



LA REVUE DE LA GYNECOMED

LA REVUE DES INTERNES ET DES ASSISTANTS EN GYNÉCOLOGIE MÉDICALE



aigm.asso.fr

Novembre
2025

Numéro

05



INTER SPÉCIALITÉS

ENDOMÉTRIOSE ET IMAGERIE : ÉCHOGRAPHIE VS IRM

Portraits

Immersion en consultation de
transidentité

Le Zoom

Notre sélection
de la littérature
récente

Gynéco' Pratique !

Lésions dermatologiques
malignes vulvaires /
Lésions HPV induites chez
les PVVIH



Association nationale des Internes et
des assistants en Gynécologie Médicale

Éditorial



*Chères lectrices,
chers lecteurs,*

C'est avec plaisir que nous vous dévoilons la cinquième édition de la Revue de la *Gynéco Med'* que nous espérons toujours aussi enrichissante et intéressante.

Dans la continuité des précédents numéros, Le **Zoom** vous propose un tour d'horizon des avancées récentes en gynécologie médicale, de l'oncologie à la pratique de ville. Vous y découvrirez notamment une étude sur l'incidence des thromboses veineuses lors des relais de contraceptifs oraux combinés ou encore une analyse de suivi à 10 ans de femmes ayant réalisé une préservation ovocytaire.

Fidèles à notre volonté de promouvoir l'interdisciplinarité, **À la croisée des spécialités** est consacrée à l'imagerie de la femme avec l'apport de l'échographie et de l'IRM pelvienne dans le diagnostic de l'endométriose.

Pour cette édition, le Dr Elena MARTIN Gynécologue médicale au CHRU de Nancy, nous a fait le plaisir de nous délivrer son expérience dans le fondement de la consultation et de la prise en charge de la transidentité.

Comme dans les précédentes revues, vous pourrez retrouver la section Culture et loisirs et enfin les fiches Gynéco' Pratique ! en fin de numéro consacrées cette fois à la dermatologie maligne et à la surveillance des lésions HPV induites chez les patients vivants avec le VIH.

Nous souhaitons remercier encore une fois chaleureusement les différents interlocuteurs sans qui la revue ne pourrait exister.

Enfin, dès la prochaine édition, nous aurons le plaisir de collaborer avec le Dr Brigitte RACCAH-TEBEKA, directrice de la Lettre du Gynécologue.

Bonne découverte et bonne lecture !

*Laure COËZ, Sarah DOUYERE, Marina DROUILLARD,
Marta ZAMRIY et Tiphaine KERAMBRUN au nom du Bureau de l'AIGM*

SOMMAIRE

Sommaire

06. *L'Agenda*

07. *Zoom*

ONCOLOGIE

- 08.** Chimiothérapie adjuvante et hormonothérapie versus hormonothérapie seule chez les femmes de plus de 70 ans avec cancer du sein à haut risque selon le score génomique (Aster 70s) : essai randomisé de phase 3
- 10.** Elinzanétant pour les symptômes vasomoteurs de l'hormonothérapie pour le cancer du sein

AMP

- 13.** Suivi sur dix ans des issues reproductives chez les femmes tentant une maternité après une congélation ovocytaire élective
- 15.** Options thérapeutiques chez les femmes présentant une réserve ovarienne basse : revue systématique et méta-analyse d'essais randomisés contrôlés

ENDOCRINOLOGIE

- 19.** La modulation des circuits thermorégulateurs par la prolactine permet une adaptation face aux défis thermiques de la grossesse

GYNÉCOLOGIE DE VILLE

- 23.** Exploration de l'image corporelle positive ou négative et de la qualité de vie des femmes atteintes d'endométriose : une analyse de profil latent
- 26.** Incidence des thromboses veineuses chez les femmes changeant de contraceptifs oraux combinés : étude de cohorte

28. *À la croisée des spécialités*

- 28.** Endométriose et imagerie

32. *Portraits & Témoignages*

- 32.** Immersion en consultation de transidentité : l'exemple du Centre d'accompagnement des transitions du CHRU de Nancy, avec le Dr Elena MARTIN

34. *Culture & Loisirs*

36. *Gynéco' pratique !*

- 36.** Reconnaître les lésions dermatologiques vulvaires malignes
- 40.** Dépistage des lésions HPV induites chez les personnes vivant avec le VIH

ASSOCIATION NATIONALE DES INTERNES ET DES ASSISTANTS EN GYNÉCOLOGIE MÉDICALE (AIGM)

Faculté de médecine Paris Descartes
15, rue de l'Ecole de Médecine
75006 Paris
<https://www.aigm.asso.fr>

Directrice de Publication

Elise BOUKO-LEVY

Co-rédacteurs

Laure COËZ, Sarah DOUYERE, Marina DROUILLARD, Tiphaine KERAMBRUN, Marta ZAMRIY

ISSN : 3001-2635

Éditeur & Régie publicitaire

Réseau Pro Santé
M. TABTAB Kamel, Directeur
14, Rue Communes - 75003 Paris
Tél. : 01 53 09 90 05
contact@reseauprosanter.fr
www.reseauprosanter.fr

Maquette & Mise en page

We Atipik - www.weatipik.com

Crédit photos

123RF, Adobe Stock, AIGM

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.



L'AGENDA



Décembre 2025

Les 3, 4 et 5 décembre 2025

5^{ème} Congrès de Paris Santé Femmes

L'occasion de se mettre à jour sur les dernières recommandations : dépistage HPV et grossesse, pathologie tumorale vulvaire, tabagisme et grossesse, ménopause...



Les 10, 11 et 12 décembre 2025

33^{ème} Congrès National de la SFOG à Toulouse Oncopole

Cette nouvelle édition rassemblera des experts et chercheurs de renom autour des grandes thématiques de l'oncologie gynécologique et notamment des innovations diagnostiques et thérapeutiques.



Janvier 2026

Du 20 au 23 janvier 2026

Gyn-Caraïbes

Venez découvrir par l'intermédiaire de nombreux orateurs et par le biais des ateliers proposés les dernières actualités avec des thématiques très variées : CMV et grossesse, SOPK, Ménopause, infertilité, manœuvres obstétricales, santé sexuelle et orthogénie pour ne citer que ces dernières.



Mars 2026

Du 11 au 13 mars 2026

35^{ème} Congrès de Gynécologie-obstétrique pratique

Ce congrès sera l'occasion de faire le tour des différentes problématiques gynécologiques (sénologie, colposcopie, infertilité, contraception, échographie pelvienne et obstétricale, pathologie vulvaire, statique pelvienne...).



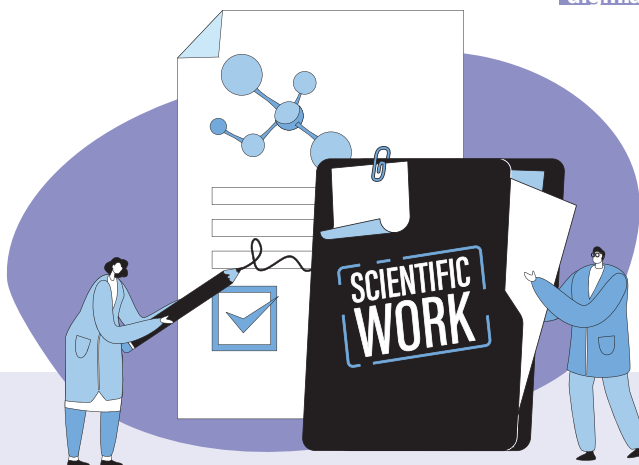
Le 26 mars 2026

3^{ème} Édition PoliGyn

Cette journée dédiée à la santé de la femme, organisée par les services de gynécologie-obstétrique des CHU de Poitiers et Limoges, portera sur des thèmes essentiels tels que l'**endométri**ose, la **ménopause**, la **fertilité**, et bien sûr, l'**obstétrique**.



LE ZOOM



Chères lectrices, chers lecteurs,

Nous sommes ravis de vous présenter une fois de plus, le travail de nos internes et chefs à travers ces 7 articles qui ont retenu notre attention. Nous les remercions pour le temps et l'investissement qu'ils y ont consacré.

Dans la rubrique oncologique, vous retrouverez un article sur l'association d'une chimiothérapie à l'hormonothérapie adjuvante chez les femmes de plus de 70 ans atteintes d'un cancer du sein à haut risque génomique et un second sur l'utilisation de l'Elinzanétant pour le traitement des bouffées vasomotrices sous hormonothérapie dans le cancer du sein.

Du côté de la médecine de la reproduction, nous retrouverons une étude de suivi de patientes ayant réalisé une préservation ovocytaire et leurs parcours reproductifs ultérieur ainsi qu'une méta-analyse présentant les différentes options thérapeutiques en FIV des femmes avec une réserve ovarienne basse.

