cette spécialité ?

J'ai choisi cette spécialité car elle est médico-chirurgicale et très polyvalente. Elle laisse la possibilité de se sur-spécialiser aussi bien en chirurgie oncologique, uro-gynécologie, fertilité, médecine foeto-maternelle, gynécologie médicale ou faire de l'échographie. L'obstétrique est une spécialité dans laquelle on a des relations fortes avec les patientes et leur famille. Les gardes sont toujours différentes, il n'y a pas de routine. En ce qui concerne la médecine foeto-maternelle, suivre des grossesses à risque permet de garder un lien avec les autres spécialités et la médecine fœtale présente un aspect éthique et des enjeux qui sont extrêmement intéressants.

Avez-vous effectué un stage en inter-CHU et où ?

Juste pendant mon externat à Nice

Qu'est-ce qui vous intéressait dans une expérience à l'étranger ?

J'ai toujours voulu aller vivre à l'étranger pour découvrir une nouvelle façon de vivre et de travailler. Cette expérience est riche aussi bien sur le plan humain, que professionnel. Cela apporte de s'ouvrir sur d'autres cultures, de découvrir d'autres pratiques, d'autres points de vue et de parler anglais, aussi bien pour moi

que pour mon mari et mes enfants. Ce qui est agréable, c'est de sentir intégré à la vie québécoise et en même temps de profiter du Canada comme un touriste.

Comment est financée votre/vos années au Canada ?

Elle est financée par une bourse canadienne : la bourse en jumelage de fonds de la fondation Sainte-Justine (40 000 dollars par an pendant 2 ans). Je n'ai pas réussi à obtenir de bourse française.

Est-ce qu'un domaine de la spécialité vous intéresse plus particulièrement ?

Oui, la médecine foeto-maternelle.

Qu'est-ce qu'être « fellow » ?

Un fellow est l'équivalent d'un chef de clinique. En Amérique du Nord, les internes qui souhaitent se sur-spécialiser et rester dans un milieu universitaire font un fellowship. Pendant le fellowship, on change de stage toutes les 4 semaines (6 mois de consultations et de visites en grossesse à risque, 6 mois d'échographie et 1 mois en médecine interne obstétricale, anesthésie, génétique, hématologie obstétricale, néonatalogie, échographie cardiaque fœtale...).

Les différences avec le clinicat sont : plus de temps alloué à la recherche (6 mois sur 2 ans), moins de responsabilité (un sénior est présent à l'hôpital pendant les gardes de nuit en cas de prise en charge difficile ou d'activité importante). Il y a plus d'activité académique (présentations et cours à préparer) et moins d'activité clinique (salle d'accouchement et urgences gynécologiques). En revanche, nous sommes appelés pour apprendre à réaliser les procédures intéressantes (biopsies choriales, foeticides, cordocentèses... dans le cadre de la médecine fœtale).

Comment s'organise votre semaine de travail ?

Selon le stage, on commence à 7h30 ou 8h et on finit vers 17h. On a une garde de 24h par semaine avec repos de sécurité.

Avez-vous une charge universitaire ? des cours à faire ? si oui, à quel public ?

Nous devons faire des cours aux résidents et aux externes, ainsi que des présentations (en moyenne une par mois).

Est-ce que vous parlez en anglais ou en français aux patients, à vos collègues ?

90% des patientes sont francophones et 10% anglophones. Mes collègues sont tous francophones, sauf quelques chercheurs.

Est-ce que prendre en charge des femmes qui n'ont pas la même langue maternelle que vous, vous semble poser problème ?

Non, aucun problème, car au Canada, il y a 2 langues officielles : le français et l'anglais, et les québécois sont tous plus ou moins bilingues. S'ils ne le sont pas, ils sont tolérants si l'on fait quelques fautes ou si on a un fort accent. L'essentiel, c'est de se comprendre.

Quelle suite envisagez-vous ?

Revenir en France faire un clinicat pendant 2 ans à Paris (hôpital Saint-Antoine, puis hôpital Trousseau).

Comptez-vous revenir en France ?

Oui pour faire mon clinicat, mais je pense repartir à l'étranger après, au Canada ou ailleurs.

Est-ce que rester au Canada pour y travailler plus longtemps vous semble possible / facile ? (équivalence de diplôme...)

Oui, c'est possible au Québec depuis qu'il y a l'entente France-Québec. Les médecins français thésés peuvent exercer au Québec. Mais il faut tout d'abord avoir un poste, puis obtenir un permis de travail restrictif de 5 ans dans le même hôpital. Si l'on n'a jamais exercé au Québec, il faut d'abord être « observateur » dans un CHU pendant 3 mois, et cela coûte 1000 dollars par semaine. Obtenir son diplôme, s'installer en prenant une assurance nécessite quand même d'avoir quelques économies.

Qu'est-ce que ces années à l'étranger vous auront apporté de plus intéressant pour votre pratique ?

Ces 2 années m'ont appris à reconsidérer mes pratiques, à toujours me questionner sur les différentes prises en charge que je rencontre. Lorsqu'on ne se trouve pas dans son milieu habituel, on est beaucoup plus en éveil et plus apte à réfléchir et discuter de nos pratiques respectives. Le fellowship donne envie d'échanger et de partager ses connaissances. En Amérique du Nord, la recherche est vraiment prépondérante et le fellowship permet d'en profiter plus facilement qu'en France.

Avez-vous des conseils à donner à des internes de votre spécialité qui seraient intéressés par vivre un stage au Canada ?

Je recommande le fellowship à tous les internes qui ont envie de se sur-spécialiser (en médecine foeto-maternelle, onco-gynécologie ou médecine de la reproduction) et de faire de la recherche. C'est possible de le coupler avec une année de maîtrise ou une année de mobilité dans le cadre d'une thèse de sciences. Je conseille de prendre contact avec le département, de s'organiser un an et demi à l'avance et d'avoir de l'argent de côté pour l'installation (vêtements d'hiver, emménagement), les frais de scolarité (3500 dollars par an pour les français) les frais administratifs et d'immigration (environ 1000 dollars).

Par **Emeline MAISONNEUVE**

Médecine Foeto-maternelle
Gynécologie-Obstétrique
Hôpital Sainte-Justine Montréal

Exemple de projet en cours:

- Stage de coelioscopie au CICE, à Clermont-Ferrand, axé sur la prise en charge des cancers gynécologiques, négociations en cours pour organiser une prise en charge complète des frais, pour une dizaine d'internes adhérents AGOF.

Dates pressenties : septembre ou octobre, à suivre sur le site...