Enfin pour la gynécologie de ville, nous vous présenterons une première étude qui s'est intéressée à la qualité de vie et au rapport au corps des patientes vivant avec de l'endométriose, et une seconde, analysant l'incidence des thromboses veineuses en cas de relais de contraceptifs oraux combinés.

Par ailleurs, pour la première fois, nous avons sélectionné un article de recherche plus fondamental paru cette année dans la revue Cell qui s'intéresse à la place de la prolactine dans les circuits de thermorégulation au cours de la grossesse.

L'article inter spécialité donnera la parole à nos confrères radiologues, afin de nous éclairer sur les performances diagnostiques de l'échographie et de l'IRM dans le diagnostic de l'endométriose en fonction de sa localisation.

Nous espérons que cette lecture suscitera votre intérêt. Comme toujours, nous vous encourageons à nous contacter si vous souhaitez contribuer aux futures éditions afin de faire perdurer cette revue.

Bonne lecture à toutes et à tous !

Tiphaine KERAMBRUN
pour la Team Revue



*Envie de participer à la prochaine édition en tant qu'interne rédacteur ou chef relecteur ?
Vous pouvez rédiger un mail à revue.aigim@gmail.com
et nous serons ravis de vous en parler !*

Oncologie

CHIMIOTHÉRAPIE ADJUVANTE ET HORMONOTHÉRAPIE VERSUS HORMONOTHÉRAPIE SEULE CHEZ LES FEMMES DE PLUS DE 70 ANS AVEC CANCER DU SEIN À HAUT RISQUE SELON LE SCORE GÉNOMIQUE (ASTER 70S) : ESSAI RANDOMISÉ DE PHASE 3

Adjuvant chemotherapy and hormone therapy versus hormone therapy alone for women aged 70 years and older with high-risk breast cancer based on the genomic grade index (ASTER 70s) : a randomised phase 3 trial

Etienne Brain, *The Lancet Public Health*, August 2025

Mots-clés

Breast cancer, Chemotherapy, Hormonotherapy, Elderly patients, Genomic grade index



Marta ZAMRIY

Interne en 4^{ème} semestre
Gynécologie médicale
Nancy



Dr Florence COUSSY

Gynécologue médicale,
praticienne spécialiste
Institut Curie

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquemment diagnostiqué chez la femme âgée et près de la moitié des découvertes surviennent après 65 ans, faisant du cancer du sein la pathologie oncologique la plus diagnostiquée dans cette population. Chez les patientes de plus de 70 ans atteintes de tumeurs exprimant les récepteurs hormonaux (*estrogen receptor*, ER) et sans surexpression de *HER2*, l'hormonothérapie constitue le traitement adjuvant standard. Le bénéfice potentiel d'une chimiothérapie adjuvante reste incertain dans cette population, en raison de sa sous-représentation dans les essais cliniques actuels et d'un risque accru de toxicité lié à l'âge et à la fragilité.

L'étude ASTER 70s a pour objectif d'évaluer l'apport de la chimiothérapie adjuvante chez les patientes de plus de 70 ans avec cancer du sein ER+/HER2- jugées à haut risque par la signature génomique **Genomic Grade Index (GGI)**.

Matériel et méthodes

ASTER 70s est un essai de phase III, randomisé, de supériorité, multicentrique, mené dans 84 centres en France et en Belgique entre 2012 et 2016. Les femmes incluses devaient être âgées d'au moins 70 ans, atteintes d'un cancer du sein infiltrant exprimant les récepteurs hormonaux (*estrogen receptor*, ER+) sans surexpression de *HER2*, et candidates potentielles à une chimiothérapie adjuvante après chirurgie mammaire (ou après résection d'une rechute locale isolée).

Toutes les patientes ont bénéficié d'une analyse centrale de la signature génomique Genomic Grade Index (GGI),

réalisée sur le tissu tumoral fixé. Ce test visait à classer la tumeur en deux catégories pronostiques :

- **GGI bas** : ces patientes n'ont pas été randomisées et ont reçu une hormonothérapie seule, constituant une cohorte parallèle de référence.
- **GGI haut** et donc considérées à haut risque de récurrence : ces patientes ont été randomisées (1:1) entre deux stratégies thérapeutiques :
 1. Une **chimiothérapie adjuvante** : quatre cycles (3 mois) à base de taxane ou d'anthracycline, au choix de l'investigateur) suivie d'une hormonothérapie, ou
 2. Une **hormonothérapie seule**.

La randomisation a été stratifiée en fonction de trois critères : le statut ganglionnaire (N0 vs N+), le centre investigateur et le score gériatrique G8, permettant d'identifier les patientes les plus fragiles.

Résultats

Parmi 1979 patientes incluses, 1089 présentaient un GGI haut et ont été randomisées (541 dans le bras chimiothérapie + hormonothérapie, 548 dans le bras hormonothérapie seule). L'âge médian était de 75 ans, avec 40 % de patientes fragiles (G8 ≤14).

Après un suivi médian de huit ans, **la survie globale** n'était pas significativement différente : **72,7 %** à 8 ans dans le bras chimiothérapie + hormonothérapie contre **68,3 %** dans le bras hormonothérapie seule (HR 0,83 ; p=0,21). Aucune différence n'a été mise en évidence dans les sous-groupes étudiés (âge, score G8, score de Lee, sous-catégorie du GGI, taille tumorale ou le statut ganglionnaire).

Le **critère de jugement principal** était la survie globale.

Les **critères secondaires** incluaient la survie sans rechute invasive, la survie spécifique au cancer du sein, la tolérance au traitement et la qualité de vie.

L'analyse de la survie sans rechute invasive et de la survie spécifique ne mettait pas non plus en évidence de différence significative.

La **toxicité** était cependant plus importante avec la chimiothérapie (événements indésirables ≥ grade 3 chez 34 % contre 9 %). Trois décès liés aux complications sont survenus dans le bras chimiothérapie. La qualité de vie était plus dégradée sous chimiothérapie, en particulier concernant la fatigue et les symptômes gastro-intestinaux. Les patientes non randomisées (majoritairement GGI bas) ont présenté une meilleure survie globale, confirmant la valeur pronostique du test génomique.

Discussion

ASTER 70s est le premier essai randomisé de grande ampleur spécifiquement dédié aux femmes de plus de 70 ans atteintes d'un cancer du sein ER+/HER2-.

Les résultats montrent l'absence de bénéfice significatif en survie globale **de l'ajout d'une chimiothérapie à l'hormonothérapie**, chez des patientes à haut risque selon le GGI. La qualité de vie – paramètre essentiel dans cette tranche d'âge – était en revanche significativement altérée par la chimiothérapie.

Ces résultats montrent que, chez les femmes âgées, l'agressivité biologique de la tumeur ne suffit pas à justifier l'intensification thérapeutique : la vulnérabilité liée à l'âge, la compétition avec d'autres causes de décès et la toxicité des traitements pèsent dans l'équilibre bénéfice-risque. La décision thérapeutique doit être personnalisée, prenant en compte l'âge, la fragilité et les attentes des patientes.

Le GGI a permis de sélectionner les patientes à haut risque génomique dans cet essai. Cependant, il n'est pas utilisé en pratique courante (et non commercialisé). Des analyses complémentaires sont prévues pour re-analyser les tumeurs de l'essai ASTER70 avec la signature oncotypeDX (commercialisée) : elles permettront de vérifier si les catégories de risque se recoupent entre ces deux signatures, et si les conclusions d'ASTER70 se confirment avec ce test plus largement utilisé.

Enfin, il est à noter que cette étude de supériorité a un design statistique ambitieux, avec une hypothèse de hazard ratio (HR) de 0,61 en faveur de la chimiothérapie pour la survie globale. Bien que les résultats d'ASTER70 ne montrent pas de différence statistiquement significative, ils n'excluent pas la possibilité d'un effet bénéfique modeste de la chimiothérapie et ni de l'existence d'un sous-groupe de patientes à haut risque pouvant réellement tirer avantage de l'ajout de chimiothérapie à l'hormonothérapie.

Conclusion

Chez les femmes de plus de 70 ans atteintes de cancer du sein ER+/HER2- à haut risque (selon GGI), l'ajout d'une chimiothérapie adjuvante à l'hormonothérapie n'apporte pas de bénéfice significatif sur la survie globale et est associée à un taux plus élevé de toxicité. L'hormonothérapie seule doit rester le standard, en privilégiant une prise en charge individualisée intégrant l'évaluation gériatrique.

Take Home Messages

- La chimiothérapie adjuvante n'améliore pas la survie globale des patientes ≥70 ans avec cancer du sein ER+/HER2- à haut risque selon le GGI.
- L'ajout d'une chimiothérapie à l'hormonothérapie est associé à une augmentation des toxicités sévères et altère la qualité de vie : l'hormonothérapie seule reste la stratégie standard.