RPC sur le diabète gestationnel (DG)

Dépistage :

- Non systématique
- En présence d'au moins un des critères suivants :
 - âge maternel ≥ 35 ans,
 - IMC ≥ 25 kg/m²,
 - antécédents de diabète chez les apparentés au 1er degré,
 - antécédents personnels de DG ou d'enfant macrosome.
- Glycémie à jeun lors la 1ère consultation prénatale ou en préconceptionnel + hyperglycémie provoquée par voie orale avec 75 g de glucose (HGPO) à 24-28 SA :
- Critères diagnostiques :
 - glycémie à jeun $\geq 0,92$ g/l (5,1 mmol/l) et/ou
 - glycémie 1 heure $\geq 1,80$ g/l (10,0mmol/l) et/ou
 - glycémie 2 heures $\geq 1,53$ g/l (8,5mmol/l)

Prise en charge pendant la grossesse :

- Objectif :
 - glycémie à jeun $< 0,95$ g/l ;
 - glycémie postprandiale à 2 heures $< 1,20$ g/l.
- En première intention :
 - diététique (25 et 35 kcal/kg/j dont 40 % à 50 % d'hydrate de carbone) et activité physique
- Insuline si les objectifs glycémiques ne sont pas atteints après 7-10 jours de règles hygiéno-diététiques
- Surveillance obstétricale renforcée seulement si facteurs de risque surajoutés

(obésité, mauvais équilibre glycémique, hypertension artérielle chronique)

- Prise en charge comme une grossesse normale sauf en cas de DG mal équilibré ou avec retentissement fœtal ; il est alors recommandé de provoquer l'accouchement à un terme qui devra tenir compte de la balance bénéfice-risque materno-fœtale.

Prise en charge du nouveau-né :

Surveillance glycémique pour les nouveau-nés de mère avec DG traité par insuline ou dont le poids de naissance est $< 10e$ ou $> 90e$ percentile, à débiter juste avant la 2ème tétée nutrition débutée le plus tôt possible après la naissance (≈ 30 min) et à intervalles fréquents (au moins toutes les 2-3 h).

Post-partum :

- Surveillance de la normalisation des glycémies sans traitement
- Modifications de l'hygiène de vie (activité physique, alimentation équilibrée, arrêt du tabagisme) et recherche régulière des éventuels autres facteurs de risque cardiovasculaire
- Programmation des grossesses ultérieures
- Dépistage du diabète de type 2 lors de la consultation postnatale, avant une nouvelle grossesse et tous les 1-3 ans : glycémie à jeun ou HGPO

D'après les Recommandations pour la pratique clinique : Le diabète gestationnel.
 J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010;39:S1-S342
 I.BOUCOIRAN

RPC Sur les risques de la voie d'abord en cœlioscopie

Les différentes techniques de mise en place du premier trocart :

- Création du pneumopéritoine à l'aiguille par voie ombilicale
- Insertion à l'aveugle d'un trocart transombilical après création du pneumopéritoine
- Open cœlioscopie
- Abord par l'hypochondre gauche
- Insertion direct du trocart transombilicale sans pneumopéritoine préalable
- Trocart optique (non recommandé en 1ère intention)
- Introduction à dilatation radiale (non recommandé en 1ère intention)

CREATION DU PNEUMOPERITOINE A L'AIGUILLE

- Patiente en décubitus dorsal à plat pour éviter les lésions de la bifurcation aortique
- Préparation digestive ne diminue pas le risque de plaies digestives
- Soulèvement manuel de la paroi digestive semble diminuer le risque de plaie
- Repérer la bifurcation aortique par la palpation avant le choix de l'angle d'insertion de l'aiguille de Veress
- Réalisation de plusieurs tests de sécurité successifs afin d'éviter complications digestives et vasculaires
- Ne réaliser que 2 tentatives maximum d'insertion de l'aiguille de Veress

INSERTION AVEUGLE D'UN TROCART TRANSOMBILICAL APRES CREATION D'UN PNEUMOPERITOINE

- Patiente en décubitus dorsal à plat
- Angle d'insertion de 45° du premier trocart
- Etablir une hyperpression transitoire entre 15 et 25mmHg pendant l'insertion du premier trocart

ABORD DANS L'HYPOCHONDRE GAUCHE

- Vérifier par la palpation l'absence d'organomégalie : rate !

- Insertion de l'aiguille au point de Palmer : sur la ligne médio-claviculaire à 4 cm sous le gril costal
- Insertion perpendiculaire à la peau
- Utilisation d'un optique de 3 ou 5 mm de diamètre dans l'hypochondre gauche ou introduction d'un optique transombilical +/- sous contrôle de la vue

OPEN COELIOSCOPIE

- incision du premier trocart sous contrôle de la vue sans insufflation préalable
- pas de supériorité de cette technique en termes de diminution des complications digestives et vasculaires

INSERTION DIRECTE DU TROCART SANS PNEUMOPERITOINE

- Incision transombilicale puis insertion d'un trocart à pointe pyramidale par mouvement de rotation en tractant la paroi abdominale verticalement
- Pas de diminution, ni d'augmentation du risque de plaies digestives ou vasculaire de façon significative

TECHNIQUE A PRIVILEGIER DANS SOUS GROUPE A RISQUE

- OBESITE : une des 4 techniques sans qu'une supériorité de l'une ou l'autre soit démontrée
- MAIGREUR : open cœlioscopie ou abord hypochondre gauche
- ANTECEDENT DE LAPAROTOMIE MEDIANE : à distance des cicatrices, microcœlioscopie dans l'hypochondre gauche
- FEMME ENCEINTE :
 - > 14SA :
 - contre-indication à l'insufflation transombilicale a l'aiguille de Veress
 - Privilégier l'open cœlioscopie
 - > 24SA :
 - Open cœlioscopie au-dessus du niveau de l'ombilic
 - Pas de données au 3ème trimestre

D'après les Recommandations pour la pratique clinique Risques de la voie d'abord en cœlioscopie.