Références

1. Brain E, et al. Adjuvant chemotherapy and hormone therapy versus hormone therapy alone for women aged 70 years and older with high-risk breast cancer based on the genomic grade index (ASTER 70s): a randomised phase 3 trial. *Lancet*. 2025;406:489-500.
2. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15 year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet* 2005;365:1687-717.
3. Cardoso F, et al. 70-Gene Signature as an Aid to Treatment Decisions in Early-Stage Breast Cancer, MINDACT trial. *N Engl J Med*. 2016;375:717-29.

ELINZANÉTANT POUR LES SYMPTÔMES VASOMOTEURS DE L'HORMONOTHÉRAPIE POUR LE CANCER DU SEIN

Elinzanetant for Vasomotor Symptoms from Endocrine Therapy for Breast Cancer

F. Cardoso 02/06/2025, *The New England Journal of Medicine*

Mots-clés

Breast cancer, Vasomotor symptoms, Quality of life



Naomi VIGNERON

Interne en 2^{ème} semestre
Gynécologie médicale
Nancy



Dr Lucie VERON

Gynécologue médicale
Institut Gustave Roussy

Actuellement, le cancer du sein représente 30 % de l'ensemble des cancers féminins, et dans près de 70 % des cas, il est hormonodépendant. L'un des traitements de référence pour les cancers hormonodépendants est l'hormonothérapie (tamoxifène ou inhibiteurs de l'aromatase, parfois associés à des agonistes de la LHRH), pendant 5 à 10 ans. Toutefois, ces traitements provoquent souvent des effets secondaires proches de ceux de la ménopause, en particulier les symptômes vaso-moteurs notamment les bouffées de chaleur. Ces symptômes altèrent fortement la qualité de vie des patientes et entraînent parfois une mauvaise observance du traitement.

L'élinzanétant est un antagoniste des récepteurs de la neurokinine 1 (NK1) et 3 (NK3). Ces récepteurs jouent un rôle central dans la régulation de la température corporelle, via des neurones dits *KNDy* situés dans l'hypothalamus. La baisse de l'activité œstrogénique lève l'inhibition de ces récepteurs, entraînant une hyperactivité des neurones *KNDy* responsable des symptômes vaso-moteurs. Les récepteurs NK1 interviendraient également dans la vasodilatation périphérique et les troubles du sommeil.

Des études précédentes (OASIS 1, 2 et 3) ont déjà montré que l'élinzanétant réduisait efficacement les symptômes vaso-moteurs et améliorait la qualité de vie et du sommeil chez les femmes ménopausées. L'objectif de cette étude (OASIS 4) vise à évaluer l'efficacité et l'innocuité de l'élinzanétant chez les femmes traitées par hormonothérapie pour un cancer du sein hormonodépendant, ou en prévention chez celles à haut risque de développer un cancer du sein.

Méthodes

Il s'agit d'une **étude de phase 3**, multicentrique, randomisée, en double aveugle et contrôlée par placebo, d'une durée d'un an, sponsorisée par Bayer.

Les participantes étaient des femmes âgées de 18 à 70 ans, recevant une hormonothérapie (tamoxifène ou inhibiteurs de

l'aromatase), avec ou sans agoniste de la LHRH, pour un cancer du sein hormonodépendant ou à haut risque de cancer du sein. Pour être incluses, elles devaient présenter au moins 35 symptômes vasomoteurs modérés à sévères par semaine. Les femmes ayant une récurrence ou un cancer métastatique étaient exclues.

La randomisation a eu lieu entre novembre 2022 et novembre 2024 dans 90 centres investigateurs en Europe, au Canada, en Israël et au Kazakhstan, selon un ratio 2:1 :

- **315 patientes** ont reçu 120 mg d'élinzanétant une fois par jour pendant 52 semaines.
- **158 patientes** ont reçu un placebo pendant 12 semaines, puis 120 mg d'élinzanétant pendant 40 semaines.

Les femmes ayant complété les 52 semaines pouvaient poursuivre l'élinzanétant pendant deux années supplémentaires.

Le **critère principal de jugement** était la variation de la fréquence quotidienne moyenne des symptômes vasomoteurs modérés à sévères entre le début de l'étude et la semaine 4, puis la semaine 12. Les **critères secondaires** concernaient les troubles du sommeil, la qualité de vie et l'évolution de la sévérité des symptômes vasomoteurs.

Un comité externe, indépendant et en aveugle, était chargé de récupérer les données de sécurité, notamment au niveau hépatique.

Résultats

A baseline, la fréquence moyenne des symptômes vasomoteurs modérés à sévères était comparable entre les deux groupes : 11,4 épisodes par jour dans le groupe élinzanétant et 11,5 épisodes dans le groupe contrôle.

Concernant le critère de jugement principal, une différence significative est apparue dès la **semaine 4** :

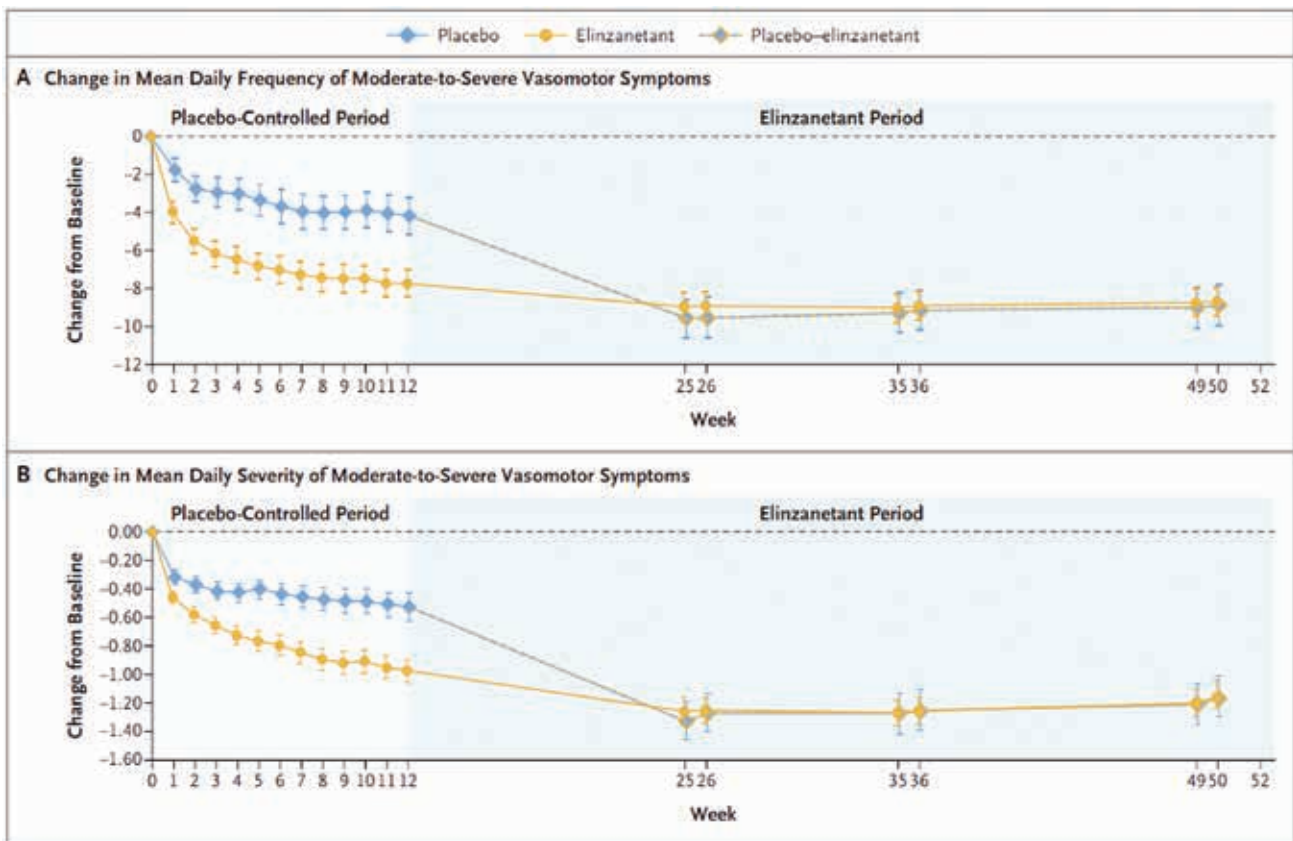
- Réduction moyenne de - **6.5 épisodes par jour** dans le groupe élinzanétant ;
- Contre - **3.0 épisodes** par jour dans le groupe placebo ($p < 0.0001$).

À la **semaine 12**,

- La diminution atteignait - **7,8 épisodes par jour** avec l'élinzanétant ;
- Contre - **4,2 épisodes par jour** avec le placebo ($p < 0.0001$).

On observait également une amélioration de la **qualité de vie** et du **sommeil** dans le groupe élinzanétant par rapport au placebo.

Après les 52 semaines de traitement initial, **91,6 % des participantes** ont choisi de poursuivre l'élinzanétant pour deux années supplémentaires.