J Gynecol Obstet Biol Reprod 2010;39:S1-S342
 S. DRIDI

RPC sur la prise en charge du couple infertile

Diagnostic : anamnèse complète et examen clinique du couple

Femme	Homme
<ul style="list-style-type: none"> - Bilan de la réserve ovarienne (âge de la patiente, FSH et E2 à J2-J4, AMH, compte des follicules antraux) : en présence de signe d'appel vers une baisse de la réserve ovarienne (âge > 35 ans, cycles courts, irrégularité du cycle, antécédents familiaux d'insuffisance ovarienne, antécédents personnels d'agression ovarienne) ou en cas de recours prévisible à AMP - Échographie pelvienne - Hystérosalpingographie - Cœlioscopie et hystérocopie en 2ème intention en cas de suspicion d'anomalie anatomique 	<ul style="list-style-type: none"> - Spermogramme et spermocytogramme (référentiel OMS 2010) ; contrôle sur un second échantillon en cas d'anomalies - Spermoculture en cas de signes d'appels infectieux - Test de migration survie : avant la pratique d'une AMP - Echographie scrotale en cas d'anomalies spermologiques sévères et/ou de signes cliniques ou anamnestiques

Information à donner au couple

■ Âge maternel

- Chute de la fertilité liée à l'âge : > 50% des femmes ne peuvent plus concevoir après 40 ans ; ≈ 100% après 45 ans
- Ne pas proposer d'AMP après 43 ans car chance de grossesse avec naissance vivante quasi nulle
- Augmentation des complications obstétricales et néonatales après 40 ans

■ Âge paternel

- Association à une diminution de la fertilité spontanée, à un allongement du délai de conception et à une augmentation des risques de fausses couches spontanées, des risques obstétricaux, néonataux et malformatifs, dont la trisomie 21
- Association à une diminution de l'efficacité des traitements de l'infertilité
- Discussion au cas par cas de la prise en charge de l'homme infécond à partir de l'âge de 60 ans

■ Obésité (IMC > 30)

- Augmentation du risque de complications obstétricales importantes telles que mort fœtale in utero, prééclampsie et mortalité néonatale
- Diminution des chances de grossesse en FIV
- Amaigrissement recommandé avant tout traitement de l'infertilité

■ Tabac

- Associé à un allongement du délai de conception et une diminution des chances de grossesse spontané et en FIV (effet dose dépendant)
- Sevrage incité chez le couple afin d'améliorer la fertilité naturelle et avant toute AMP

■ Fréquence des rapports sexuels : un jour sur deux pendant la fenêtre de fertilité

■ Mesures hygiéno-diététiques (RHD)

- Diminuer la consommation de café chez la femme si > 5-6 tasses par jour (ou équivalent)
- Régime alimentaire équilibré
- Éviter les exercices physiques intenses, répétés et réguliers chez la femme
- Supplémentation vitaminique classique en période préconceptionnelle (cf HAS)
- Éviter de porter des pantalons serrés chez l'homme
- Éviter une exposition trop intense aux pesticides ou aux polluants organo-chlorés

■ Risques cancérologiques

- Infécondité de cause ovulatoire = facteur de risque du cancer de l'endomètre ; risque annulé par la prescription d'un traitement
- Infertilité masculine = facteur de risque de cancer testiculaire.

■ Aide psychologique recommandée

Thérapeutique

■ Induction de l'ovulation

	Indication	Contre indication	Précaution / Surveillance
Citrate de clomifène (CC)	En 1ère intention dans les anovulations avec test à la progestérone positive en cas de SOPK RHD en 1ère intention puis CC	Patientes normo-ovulantes	Contrôler la réponse ovulatoire au moins lors du 1er cycle Ne pas dépasser 6 cycles
Pompe à LHRH	Anovulation d'origine hypothalamique		
Gonadotrophines (cf AFSSAPS.)	hors indications de la pompe à GnRH et en cas de l'échec du CC SOPK : protocole « step-up chronic low dose »	Insuffisance ovarienne	Evaluer avant toute prescription les facteurs de risque d'une réponse ovarienne excessive et de maladie thrombo-embolique Surveillance échographique rapprochée pendant les cycles traités
Metformine			Ne pas utiliser seule
Progestérone	En phase lutéale après induction de l'ovulation par gonadotrophines		HCG non recommandé pour le soutien lutéal
Antiaromatases	Non recommandées		

■ Chirurgie

- **Drilling ovarien coelioscopique** : SOPK ; pas en 1ère intention même en cas de coelioscopie initiale, notamment, en raison de son risque adhérentiel ; en 2de intention, après échec du CC, comme alternative aux inductions par gonadotrophines si risque élevé d'hyperstimulation ou contre-indication à la grossesse multiple et/ou présence d'une autre indication pour pratiquer une coelioscopie

- **Adhésiolyse coelioscopique** : utiliser un score adhérentiel afin d'établir un pronostic de fertilité spontanée et d'orienter le geste ; recommandée en cas d'adhérences tubo-ovariennes minimales ou légères dans leur extension et/ou leur nature ; pas de coelioscopie de contrôle

- **Chirurgie de la trompe distale** : évaluation

coelioscopique avec utilisation de scores tubaires ; fimbrioplastie ou une néosalpingostomie coelioscopique dans les cas de bon pronostic et si les autres paramètres de fertilité du couple le permettent ; en cas d'hydrosalpinx salpingectomie ou occlusion tubaire proximale coelioscopique si salpingectomie techniquement difficile

- **Chirurgie de la trompe proximale** : cathétérisme sélectif sous contrôle radiologique ou par hystérocopie en cas d'absence de perméabilité tubaire proximale et en dehors d'un contexte infectieux pelvien, sauf si une AMP doit être pratiquée pour une au-

tre indication ; en cas d'échec microchirurgie tubaire proximale (coelioscopie non recommandée) ou AMP (d'emblée si atteinte tubaire multifocale ou étendue).

- **Métroplastie hystérocopique (résection de cloisons utérines)** : si avortements spontanés à répétition ; au cas par cas si infertilité sans antécédent de fausses couches spontanées

- **Myomes et polypes sous-muqueux** : résection hystérocopique si taille < 4cm et développement majoritairement intracavitaire

- **Endométriose** : bilan coelioscopique si suspicion et pas d'infécondité masculine justifiant le recours à la FIV

→ formes légères à moyennes : traitement coelioscopique avec destruction par courant bipolaire ou par vaporisation laser et/ou exérèse des lésions

→ formes sévères et profondes : adapter la stratégie au rapport bénéfice/risque individuel ; traitement coelioscopique améliore la fertilité mais expose à des complications ; utilisation de barrières anti-adhérences

→ traitement médical prolongé par analogue de la GnRH avant recours à l'AMP en cas d'endométriose invalidante

→ Endométriomes : traitement coelioscopique si symptomatologie invalidante, kyste > à 6 cm ou doute diagnostique

Place de l'AMP

	Indications	Précautions
IIIU	- Au moins 10 ⁶ spermatozoïdes mobiles après migration et 5 x 10 ⁶ spermatozoïdes mobiles dans l'éjaculat - Infécondité inexplicée, en particulier si le test post-coïtal est négatif - Infécondité par anomalie de l'ovulation si anomalie spermatique associée ou infécondité persistante de façon inexplicée après correction de l'anomalie de l'ovulation	- Associer une stimulation de l'ovulation - Cesser si taux de succès attendu considéré comme insuffisant, après 4-6 essais infructueux ou si risque de grossesse multiple trop élevé
FIV	Pathologies tubaires définitives sans recours possible à la chirurgie réparatrice, endométriose sévère, infertilité inexplicée, infertilité avec dégradation des caractéristiques spermiologiques sans possibilité de recours aux inséminations	Non recommandé en cas d'infécondité en rapport avec une adénomyose ou une anomalie de l'ovulation, en dehors de circonstances particulières.
ICSI	Anomalie avérée sévère du sperme	

Préservation de la fertilité

■ Informer les patientes atteintes de cancer des possibilités de préservation de leur fertilité et de leur reproduction avant tout traitement potentiellement stérilisant

■ Prise en charge spécialisée et multidisciplinaire
■ Evaluation par un centre référent

■ Cryoconservation de sperme : recommandée à tous les hommes en âge de procréer (même les

adolescents) avant tout traitement anticancéreux potentiellement stérilisant

■ FIV avec congélation embryonnaire : recommandée en prenant en compte l'âge de la patiente, l'existence d'un projet parental

■ Cryopréservation ovarienne : modalités d'utilisation au stade de la recherche.