Les principaux **effets indésirables** rapportés étaient la somnolence, la fatigue et la diarrhée. Des événements indésirables sévères sont survenus chez **8 patientes (2,5 %)** sous élinzanétant contre **1 patiente (0,6 %)** sous placebo. Enfin, **5 femmes** traitées par élinzanétant ont présenté une élévation réversible des transaminases.

Discussion

L'élinzanétant entraîne une **diminution significative** de la fréquence quotidienne des symptômes vasomoteurs modérés à sévères chez les femmes sous hormonothérapie.

À 12 semaines, plus de 70 % des participantes traitées par élinzanétant présentaient une réduction d'au moins 50 % de leurs symptômes.

L'étude suggère une tendance à la réduction des troubles du sommeil et à l'amélioration de la qualité de vie. Toutefois, ces résultats doivent être interprétés avec prudence et ne permettent pas de conclure formellement. Une telle amélioration pourrait néanmoins favoriser une meilleure observance du traitement.

Le profil de sécurité était comparable entre les deux groupes, sans signal supplémentaire d'hépatotoxicité.

Les principales limites de cette étude résident dans la prédominance des centres situés en Europe, limitant la généralisation des résultats à d'autres populations ; l'inclusion d'un nombre restreint de patientes recevant une hormonothérapie préventive (une seule participante) ; l'absence de données concernant la récurrence du cancer et la survie à long terme ; le caractère subjectif du critère de jugement principal, basé sur l'auto-évaluation des symptômes par les patientes.

Conclusion

L'élinzanétant apparaît comme une nouvelle option thérapeutique potentielle pour les femmes sous hormonothérapie et présentant des symptômes vasomoteurs modérés à sévères. La prise en charge de ces patientes reste en effet très limitée : le traitement hormonal de la ménopause est contre-indiqué, et la paroxétine ne peut être utilisée en cas de traitement par tamoxifène. À ce jour, l'élinzanétant ne bénéficie pas encore d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) en France. Le seul traitement actuellement autorisé pour les symptômes vasomoteurs de la ménopause est le **Veoza (fézoline-tant)**, dont l'indication n'inclut toutefois pas les patientes atteintes d'un cancer du sein.

Take Home Messages

- L'élinzanétant réduit significativement les symptômes vasomoteurs modérés à sévères chez les femmes sous hormonothérapie pour un cancer du sein, ce qui pourrait favoriser une meilleure observance du traitement.
- L'élinzanétant présente un profil de tolérance globalement favorable, y compris sur le plan hépatique.

Références

1. Berkowitz MJ, Thompson CK, Zibechi LT, et al. How patients experience endocrine therapy for breast cancer: an online survey of side effects, adherence, and medical team support. *J Cancer Surviv* 2021; 15: 29-39.
2. Pinkerton JV, Simon JA, Joffe H, et al. Elinzanetant for the treatment of vasomotor symptoms associated with menopause: OASIS 1 and 2 randomized clinical trials. *JAMA* 2024; 332: 1343-54. 26. Panay N, Joffe H, Maki P, et al. Efficacy and long-term safety of elinzanetant for the treatment of VMS associated with menopause: a phase 3 randomized trial (OASIS 3). In: Proceedings and abstracts of the 2024 Annual Meeting of the Menopause Society, September 11-14, 2024. Chicago: Menopause Society, 2024.
3. Panay N, Joffe H, Maki P, et al. Efficacy and long-term safety of elinzanetant for the treatment of VMS associated with menopause: a phase 3 randomized trial (OASIS 3). In: Proceedings and abstracts of the 2024 Annual Meeting of the Menopause Society, September 11-14, 2024. Chicago: Menopause Society, 2024.

AMP

SUIVI SUR DIX ANS DES ISSUES REPRODUCTIVES CHEZ LES FEMMES TENTANT UNE MATERNITÉ APRÈS UNE CONGÉLATION OVOCYTAIRE ÉLECTIVE

A 10-year follow-up of reproductive outcomes in women attempting motherhood after elective oocyte cryopreservation

S. Loreti

Human Reproduction, publiée le 1^{er} février 2024



Manon DUCLOS

Interne en 4^{ème} semestre
Gynécologie médicale
Paris



Dr Mika MANIVET

Assistante en gynécologie
médicale, service d'AMP
Centre hospitalier Delafontaine

Face au report croissant de la maternité dans les pays à revenu élevé, la cryopréservation ovocytaire élective (EOC, pour "elective oocyte cryopreservation") est de plus en plus réalisée chez les femmes souhaitant préserver leur fertilité. Des études ont décrit que la plupart des femmes ayant bénéficié d'une EOC réutilisent peu leurs ovocytes congelés, pour un taux de naissance après réchauffement ovocytaire de 2 % à 12 % pour celles âgées de moins de 38 ans^{1,2}.

Néanmoins, les études disponibles restent limitées par leur échantillon et/ou par leur suivi court^{3,4}. Par ailleurs, un grand nombre des patientes ayant eu une EOC optent pour d'autres alternatives thérapeutiques de PMA pour un projet de grossesse ultérieur sans recourir aux ovocytes congelés. Or le profil de ces patientes est peu étudié dans la littérature. La question de la légitimité de l'EOC à but sociétal se pose.

L'objectif de cette étude était d'analyser, sur une large cohorte avec un recul important, les données reproductives des femmes ayant fait une préservation de fertilité et revenant pour un désir de maternité. Elle vise à fournir des données utiles pour guider le clinicien sur la stratégie thérapeutique la plus adaptée au profil de chaque patiente.

Méthodes

Il s'agit d'une **étude observationnelle rétrospective mono-centrique** décrivant les **femmes** âgées de **18 à 40 ans**, ayant eu recours à l'EOC pour raison sociétale seule, de 2009 à 2019 dans la clinique Brussels IVF. Les patientes revenues à la clinique avec un projet parental avant mai 2022 (soit 3 à 13 ans après la congélation), ont été incluses dans l'analyse des résultats.

Le **critère principal** de l'étude était le **taux de naissance vivante (TNV) par patiente** après traitement de fertilité chez ces femmes.

Les **critères secondaires** de l'étude étaient : le **taux de retour** à la clinique de fertilité ; le **taux d'utilisation** des ovocytes qui avaient été cryopréservés ; ainsi que les **résultats des données biologiques**.

Une analyse de régression multivariée a également été réalisée afin d'identifier les facteurs associés à la décision de décongeler les ovocytes lors du retour à la clinique.

Résultats

L'EOC a été réalisée chez 843 femmes, à un âge moyen de 36,5 ans, avec un taux d'AMH moyen de 2,3. Au total, 5 à 23 ovocytes matures ont été conservés par patiente avec 1,6 cycle par femme, dont pour 85,3 % issus d'un protocole antagone.

Parmi ces femmes, 231 sont revenues en consultation pour un projet parental après en moyenne 3,3 ans, à un âge entre 37 et 43 ans avec un taux d'AMH moyen de 1,5 ng/ml.

Le taux de réutilisation des ovocytes préservés sur la population totale était de 16,7 % (141/843).

Le taux de survie ovocytaire après réchauffement était de 82,6 %. En moyenne, 1 à 2 embryons ont été transférés par cycle de PMA avec un TNV par transfert de 17,3 % (IC 95 % : 14,1–20,8).

La technique de PMA décidée en première intention a été pour 47,6 % (110/231) des femmes un réchauffement ovocytaire, pour 30,7 % une FIV avec ovocytes frais, et pour 21,6 % une IUI.

Au cours de leur parcours, 39 % ont bénéficié exclusivement d'un réchauffement ovocytaire (groupe WOO pour Warm Oocytes Only, n=90), 22,5 % d'entre elles uniquement d'un recours aux ovocytes frais (groupe FOO pour Fresh Oocytes Only, n=52), tandis que le reste a combiné les deux approches.

Au moment de l'EOC, les femmes dans le groupe WOO avaient entre 35 et 39 ans et une AMH moyenne de 3.0 ± 2.5 ng/ml ; les femmes dans le groupe FOO avaient entre 33 ans et demi et 39 ans et demi.

Lors du retour à la clinique, les femmes dans le groupe WOO avaient entre 38 ans et demi et 44 ans et demi, et celles du groupe FOO entre 36 et 42 ans. Les femmes dans le groupe FOO présentaient un nombre de 2 à 12 ovocytes vitrifiés par femme et un taux moyen d'AMH entre 0 et 3 ng/ml.

L'analyse descriptive des deux groupes WOO et FOO a présenté un TNV similaire (respectivement 23,7 % vs 26,9 %) avec un taux de fausse-couche précoce également similaire (25 % vs 29,3 %).

À noter, lors de la vitrification, 20,6 % des femmes avaient un partenaire. Parmi les femmes retournant à la clinique, 68,3 % étaient en couple et n'ont pas réussi à concevoir naturellement, 29,4 % étaient célibataires et 2,2 % avaient un partenaire de même sexe. Dans le groupe WOO, 19 % des femmes avaient un partenaire contre 40 % des femmes dans le groupe FOO au retour à la clinique.

Enfin, l'analyse multivariée a montré que le nombre total d'ovocytes vitrifiés (**OR 1,10 au seuil de significativité ; IC 1,00–1,20 ; p = 0,004**) et l'intervalle de temps entre l'EOC et le retour à la clinique (**OR 1,05 ; IC 1,02–1,09 ; p = 0,04**) étaient associés à la décision de décongeler les ovocytes plutôt qu'à un recours à des ovocytes frais.

Conclusion

Dans cette cohorte de 142 patientes, issue de 231 femmes revenues après EOC, le TNV entre les femmes ayant opté pour un réchauffement ovocytaire seul, et celles ayant opté pour l'utilisation exclusive de leurs ovocytes frais semblait similaire, sachant qu'il s'agit d'une étude purement descriptive.

De plus, près d'un quart (27,4 %) des patientes ayant réalisé une EOC sont revenues avec un désir de grossesse, mais seulement 16,7 % ont utilisé leurs ovocytes congelés, ce qui confirme les données des études antérieures⁵. Ainsi cela soulève la question du coût-efficacité de l'autoconservation sociétale.

Cependant, le caractère rétrospectif monocentrique, et surtout descriptif de l'étude limitent la généralisation des résultats. Les biais de sélection liés à l'âge des patientes ainsi que les données manquantes des patientes suivies hors centre, sont également à prendre en compte.

Take Home Messages

- Dans cette étude, les taux de naissance vivante sont comparables entre les femmes ayant opté pour un réchauffement ovocytaire seul, et celles ayant opté pour l'utilisation exclusive de leurs ovocytes frais, sous réserve d'une analyse purement descriptive.
- La décision d'avoir recours en première intention à l'utilisation des ovocytes congelés était associée au nombre total d'ovocytes vitrifiés et à l'intervalle de temps entre l'EOC et le retour à la clinique. Le statut marital semble également être intéressant à prendre en compte par le clinicien.
- Les raisons qui ont conduit certaines patientes à privilégier l'utilisation d'ovocytes frais en première intention n'ont pas été explorées dans cette étude et mériteraient d'être investiguées.
- La comparaison des données de reproduction avec le groupe de patientes qui a combiné réchauffement ovocytaire et ovocytes frais aurait été bénéfique.
- Des études de plus grande ampleur analytiques, prospectives multicentriques, incluant des femmes plus jeunes au moment de l'EOC avec des tests génétiques sur les embryons seraient intéressantes pour confirmer ces résultats et élaborer des recommandations robustes.

Références

1. Practice Committees of American Society for Reproductive Medicine, Society for Assisted Reproductive Technology. *Mature oocyte cryopreservation: a guideline*. Fertil Steril. 2013;99:37–43.
2. Loreti S, Darici E, Nekkebroeck J, Drakopoulos P, Van Landuyt L, De Munck N, Tournaye H, De Vos M. A 10-year follow-up of reproductive outcomes in women attempting motherhood after elective oocyte cryopreservation. Hum Reprod. 2024;39(2):355–363. doi:10.1093/humrep/dead267.
3. Cobo A, García-Velasco J, Domingo J, Pellicer A, Remohí J. *Elective and onco-fertility preservation: factors related to IVF outcomes*. Hum Reprod. 2018;33:
4. Kasaven LS et al. Reproductive outcomes from ten years of elective oocyte cryopreservation in the UK: study of 373 women. 2022.
5. Hodes-Wertz B, Druckenmiller S, Smith M, Noyes N. *What do reproductive-age women who undergo oocyte cryopreservation think about the process as a means to preserve fertility?* Fertil Steril. 2013;100:1343–1349.

OPTIONS THÉRAPEUTIQUES CHEZ LES FEMMES PRÉSENTANT UNE RÉSERVE OVARIENNE BASSE : REVUE SYSTÉMATIQUE ET MÉTA-ANALYSE D'ESSAIS RANDOMISÉS CONTRÔLÉS

Therapeutic management in women with a diminished ovarian reserve: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials

Alessandro Conforti, *Fertil Steril*, publié en mars 2025

Mots-clés

ART, POSEIDON criteria, IVF, diminished ovarian reserve, poor responders



Claire GOUYA

Interne en 8^{ème} semestre
Gynécologie médicale
Nancy



Dr Solenne GRICOURT

Praticienne Hospitalière,
service d'AMP
Hôpital Bichat

Il s'agit d'une revue systématique et méta-analyse publiée en mars 2025 menée par une équipe européenne.

Les femmes présentant une réserve ovarienne basse représentent une partie importante de la patientèle en assistance médicale à la procréation (AMP). De ce paramètre découle l'estimation de la bonne réponse à la stimulation en fécondation in vitro (FIV). Elles peuvent être classées en 4 groupes POSEIDON selon les 3 paramètres qui définissent la réserve ovarienne de réserve : l'âge, le compte des follicules antraux (CFA), le dosage de l'hormone anti-mullérienne (AMH). Leur potentiel/pronostic/perspectives en fertilité est diminué comparé à des femmes de même âge avec une réserve ovarienne normale. Dans ce contexte, on cherche à identifier dans la littérature comment optimiser les taux de naissance vivante chez cette population grandissante (spécifiquement groupe 3 et 4 selon POSEIDON).

Classification de POSEIDON, selon Alviggi et al, fertility and sterility 2016

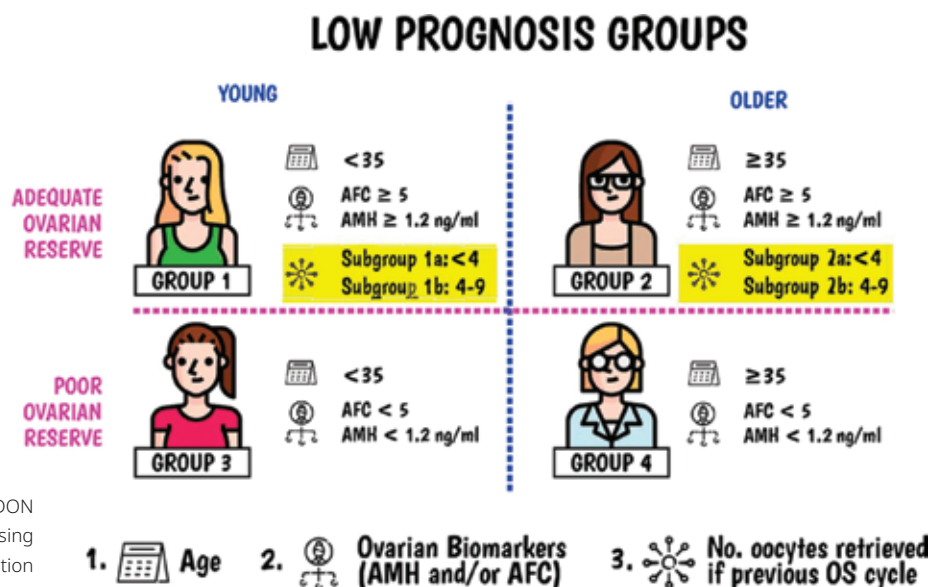


Figure 1. Classification de POSEIDON (Patient-Oriented Strategies Encompassing Individualized Oocyte Number), définition de "mauvaise réponseuse"

Poseidon Group; Alviggi et al. *Fertil Steril*. 2016; Humaidan et al. *F1000Research* 2016

Matériel et méthodes

Ont été incluses toutes les revues systématiques et essais contrôlés randomisés jusqu'à juin 2024, traitant et comparant diverses interventions, chez des patientes ayant une réserve ovarienne basse (selon les critères de POSEIDON groupe 3 et 4). 38 essais randomisés contrôlés ont été inclus après sélection sur plus de 4 800 articles. Les différents traitements adjuvants ou protocoles de stimulation ovarienne étudiés sont les suivants : déhydroépiandrostérone (DHEA), testostérone, hormone de croissance (GH), gonadotrophine forte ou faible dose, pré-traitement par antagoniste (prétraitement de 7 jours d'antagoniste de la GnRH avant la stimulation

ovarienne), létrozole, citrate de clomifène, double stimulation (ou Duoestim), stimulation en phase lutéale ou random start, double déclenchement de l'ovulation par hCG et antagoniste de la GnRH, hormone lutéinisante, corifollitropine alfa, prétraitement par œstrogènes.

Chacun de ces paramètres était évalué en FIV/ICSI, versus placebo ou groupe contrôle selon un critère de jugement strict : le taux de naissance vivante ou à défaut le taux de grossesse évolutive. Les critères secondaires étaient le nombre d'ovocytes recueillis, le nombre d'ovocytes matures, le taux de grossesse clinique et le taux de fausse-couche.