■ Congélation des ovocytes : possible en l'absence de projet parental ou de couple

D'après les Recommandations pour la pratique clinique La prise en charge du couple infertile. Gynecol Obstet Biol Reprod 2010;39:S1-S342

I.BOUCOIRAN

Nous entendons proprement par l'enfantement césarien, une extraction dextrement faite de l'enfant par le côté de la mère, ...

... ne pouvant autrement accoucher que par suffisante incision tant de l'épigastre que du corps matricial, sans toutefois préjudicier à la vie de l'un et de l'autre voire même sans que la mère laisse pour cela de porter enfant après. » (Rousset, 1581)

Un des premiers ouvrages sur la technique de césarienne écrite par un chirurgien français au XVI^{ème} siècle témoigne déjà d'une volonté de réduire la morbi-mortalité maternelle et fœtale et aborde même la problématique de l'utérus cicatriciel...

L'origine du mot césarienne est régulièrement associée à des naissances d'empereurs, Jules César, Scipion l'Africain ; en réalité l'étymologie paraît être en rapport avec 'caedere', le latin pour 'couper'. A l'instar d'autres techniques chirurgicales obstétricales la césarienne est décrite très tôt. Au VII^{ème} siècle avant JC, une loi à Rome préconise d'extraire le fœtus avant la sépulture d'une femme morte enceinte. L'intervention 'césarienne' est donc pratiquée sur des femmes mortes, avec ou sans l'intention de sauver le fœtus.

Les propos de Guy de Chauliac, chirurgien du XIV^{ème} siècle sont repris par C. Andureau : «**S'il advenait que la femme fût morte et on se doute que l'enfant soit vif, parce que l'ordonnance du Roi défend d'enterrer la femme enceinte jusqu'à tant que l'enfant en soit dehors, la femme soit ouverte avec un rasoir de long à côté gauche d'autant que cette partie-là est plus libre que la dextre à cause du foie, et y mettant les doigts l'enfant en soit retiré** » (Andureau, 1892).

C'est en 1500 que remonte la première césarienne sur femme vivante. Jacques Nufer, châtreur de porc suisse, demanda l'autorisation aux autorités de pratiquer lui-même la césarienne sur sa femme en travail depuis plusieurs dizaines d'heures. Il put sauver et l'enfant et la mère et cette dernière

accoucha ensuite plusieurs fois, dont des jumeaux. La « légende » dit qu'il s'agissait peut-être d'une grossesse abdominale...

François Rousset, dans son ouvrage publié au XVI^{ème} siècle précise la technique opératoire :

- la vidange de la vessie avant l'opération,
- l'incision paramédiane droite ou gauche,
- l'utilisation de deux types de bistouris : l'un « rasoir à pointe » l'autre « rasoir à bouton » pour ne pas blesser le bébé,
- pas de suture de l'utérus qui se resserre de lui-même,
- drainage de l'utérus par la mise en place d'un pressaire en cire,
- fermeture de la paroi abdominale. (Rousset, 1581)

Après quelques expériences encourageantes et des ouvrages techniques la césarienne se pratique de plus en plus fréquemment, au prix d'une mortalité maternelle impressionnante. Aux XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles, la mortalité maternelle après une césarienne évolue entre 50 et 100 % ! Au point que certains obstétriciens sont farouchement opposés à cette intervention.

Alfred Velpeau, aborde la césarienne dans son ouvrage sur les convulsions : «**En supposant que l'éclampsie dépendît d'une angustie (rétrécissement) pelvienne irrémédiable, on aurait aussi à décider s'il convient ou non de pratiquer l'opération césarienne. Je me bornerai en ce moment à**

rappeler que cette dernière opération tend essentiellement à sauver l'enfant, et que dans les convulsions le fœtus naît souvent mort. » (Velpeau, 1834)

Ambroise Paré, dans ses livres de chirurgie, affirme qu'on ne peut inciser le ventre des femmes pour l'accouchement sans grever le pronostic vital. Mauriceau est également opposé aux césariennes sur femmes vivantes, et cite l'incision cutanée sur la ligne blanche pour les femmes mortes. Il affirme « **comme l'Opération césarienne cause toujours très certainement la mort à la femme, on ne la doit jamais entreprendre durant qu'elle est encore en vie** » (Mauriceau, 1694)

En 1709, il ajoute : « **L'incision se fera justement au milieu du ventre, entre les deux muscles droits, car, en cet endroit, il n'y que les téguments et la ligne blanche à couper, mais elle ne peut pas se faire de côté sans inciser les deux obliques et le transverse qui forment une épaisseur considérable. L'incision se fera d'un seul coup, elle aura la longueur de la matrice environ ; après quoi le chirurgien percera simplement le péritoine avec la pointe de son instrument pour y faire une ouverture à y mettre un ou deux doigts de la main gauche dans laquelle il les introduits aussitôt pour l'inciser en le soulevant avec eux et conduisant l'instrument de peur qu'il ne pique les intestins.** » (Bousquet, 1890)

André Levret évoque une incision parallèle à la ligne blanche, en dehors du muscle grand droit. « **Je pense, qu'il faut se représenter une ligne tirée un peu obliquement de devant en arrière et qui partirait de l'extrémité antérieure de la lèvre supérieure de l'os des îles pour se rendre à la jonction de la dernière des vraies**

côtés avec son cartilage et saisir l'entre-deux de cette ligne et de la ligne blanche. Je coupe, non seulement, d'un seul coup la peau et la graisse, mais aussi les muscles du bas ventre et le péritoine. Mais pour y parvenir facilement et sans rien craindre, je fais un gros pli transversal au milieu de la partie que je veux inciser. » (Levret, 1762)

Jean Louis Baudelocque finit par admettre l'opération césarienne, réservée à son avis pour les cas de rétrécissements du bassin incompatible avec l'accouchement et il conseille de même un abord paramédian ou sur la ligne blanche. (Baudelocque, 1781)