Résultats (Tableau 1 et 2)

Tableau 1. Résultats des analyses poolées

Traitement adjuvant	Nombre d'études poolées (n= nombre de patientes)	Taux de naissance vivante (critère de jugement principal)	Nombre d'ovocytes récupérés	Nombre d'ovocytes matures (métaphase II)	Taux de perte de grossesse
Déhydroépiandrostérone	5 n = 418	pas de différence significative	↑ (WMD 0.60, 95% CI: 0.07–1.13; P = .03).	pas de différence significative	pas de différence significative
Testostérone	4 n = 368	↑ (OR: 2.19, 95% CI: 1.11–4.32; P = .02)	↑ (WMD 0.88, 95% CI: 0.03–1.72; P < .04)	pas de différence significative	pas de différence significative
Gonadotrophine forte ou faible dose	2 n = 905	pas de différence significative	↓ Stimulation à faible dose (150UI) (WMD: -1.57, 95% CI: -2.12 to -1.17; P < .0001).	pas de différence significative	pas de différence significative
Pré-traitement par antagoniste	3 n = 398	pas de différence significative	↑ (WMD: 1.32, 95% CI: 0.74–1.89; P < .00001)	↑ (WMD: 1.17, 95% CI: 0.42–1.92, P = .002).	pas de différence significative
Létrozole	4			pas de différence significative	pas de différence significative
Citrate de clomifène	3	pas de différence significative	pas de différence significative	pas de différence significative	pas de différence significative

Tableau 2. Résultats des analyses non poolées

Traitement adjuvant	Nombre d'études poolées	Taux de naissance vivante (critère de jugement principal)	Nombre d'ovocytes récupérés	Nombre d'ovocytes matures (métaphase II)	Taux de perte de grossesse
Hormone de croissance	2	= ou ↑	= ou ↑	↑	
Stimulation en phase lutéale (random-start)	1	=	=	=	
Double déclenchement	1	↓	=	=	
DuoStim	2	=	= ou ↑	=	
Hormone Lutéinisante	2	= ou ↑ (post hoc)	↑		
Prétraitement par oestrogènes	1	=			
Corifollitropin Alfa	2	= ou ↑	↑	↑	

Discussion

» Points forts

- ⊗ Critère de jugement principal robuste.
- ⊗ Méta Analyse, le plus haut niveau de preuve, impliquant des essais contrôlés randomisés.
- ⊗ Tentative d'homogénéisation de la population étudiée selon les critères POSEIDON (seuils plus précis que les critères de Bologne).

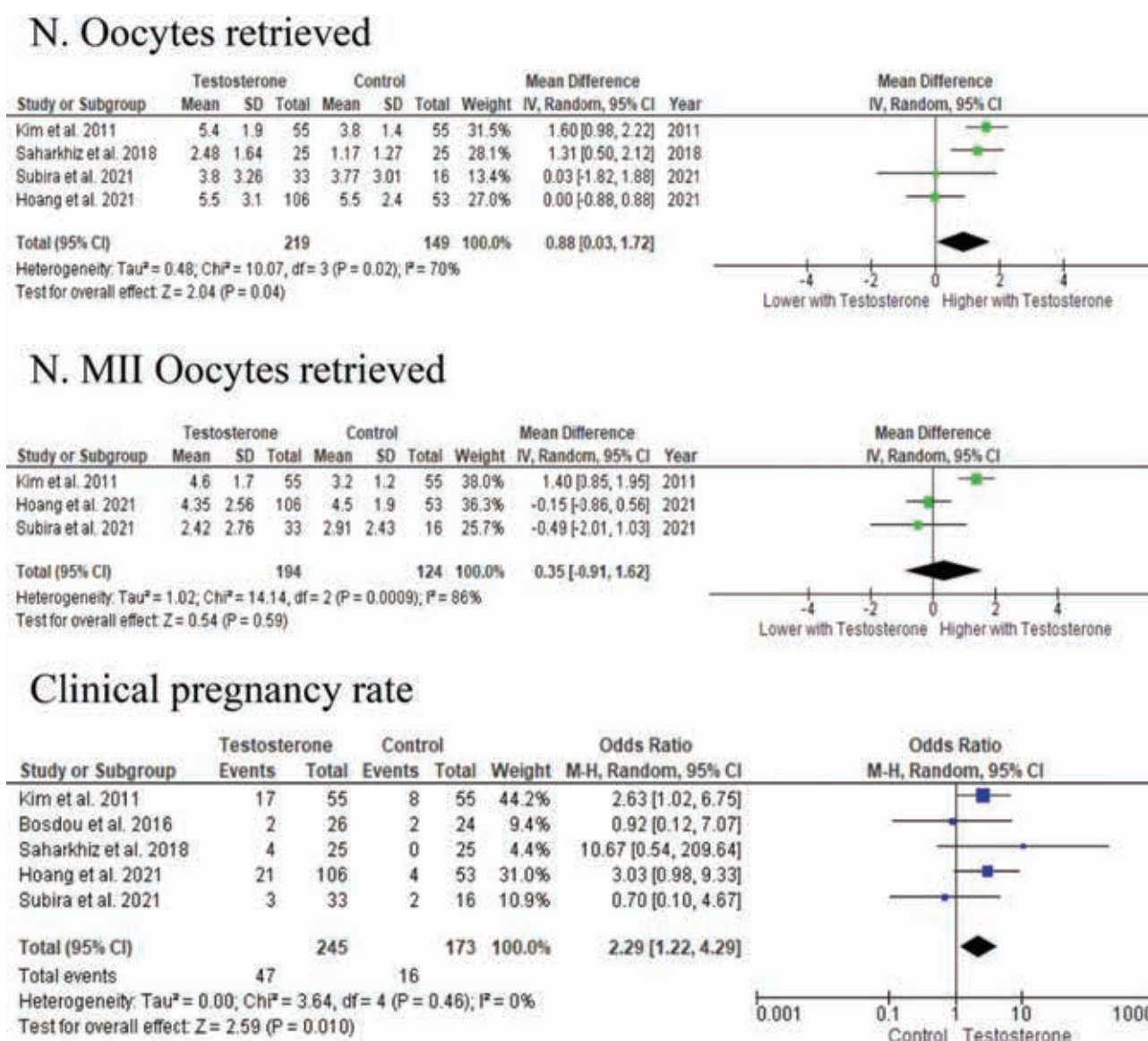
» Points faibles

- ⊗ Maximum 6 essais contrôlés randomisés poolés, ou moins.
- ⊗ Hétérogénéité relative des femmes impliquées notamment **pas de différence entre Poséidon 3 et 4 alors que le facteur âge est le plus impactant sur les aneuploïdies.**
- ⊗ Hétérogénéité des protocoles de FIV.
- ⊗ Faible niveau de preuve des études.
- ⊗ Pas de données sur les paramètres masculins, métaboliques, etc.

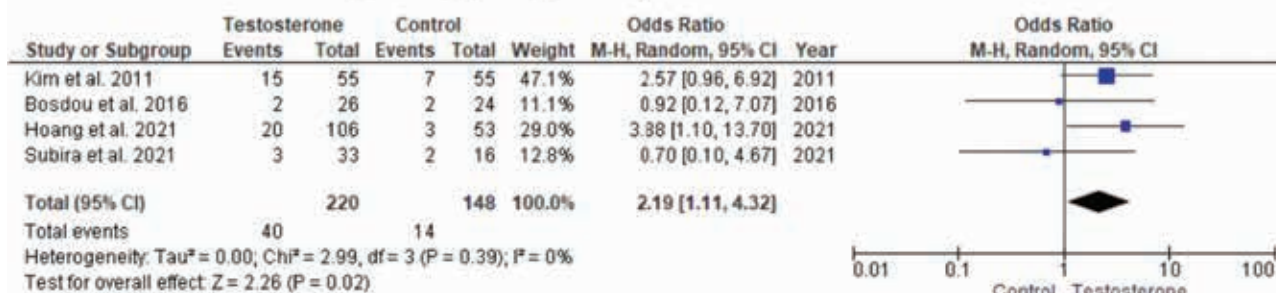
Comment améliorer le taux de naissance vivante chez les patientes avec une baisse de la réserve ovarienne ? Une supplémentation en testostérone percutanée pré-FIV semble multiplier significativement les chances par 2 (intervalle de confiance entre 1 et 4) d'après 4 études (Figure 2). Cependant cette supplémentation se fait de manière hétérogène, à dose et durée variable sur seulement 318 patientes.

On retient qu'il est possible d'optimiser le nombre d'ovocytes ponctionnés en utilisant des traitements par DHEA, testostérone, gonadotrophines à haute dose et prétraitement de 7 jours d'antagoniste de la GnRH. À l'avenir ces options pourraient avoir un impact en autoconservation ovocytaire. Aussi, même si nous avons tendance à stimuler à haute dose ces patientes, cela ne semble pas impacter le taux de naissance vivante. Cependant, en pratique plus d'ovocytes mènent à plus d'embryons. Enfin, l'âge reste un déterminant majeur et pronostic en fertilité.

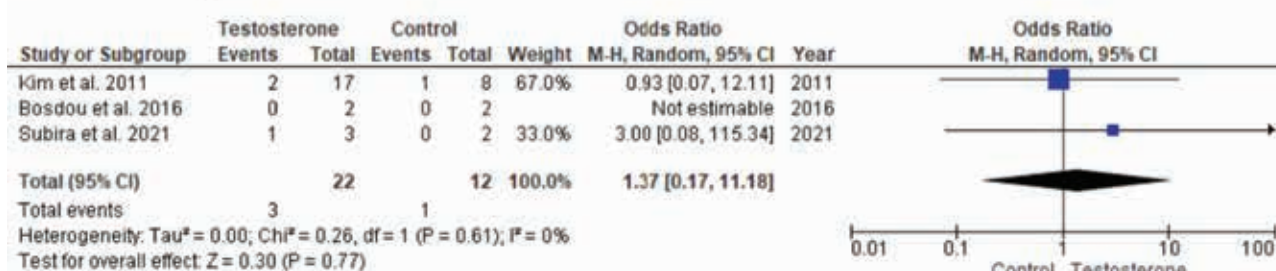
Figure 2. Impact de la testostérone par critère de jugement



Live birth rate/Ongoing pregnancy rate



Miscarriage rate



FOCUS Androgènes

L'utilisation d'androgènes (DHEA et testostérone) est pertinente s'agissant du substrat principal de l'activité aromatase et donc de la production d'œstradiol. Plusieurs mécanismes moléculaires expliquent leur intérêt et effets :

- Ils ont un effet local sur la folliculogénèse, via une augmentation de l'expression du récepteur FSH des cellules de la granulosa, améliorant le recrutement folliculaire, et la réactivité aux gonadotrophines (régulation positive).
- Ils augmentent les taux d'IGF-1, favorisant la croissance et la survie folliculaire.

Conclusion

On retient donc au sein de ce catalogue d'alternatives :

- La supplémentation en testostérone pour augmenter le taux de naissance vivante.
- L'utilisation de déhydroépiandrosterone, testostérone, pré-traitement par antagoniste de la GnRH et gonadotrophines à forte dose pour augmenter le nombre d'ovocytes collectés.

Aucune amélioration significative mise en évidence quant au létrozole, citrate de clomifène, hormone de croissance, double déclenchement, corifollitropine alfa, stimulation de la phase lutéale, DuoStim, LH ou prétraitement à l'œstradiol.

Davantage d'études publiées et des investigations complémentaires sont nécessaires.

Take Home Messages

L'ensemble des résultats indique que peu d'interventions ont un impact significatif sur les taux de grossesse ou les taux de naissance vivante chez les patientes présentant une baisse de la réserve ovarienne. Cet article évoque une intervention intéressante concernant la supplémentation en testostérone et en déhydroépiandrosterone avec une augmentation du nombre d'ovocytes recueillis. Les auteurs concluent que la testostérone peut être bénéfique pour augmenter la réponse ovarienne et le taux de naissance vivante. Cependant, il faut rester prudent, les bénéfices d'une supplémentation en testostérone (et ses effets secondaires) sur le taux de naissance vivante restent modestes voire controversés tant que plus d'études bien menées n'auront pas été réalisées.

Endocrinologie

LA MODULATION DES CIRCUITS THERMORÉGULATEURS PAR LA PROLACTINE PERMET UNE ADAPTATION FACE AUX DÉFIS THERMIQUES DE LA GROSSESSE

Prolactin modulation of thermoregulatory circuits provides resilience to thermal challenge of pregnancy

Sharon R. Ladyman and al, *Cell Reports* April 2025

Mots-clés

Thermal homeostasis, prolactin receptors, glutamate neurons



Marie TOROSSIAN

Interne en 8^{ème} semestre
Gynécologie médicale
Grenoble

La régulation de la température corporelle est une fonction essentielle du système nerveux central pour assurer un métabolisme cellulaire optimal. Chez les mammifères, cette régulation est principalement assurée par la zone pré-optique (POA) de l'hypothalamus, qui reçoit des informations sur la température périphérique et corporelle. Les neurones thermosensibles de la POA transmettent ensuite ces signaux à d'autres régions du cerveau pour déclencher des réponses physiologiques et comportementales adaptées. Il existe plusieurs sous-populations de neurones sensibles à la chaleur (WRNs, Warm-Responding Neurons), exprimant des récepteurs hormonaux (notamment leptine et œstrogène Esr1).



Dr Laure VILLARET

Praticienne Hospitalière
en Endocrinologie
CHU Grenoble

Pendant la grossesse, la thermorégulation est d'autant plus importante puisqu'une température corporelle élevée est tératogène. On observe d'abord une élévation de la température corporelle en début de grossesse liée à la progestérone, suivie d'une augmentation de la chaleur corporelle induite par l'augmentation du métabolisme maternel et fœtal et l'augmentation des ingesta par la mère. Pourtant, la température corporelle baisse en fin de grossesse. Ceci met en évidence un mécanisme protecteur visant à favoriser la dissipation de la chaleur pour protéger le fœtus.

Un rôle important dans ces ajustements thermorégulateurs est attribué à la prolactine, sécrétée par l'hypophyse pendant la grossesse et la lactation. Des études chez les bovins et les rongeurs ont montré qu'un défi-

cit en prolactine provoque une intolérance à la chaleur (1), à l'inverse une hypersensibilité au récepteur de la prolactine (Prlr) améliore la tolérance thermique (2) et une hyperprolactinémie chronique abaisse la température corporelle. Le séquençage récent de l'ARN de la POA met en évidence plusieurs populations de neurones thermosensibles exprimant le gène Prlr (3). On peut alors formuler l'hypothèse du rôle de la prolactine sur l'aire pré-optique pour faciliter l'adaptation thermique pendant la grossesse.

L'objectif de l'étude est donc d'identifier les neurones thermosensibles exprimant le récepteur Prlr puis de tester l'effet de l'activation et de l'inactivation des Prlr sur la température corporelle et d'analyser l'impact sur la survie des portées soumises à un stress thermique.

Méthodes et Résultats

Résultat 1 – Les récepteurs à la prolactine (Prlr) font partie du circuit neuronal thermorégulateur

Il s'agit d'identifier si les Prlr sont activés par la chaleur.

Les chercheurs ont utilisé des souris transgéniques Prlr-iCre/tdTomato qui expriment une protéine fluorescente rouge (tdTomato) spécifiquement dans les récepteurs Prlr. Les souris mâles et femelles non gravides ont été exposées à une température ambiante élevée (38 °C) pendant 180 minutes, puis comparées à des témoins maintenus à 22 °C. L'analyse neuronale en immunohistochimie permet ensuite d'étudier la localisation des récepteurs Prlr en parallèle de la localisation de la protéine c-Fos qui est un marqueur d'activation neuronale.

L'exposition à 38 °C a significativement augmenté le nombre de neurones exprimant c-Fos dans le préoptique rostral (rPOA) et le préoptique médian (MnPOA) chez les mâles et surtout chez les femelles ($p < 0,0001$). Une forte colocalisation est observée entre les neurones fluorescents (tdTomato, donc *Prlr*+) et les neurones activés (c-Fos+), indiquant que les neurones sensibles à la prolactine participent à la réponse thermique (Figure 1). Dans d'autres régions hypothalamiques (préoptique latérale, hypothalamus médiobasal), aucune superposition entre c-Fos et *Prlr* n'a été observée. Ces résultats démontrent l'existence de sous-populations distinctes de neurones sensibles à la chaleur exprimant le récepteur à la prolactine dans le rPOA et le MnPOA.