Un chirurgien italien, Porro, réduit la mortalité maternelle en décrivant une technique avec une hystérectomie subtotale après l'extraction fœtale. Ses premiers résultats sont repris par Maygrier : sur 55 cas décrits, 23 femmes sont « guéries » et 32 sont mortes après la césarienne. La technique est détaillée : « **On procède à la toilette de la femme. On la revêt d'une chemise de flanelle, et on enveloppe complètement les membres inférieurs jusqu'à la racine des cuisses avec de l'ouate et deux bandes de flanelle. Un aide donnera le chloroforme et la femme sera endormie dans son lit avant d'être transportée sur le lit d'opération.(...) L'opérateur se place entre les cuisses qui sont écartées et reposent sur deux gouttières en fil de fer ; deux aides sont placés l'un à droite et l'autre à gauche du lit. (...)**

- incision de la paroi abdominale : on fait sur la ligne médiane une incision qui ne doit comprendre que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané ; puis les couches profondes seront divisées lentement et successivement jusqu'au péritoine. Chaque fois qu'un petit vaisseau de

la paroi sera ouvert une pince hémostatique sera immédiatement appliquée sur lui.

- taille de l'incision : 16 à 17 cm, en rapport avec le volume de la tête fœtale à terme. 3 travers de doigt au-dessus du pubis, et on la continue au-dessus de l'ombilic en le contournant à droite ou à gauche.

- incision de l'utérus : sur la face antérieure de l'utérus, sur la ligne médiane. Après avoir fait une boutonnière à la paroi utérine avec le bistouri, il (Porro) introduit les deux index dans cette ouverture et a pu déchirer facilement et rapidement le tissu utérin, et pénétrer ainsi dans la cavité utérine. » (Maygrier, 1880)

Pour l'extraction du fœtus il est conseillé dans cet ouvrage l'extraction en allant chercher les pieds. Et parfois l'utérus est incisé après avoir été extériorisé.

L'intervention de Porro se conclut enfin sur l'hystérectomie subtotale avec annexectomie bilatérale après l'avoir extériorisé.

L'asepsie vient modifier le pronostic des interventions chirurgicales, et en termes de technique apparaît l'incision basse segmentaire transversale sur l'utérus, avec Kehrer, sur « le segment inférieur les hémorragies sont parfois très abondantes à cause de la rareté des faisceaux musculaires en ce point ». (Bousquet, 1890)

Puis le XXème voit notre technique de césarienne « moderne », avec l'incision de laparotomie classique : « Pfannenstiel a conseillé d'exécuter, au lieu de l'incision médiane une incision transversale, légèrement incurvée, et située immédiatement au-dessus du pubis dans la zone recouverte de poils. Cette incision a le très grand avantage de devenir à peu près invisible. »

(J.-L.Faure, 1911).

Cette incision abdominale va encore être modifiée par analogie à la technique de Joël-Cohen pour l'hystérectomie (1970) : une incision abdominale rectiligne transversale.

Et enfin en 1994 Michael Stark à l'hôpital de Misgav Ladach décrit une technique opératoire bien connue de nos salles opératoires actuelles.

Cette technique récente s'inspire bien des expériences passées, avec l'extériorisation de l'utérus dans l'intervention de Porro par exemple. L'évidence based medicine conclut à un certain nombre d'avantages ; réduction du temps opératoire, moins de pertes sanguines, moins de douleurs post-opératoires, néanmoins des études fiables de suivi sur le long terme manquent encore pour conclure sur la réduction de la morbidité maternelle tardive. Gageons que la connaissance de plusieurs techniques de césarienne est encore importante pour s'adapter au mieux à chacune des femmes.

Delphine Hudry

Bibliographie

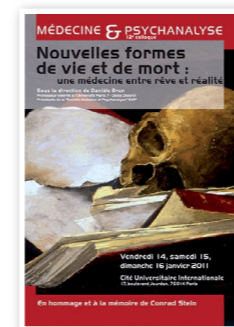
- Andureau, C. 1892. *Etude sur l'ostétrie en Occident, pendant le moyen âge et la Renaissance*. Dijon : Darantière, 1892.
- Baudelocque, J.-L. 1781. *L'Art des accouchements*. Paris : Méquignon l'aîné, 1781.
- Bousquet, F. 1890. *De l'opération césarienne, exposé historique du manuel opératoire*. Marseille : Barlatier et Barthelet, 1890.
- J.-L.Faure, A. Siredey. 1911. *Traité de gynécologie médico-chirurgicale*. Paris : O. Doin et fils, 1911.
- Levret, A. 1762. *Observations sur les causes et les accidents de plusieurs accouchements laborieux*. Paris : s.n., 1762.
- Mauriceau, F. 1694. *Aphorismes touchant la grossesse, l'accouchement, les maladies et autres dispositions des femmes*. Paris : s.n., 1694.
- Maygrier, C. 1880. *Etude sur l'opération de Porro, opération césarienne suivie de l'amputation de l'utérus et des ovaires*. Paris : A. Delahaye et L. Lecrosnier, 1880.
- Roussel, F. 1581. *Traité nouveau de l'hysterotomotokie*. Paris : Du Val, Avec privilege du Roy, 1581.
- Velpeau, A. 1834. *Des convulsions chez les femmes, pendant la grossesse, pendant le travail et après l'accouchement*. Paris : J.-B. Baillière, 1834.

Certains de ces congrès ont très certainement déjà eu lieu à l'heure où vous lisez cette revue, mais cela vous permet d'être au courant pour l'année prochaine.



Dix-huitième Journée scientifique du Collège de gynécologie médicale de Paris-Ile de France : 8 janvier 2011

Paris (Hôtel Lutetia)
Contact : Mme Annie Lebarbé
Tél. : 01 44 40 26 53
mail : secretariat@cgmpif.org



Nouvelles formes de vie et de mort : 14 au 16 janvier 2011

Paris (Cité universitaire)
Sous l'égide de la SMP
Cité Internationale Universitaire de Paris
17 Boulevard Jourdan - 75690 PARIS
Mail : agnes.cousin@medpsycho.org



9es Journées du Collège national des sages-femmes : 7 et 8 février 2011

Issy les Moulineaux
www.cnsf.asso.fr



Le choix des armes : 17 au 19 mars 2011

LIEU et SECRETARIAT DU CONGRES :
CERCLE MIXTE DE GARNISON
«FORT GANTHEAUME »
2 boulevard Charles Livon - 13998
Marseille Armées
Contact: Mme Gisèle SOULA
Centre des Spécialistes - 10 rue d'Iéna -
13006 Marseille
Tél. 06 60 58 55 50 - Fax 04 91 75 86 74
http://www.gynecomarseille.com/



Ve congrès international d'haptonomie : 19 et 20 mars 2011

Palais des congrès de Versailles (78000)
Programme sur le site www.haptonomie-cirdh.org/congres
10 invitations gratuites pour les membres AGOF
Inscription nécessaire auprès du secrétariat de l'AGOF
capelle.agof@wanadoo.fr
<http://www.haptonomie-cirdh.org/congres>



16e journées de médecine fœtale : 31 mars au 3 avril 2011

Morzine
JP.COM - 6, rue du Gast - 78100 SAINT-GERMAIN-EN-LAYE
Tél. : 01 34 51 29 85 - Fax : 01 34 51 29 86
Mail : jpcomb@wanadoo.fr
www.medecine-foetale.com

CVG (Cercle de Vidéo-chirurgie Gynécologique) : 7 avril 2001

Deauville
Négociations pour un partenariat AGOF en cours
<http://www.jpcom.fr>



11es GYPOM (Journées Gynécologiques, Pédiatriques et Obstétricales Modernes) : 7 au 8 avril 2011

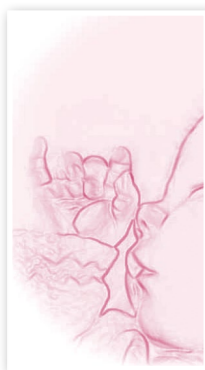
Deauville
Programme sur le site www.jpcom.fr
10 places gratuites pour les membres de l'AGOF.
<http://www.jpcom.fr>

Rencontre annuelle CEGORIF (Cercle d'étude des gynécologues obstétriciens de la région Ile-de-France) : 7 avril 2011

Maison des Centraliens - 75008 Paris
 Gratuit pour tous les internes sur justificatif mais inscription indispensable
 Programme et bulletin d'inscription sur demande au secrétariat de l'AGOF :
 secretariat@agof.fr

Ultrasound meets resonance imaging : 18 et 19 avril 2011

Paris, Louvre
<http://www.ultrasound2011.org>



39es Assises nationales des sages-femmes : 18 au 20 mai 2011

Nantes
 7, rue du Capitaine Dreyfus - 95130 FRANCONVILLE
 Tél. : 01 34 15 56 75 - Fax : 01 34 13 59 76
 mail : a.deshons@wanadoo.fr
www.cerc-congres.com

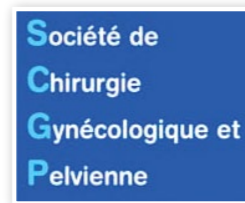
Les NEW'S de Saint Tropez

Secrétariat :
 Mme Gisèle SOULA - Cabinet de Spécialistes
 10 rue d'Iéna 13006 Marseille
 Tél. 04 91 75 86 70 - Fax 04 91 75 86 74



GYNAZUR 2011 23-25 mai 8ème édition

Hôtel Le Negresco, Nice
 Contact : André BONGAIN
 Tél : 33(0)4 92 03 61 05/08
 Fax : 33(0)4 92 03 65 63
 Email : abongain@yahoo.fr
www.gynazur.eu



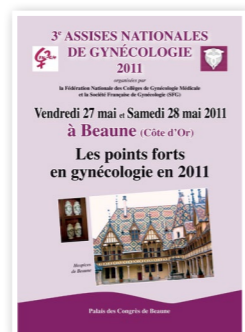
8e congrès de la SCGP : 26 au 28 mai 2011

Conjointement aux 7èmes Journées Daniel Dargent de chirurgie
 Lyon
 10 invitations gratuites pour les internes membres de l'AGOF
 Inscription nécessaire auprès du secrétariat de l'AGOF capelle.
 agof@wanadoo.fr
<http://www.scgp.asso.fr>



1ères journées SEXOGYN : 28 et 29 mai 2011

WORLD TRADE CENTER
 Marseille provence
 2 Rue Henri Barbusse
 13001 Marseille
 Contact : Mme G.SOULA
 Centre des spécialistes - 10, rue d'Iéna - 13006 Marseille
 Port. : 06.60.58.55.50
 Fax: 04.91.75.86.74
 Mail : scmfriedland@nerim.net
<http://www.gynecomarseille.com>



3e ASSISES NATIONALES DE GYNÉCOLOGIE : 27 et 28 mai 2011

Palais des Congrès de Beaune (Côte d'Or)
 Organisées par la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale et la Société Française de Gynécologie (SFG)
 Renseignements et inscription
 Secrétariat ASSISES GYNÉCOLOGIE 2011 - Isabelle PROVAUX
 MAGNESIA PROCESS - 14 boulevard Thiers - 21000 Dijon
 Tél : 03 80 70 93 67
 Fax : 03 80 47 43 71
 Mail : assises-gynecologie2011@magnesia-process.com
 Site FNCGM : www.fnctgm.com
 Site SFG : www.sfgynecologie.org
 Accès gratuit pour les internes



34e congrès de la SIFUD-PP : 8 au 10 juin 2011

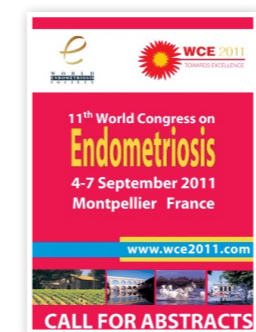
Strasbourg
 SIFUD PP
 Les Portes de l'Europe - 10, rue du Dr Baillat - 66100 PERPIGNAN
 Mail : sifud-pp@orange.fr
www.sifud-pp.org

La présidente de la SIFUD-PP propose aux futurs membres (cotisation annuelle de 30 euros) la possibilité de participer gratuitement au congrès ainsi que :
 - recevoir pendant un an la revue de pelvipérinéologie (revue officielle de la SIFUD-PP) et la revue NeuroUrodynamics
 - devenir membre de l'ICS (International Continence Society)
 Vous pouvez vous inscrire sur le site de la SIFUD-PP jusqu'à la fin du mois de février (www.sifud-pp.org) en précisant que vous êtes membres de l'AGOF.



GYN 2011 : 9 au 11 juin 2011

Monaco
 Contact : Dr Wassim Badiou
 Mail : w.badiou@gmail.com



11th World congress on Endometriosis : 4 au 7 septembre 2011

Montpellier
 WCE 2011 CONGRESS SECRETARIAT MCI
 France
 121 rue d'Athènes - 34000 Montpellier
 Tel: +33 (0)4 67 61 94 14
 Fax: +33 (0)4 67 63 43 95
 mail: info@wce2011fr.com
<http://www.wce2011.com/>



Les journées de chirurgie gynécologique : 21 au 23 septembre 2011

Paris
Il s'agit de la réunion de 2 manifestations, les JPECG qui avaient lieu en février et les ateliers d'experts AEFCE
Il y aura 2 demi-journées de vidéo-transmission, des topos, des sessions de posters, un vidéoforum et une demi ou une journée destinée aux internes avec des ateliers pratiques.
Les modalités d'inscription pour les internes ne sont pas encore déterminées
Renseignements et inscriptions :
Tél : 01 39 63 97 33 - mail : contact@aefco.fr
Journées Parisiennes d'Endoscopie, de Chirurgie et de Gynécologie (JPECG) : 21 au 23 septembre 2011
Contacts : JPCom - 02 31 27 19 18 jp-com@wanadoo.fr
www.jpcom.fr



Les Journées nationales de la Société française de médecine périnatale : 12 au 14 octobre 2011

Grenoble
C.E.R.C.
7, rue du Capitaine Dreyfus - 95130 FRANCONVILLE
Tél. 01 34 15 56 75 - Fax 01 34 13 59 76
Mail : a.deshons@wanadoo.fr



13e journées de la société de médecine de la reproduction : 3ème semaine novembre 2011

Colombie
SOLAMER A l'Unité FIV
Clinique Pasteur - 34, rue du Moulin à Poudre - 29200 Brest
velezdelacalle@wanadoo.fr et velezdelacallejuan@gmail.com

3e Journées Marseillaises de la Reproduction (date non connue)

Marseille
Contact : SUD COMMUNICATION - 114 Avenue de la Corse
13007 MARSEILLE
Tél/Fax : 04-91-33-01-87 - mail : sud-communication@wanadoo.fr

34es Journées nationales du CNGOF : 8 au 11 décembre 2011

Paris (La Défense)
<http://www.cngof.asso.fr/>

Parallèlement aux Jn'GOF 2011 : 8 et 9 décembre



LE CENTRE HOSPITALIER DE MONTLUÇON



Département de l'Allier (Auvergne), situé à 1h de Clermont-ferrand et à 3h de Paris.
914 lits, postes et places - Bassin d'attractivité : 150 000 habitants sur 4 départements.

RECRUTE UN GYNECOLOGUE PRATICIEN HOSPITALIER

Pour compléter l'équipe médicale. L'établissement dispose d'un service de Gynécologie de 33 lits dont 24 lits de Maternité installés dans un plateau Mère/Enfant entièrement neuf.
Poste pouvant également être ouvert à d'autres statuts médicaux.

Temps Plein



Renseignements
Dr Anne-Marie FOREST
Chef de Pôle
Tel : 04 70 02 36 03

Candidature à adresser à
Affaires Médicales
18 avenue du 8 mai 1945 - 03100 Montluçon
Tel : 04 70 02 36 63 - c.saez@ch-montlucon.fr

LE CENTRE HOSPITALIER DE LANNION-TRESTEL (Côtes d'Armor)



RECHERCHE

UN PRATICIEN HOSPITALIER TEMPS PLEIN OU ASSISTANT SPECIALISTE EN GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE (compétence chirurgicale souhaitée)

Environnement attractif : proximité de la mer (côte de granit rose)
Service de 25 lits - Equipe stable de 6 praticiens

Candidature et CV à envoyer à :

Monsieur le Directeur Centre Hospitalier - BP 70348 - 22303 LANNION | Tél : 02.96.05.70.10 | Fax : 02.96.05.70.57 | mail : sec-affairesmedicales@ch-lannion.fr

Le Centre Hospitalier William Morey de Chalon-sur-Saône

Situé entre Lyon et Dijon, à 1h30 de Paris en TGV, le centre hospitalier se dote d'un nouvel établissement - ouverture prévue en octobre 2011-



Recherche pour son service de Gynécologie - Obstétrique :

(2000 accouchements) - (Maternité de niveau 2 B)

- 1 Praticien hospitalier temps plein

Avec des compétences chirurgicales - Pour compléter son équipe de 8 praticiens

Pour tout renseignement, contacter :
Direction des Affaires Médicales
Tel : 03.85.44.65.93
ginette.gilliers@ch-chalon71.fr

Envoyer candidature et CV à
M. le Directeur du Centre Hospitalier
7, Quai de l'Hôpital - BP 120
71321 CHALON-SUR-SAONE Cedex
Tel : 03.85.44.66.88 / Fax : 03.85.44.66.99



Le Centre Hospitalier de Mayotte

Situé au cœur de l'Océan Indien (À 2 heures d'avion de La Réunion et d'1 heure de Madagascar)

Recherche pour son Pôle MATERNITÉ
MEDECINS GYNECOLOGUES OBSTETRICIENS
(Pour renforcer son équipe).

Service et équipement :

- Pôle Maternité dans un bâtiment en cours de rénovation. (11 anesthésistes et 11 obstétriciens)
- 45 lits d'hospitalisation complète sur Mamoudzou + 68 lits sur hôpitaux de référence.
- Un bloc obstétrical comprenant une salle d'opération, 4 salles de travail, 2 salles de pré-travail, une salle d'observation, 3 places de réveil.
- Service de néonatalogie de niveau III avec 4 lits de réa, 8 lits de SI et 9 lits de médecine néonatale.
- Activité chirurgicale gynécologique.

PERSONNES À CONTACTER :

Dr CHARRIERE Cécile, téléphone : 02.69.61.80.00 (poste 5552), mail : c.charriere@chmayotte.fr ; Mme DEBLIQUY Sophie : 02.69.61.80.00 (poste 3121), mail : s.debliquy@chmayotte.fr.

PAR MUTATION - CONTRAT D'UN AN
CONTRAT DE REMPLACEMENT DE COURT TERME

Rémunération :

Rémunération contrat d'un an : salaire de base PHC 4e échelon +10 % + 40% majoration outre mer + indemnité de précarité) + indemnité statutaire pour permanence des soins.
Prise en charge du billet d'avion (candidat + famille) + indemnité de changement de résidence + mise à disposition d'un logement et d'une voiture de location pendant les deux premiers mois.

Le tout dans futur DOM, au milieu d'un très beau lagon!



LE CENTRE HOSPITALIER DAX - Côte d'Argent

A 30 min de l'océan, 1 H de l'Espagne, 1 H des Pyrénées, 1H30 de Bordeaux
988 lits et places | 47 000 séjours, 32 000 passages aux urgences par an

RECHERCHE

Un gynécologue obstétricien pour son service de gynécologie - maternité

1200 naissances par an. Activité importante et reconnue en chirurgie gynécologique et mammaire. Permanence des soins en astreintes opérationnelles. Service qualifiant recevant des internes de spécialité prenant des gardes de nuit sur place. Plateau technique complet, IRM, Scanner, Laboratoire.

Plus d'informations sur l'établissement sur www.ch-dax.fr

Contact :
M. BEAUDRAP, directeur des affaires médicales
Mail : beaudraps@ch-dax.fr
Tél : 05 58 91 49 42
Dr ROUSSEAU, chef de service,
Mail : rousseau@ch-dax.fr
CH Dax - Boulevard Yves du Manoir- BP 323
40107 DAX CEDEX




Le Centre Hospitalier d'AJACCIO (CORSE DU SUD)

Recrute dès maintenant, pour son service de gynécologie-obstétrique

1 Gynécologue
temps plein ou praticien contractuel avec compétence chirurgicale (exigée) et carcinologique (souhaitée)

Inscrit à l'ordre des médecins
Possibilité d'activité libérale ou de temps partiel
Poste vacant pour son service de gynécologie-obstétrique
(Service actuellement doté de 39 lits)

Adresser CV et candidature à :
Monsieur le directeur du Centre Hospitalier | Secréariat : Tél. 04 95 29 91 08 - Mail. affmed.brigitte@ch-ajaccio.fr
Centre Hospitalier d'AJACCIO | Notre Dame de la Miséricorde | Avenue Napoleon III | 20303 AJACCIO CEDEX



La Maternité de L'Hôpital Privé de la Loire (HPL / St Etienne département 42) recherche

2 GYNECOLOGUES OBSTETRICIENS Statut libéral - secteur 1 ou 2

dans le cadre de son développement d'activité et d'un départ à la retraite

La Maternité de l'Hôpital Privé de la Loire, de niveau 2 A, avec un service de néonatalogie, réalise plus de 1800 naissances/an.
L'équipe de la maternité a pour objectif de promouvoir et d'accompagner, en toute sérénité la grossesse, la naissance et les premiers jours du couple parents enfants.
Vous rejoignez une équipe de 5 ETP gynécologues obstétriciens et 2 gynécologues chirurgiens. En plus de votre activité obstétricale, vous avez la possibilité de développer la PMA. Vous disposez de tout le matériel nécessaire (plateau technique de qualité) pour vous installer, ainsi que des locaux et du personnel requis.
Inscrit au Conseil de l'Ordre en qualité de Gynécologue Obstétricien, vos qualités relationnelles vous permettent de créer un lien de confiance avec les patientes.

Merci d'envoyer votre candidature à : Dr Christine MOREL - Directeur des Projets Médicaux
Hôpital Privé de la Loire • 39 bd de la Palle • 42030 ST-ETIENNE Cedex 2 • Tél : 04 77 42 29 00 • c.morel@gsante.fr



LE CENTRE HOSPITALIER DE MONTBRISON

Situé dans la plaine du Forez
A 25 mn de Saint Etienne et 50 mn de Lyon
Avec autoroute et gare SNCF à proximité
Ville de 15 000 habitants, dynamique

www.ch-montbrison.fr

RECHERCHE 2 MEDECINS GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN

Poste de chef de service prochainement vacant
Construction en cours d'un bâtiment regroupant le pôle mère-enfant

Pour tout renseignement, prendre contact avec :
Mme PALLIES-MARECHAL, Directeur en charge des Affaires Médicales
Tel : 04 77 96 78 86 - c.pallies@ch-montbrison.fr
Mme le Dr CORNU-WILHELM, médecin gynécologue-obstétricien, service de maternité
Tel : 04 77 96 70 35 - a.cornu-wilhelm@ch-montbrison.fr



Association des Gynécologues Obstétriciens en Formation

FICHE D'ADHÉSION 2010-2011

Région et CHU d'inscription

- | | | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|---|--------------------------------------|--|--------------------------------|
| Nord-Ouest | Ouest | Nord-Est | Rhône-Alpes | PACA | Sud-Ouest | IDF |
| <input type="checkbox"/> Amiens | <input type="checkbox"/> Angers | <input type="checkbox"/> Besançon | <input type="checkbox"/> Clermont-Ferrand | <input type="checkbox"/> Marseille | <input type="checkbox"/> Bordeaux | <input type="checkbox"/> Paris |
| <input type="checkbox"/> Caen | <input type="checkbox"/> Brest | <input type="checkbox"/> Dijon | <input type="checkbox"/> Grenoble | <input type="checkbox"/> Montpellier | <input type="checkbox"/> Limoges | |
| <input type="checkbox"/> Lille | <input type="checkbox"/> Nantes | <input type="checkbox"/> Nancy | <input type="checkbox"/> Lyon | <input type="checkbox"/> Nice | <input type="checkbox"/> Toulouse | |
| <input type="checkbox"/> Rouen | <input type="checkbox"/> Poitiers | <input type="checkbox"/> Reims | <input type="checkbox"/> St Etienne | | <input type="checkbox"/> Antilles Guyane | |
| | <input type="checkbox"/> Rennes | <input type="checkbox"/> Strasbourg | | | <input type="checkbox"/> Océan indien | |
| | <input type="checkbox"/> Tours | | | | | |

NOM :
Prénom :

Adresse personnelle (indispensable)

.....
.....
.....
Ville :
Code :
Tél :
Email :@.....

Adresse professionnelle

Hôpital :
Service :
Chef de Service : Pr.....
Ville :
Code :
Tél :
Email :@.....

Les emails sont fortement conseillés, nous permettant une grande rapidité de contact.

Interne inscrit au D.E.S. : OUI NON Semestre en cours :

CCA Assistant

Concours de l'internat : année : 20.....

Recherche des remplacements : OUI NON

Souhaite participer activement à l'A.G.O.F. : OUI NON

Ci-joint un chèque de 25 € à l'ordre de l'AGOF pour mon inscription à l'année universitaire 2010-2011 (inscription valide du 1^{er} novembre 2010 au 31 octobre 2011).

Fait à,

le

(signature)

Site Internet : www.agof.fr

À adresser à : A.G.O.F. 9, route de la Goulée 95510 Villers-en-Arthies Tél. : 01-34-78-27-24
capelle.agof@wanadoo.fr

Onzième Jn'GOF

Journées Nationales
des Gynécologues-Obstétriciens en Formation

AGOF

Association
des Gynécologues
Obstétriciens
en Formation

Douzièmes Jn'GOF

Journées Nationales des Gynécologues-Obstétriciens en formation

Collège National
des Gynécologues
Obstétriciens
Français

World Association
of Trainees
in Obstetrics
& Gynecology

8-9 décembre 2011

CNIT Paris-La Défense

9 décembre 2010

Espace Coeur Défense
Esplanade du Général de Gaulle
92032 PARIS - La Défense

Renseignements et inscriptions : Jn'GOF
9, route de la Goulée - 95510 Villers-en-Arthies
Tél : 01.34.78.27.24 - Courriel : jngof@wanadoo.fr