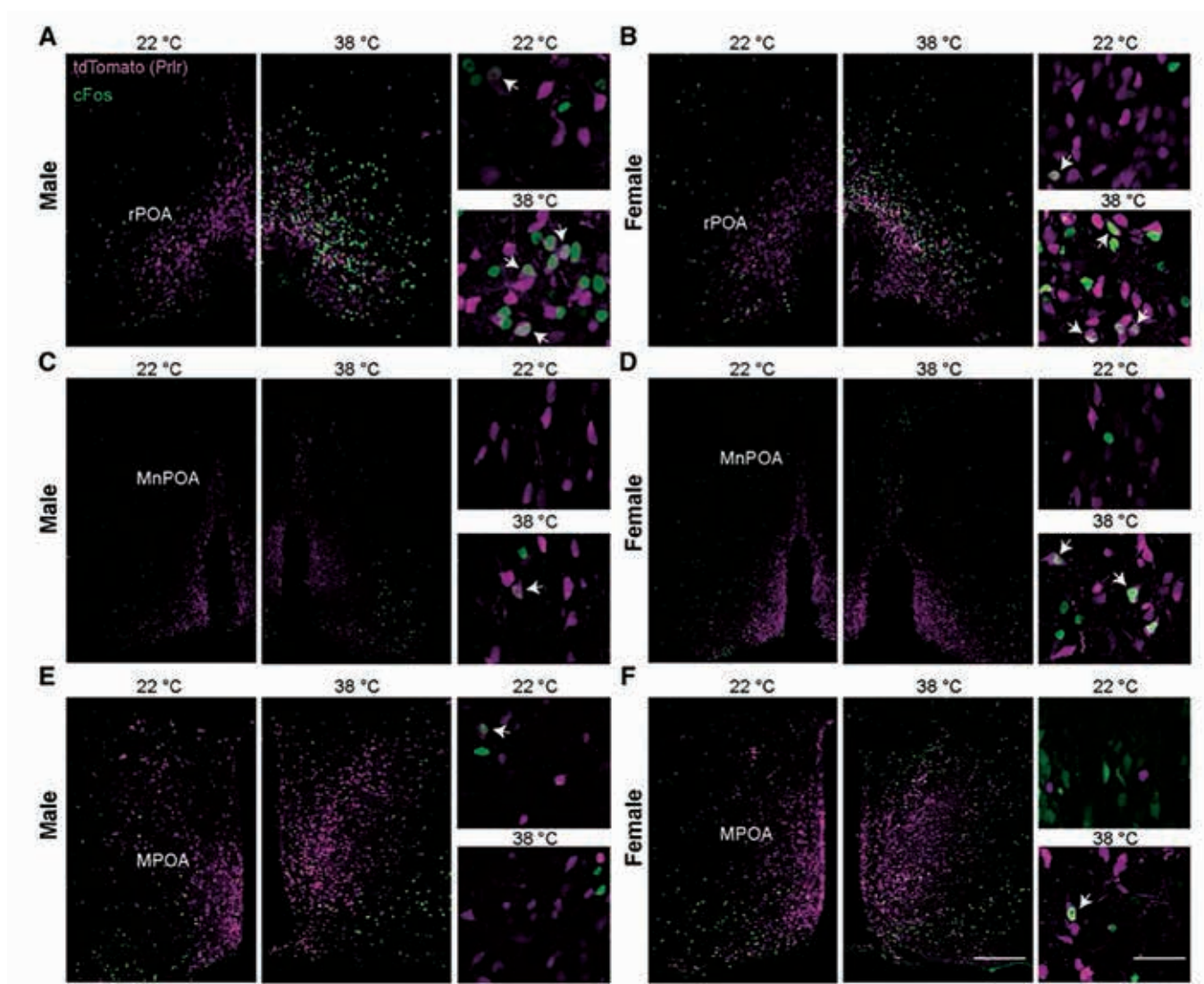


Figure 1.

Résultat 2 – L'activation des neurones sensibles à la Prl induit une hypothermie marquée

Il s'agit de tester si l'activation des Prlr dans la POA modifie la température corporelle.

Un récepteur activateur (DREADD) a été introduit dans les souris transgéniques au niveau des neurones de la POA présentant des récepteurs de la Prlr, à l'aide d'un vecteur viral. L'injection de CNO (Clozapine N-oxide) permet

ensuite d'activer uniquement les DREADD. Les courbes de température mettent en évidence une baisse rapide et soutenue de la température corporelle, une réduction de la dépense énergétique et de la prise alimentaire. On ne retrouve pas de perturbation du cycle reproducteur, ni de l'activité locomotrice immédiate. Les neurones Prlr de la POA régulent la température et le métabolisme.

Résultat 3 – Absence d'effet de l'exposition aiguë à la Prolactine sur l'activation neuronale

L'objectif est d'étudier l'effet de l'exposition aiguë à la prolactine sur l'activité des neurones exprimant Prlr.

Pour cela, des souris transgéniques GCaMP6/Prlr-iCre ont été générées avec un indicateur calcique qui émet une fluorescence en fonction des variations du calcium intracellulaire, reflet de l'activité neuronale dans les cellules exprimant Prlr. Des tranches de cerveau ex vivo (environ 200 µm d'épaisseur) contenant le rPOA et le MnPOA ont été obtenues à partir de souris mâles et de femelles non gravides, présentant donc des niveaux circulants de prolactine faibles. Celles-ci ont ensuite été exposées à une solution contenant de la prolactine avec réalisation d'un enregistrement en continu de l'activité neuronale par microscopie à fluorescence, permettant d'étudier les variations de concentration intracellulaire en calcium.

Les réponses neuronales à la prolactine ont été hétérogènes, avec une augmentation ou une diminution de fluorescence de certaines cellules du rPOA et du MnPOA. La majorité des récepteurs à la Prlr n'ont pas de réponse calcique aiguë à la prolactine.

Ces résultats indiquent que la prolactine n'active pas ces neurones de manière aiguë, elle semble donc agir via une voie de signalisation lente et transcriptionnelle avec l'activation du facteur STAT5 et non par une activation membranaire directe.

Résultat 4 – L'action de la prolactine dans la POA est nécessaire aux changements adaptatifs de la thermorégulation pendant la grossesse

L'objectif est d'évaluer l'impact de la perte du récepteur à la Prlr dans les neurones de la POA exposés à une température élevée.

Une suppression ciblée du Prlr est obtenue après l'injection d'un virus AAV-Cre dans la POA des souris. Un suivi thermique est réalisé ensuite par télémetrie chez les souris femelles tout au long du cycle reproductif (avant et pendant la gestation). Chez les souris témoins, on retrouve une élévation de la température corporelle dès le début de la grossesse, suivie d'une hausse supplémentaire en milieu de gestation, enfin

une diminution est observée en fin de grossesse. Cela met en avant un profil thermique dynamique et spécifique à la reproduction. Lors de la suppression du Prlr, on ne retrouve pas de différence avant la gestation (souris vierges) mais une hyperthermie significative chez les souris gestantes sans Prlr. Il n'a pas été possible de mesurer la température après la mise-bas, puisque les femelles abandonnent leur portée.

L'action de la prolactine sur les Prlr est indispensable à la baisse physiologique de la température observée en fin de gestation malgré l'augmentation du métabolisme gestationnel.

Résultat 5 – La modulation des circuits de thermorégulation par la prolactine assure une résilience face au défi thermique de la grossesse

La majorité des neurones thermosensibles du POA sont glutamatergiques, c'est-à-dire libérant du glutamate. L'objectif est d'évaluer le rôle du récepteur Prlr dans les neurones glutamatergiques à température élevée.

Un nouveau modèle transgénique est réalisé avec la suppression sélective du Prlr dans les neurones glutamatergiques (*Prlr^{lox/lox}/Vglut2^{Cre}*). Deux cohortes ont ensuite été étudiées : l'une hébergée à température standard (22 °C) et l'autre exposée à une contrainte thermique de 30°C. Un suivi thermique est réalisé pendant la grossesse, associé à l'étude de la prise alimentaire, du gain de poids gestationnel et de la taille et survie des portées jusqu'à la lactation.

Concernant les résultats

À 22 °C, aucune différence significative n'a été observée entre les souris mutantes et témoins, que ce soit avant ou pendant la gestation.

À 30 °C, en revanche, les souris dépourvues de Prlr dans les neurones glutamatergiques ont montré une hyperthermie significative en fin de gestation (jour 16) comparées aux témoins ($p = 0,033$). Par ailleurs, les souris mutantes ont un moindre gain de poids gestationnel et sont marquées par une forte mortalité néonatale : taux de survie de 2 sur 11 portées et seulement 1 portée sur 11 atteint le sevrage (jour 20). La majorité des portées ont été abandonnées ou perdues dès le 3^{ème} jour de lactation.

Les récepteurs de la prolactine présents sur les neurones glutamatergiques du POA sont indispensables pour l'adaptation thermique pendant la grossesse, particulièrement lorsque la température ambiante est élevée. En leur absence, les femelles ne peuvent pas dissiper efficacement la chaleur produite par le métabolisme gestationnel et cela affecte le déroulement de la gestation et la survie de la progéniture.

Discussion

Cette étude met en évidence le rôle central de la prolactine dans la régulation de la température corporelle pendant la grossesse. L'hormone, en agissant sur des neurones spécifiques de la région pré-optique antérieure de l'hypothalamus, permet à la femelle enceinte de maintenir un équilibre thermique optimal protecteur de l'hyperthermie délétère pour la grossesse et la survie néonatale.

Dans les limites de ce travail, nous noterons que le type précis de neurones sensibles à la Prolactine n'est pas encore identifié et que des approches génétiques plus ciblées sont nécessaires pour valider les sous-population neuronales spécifiques. Les effets observés pendant la lactation restent également à explorer.

Conclusion

Ainsi, la prolactine apparaît comme un régulateur central de la thermorégulation, essentielle à la survie fœtale et des portées. Son action, via les neurones glutamatergiques de la POA facilite la dissipation thermique face au métabolisme gestationnel croissant. Les neurones activés par la prolactine répondent à une voie de signalisation lente. Dans le contexte du réchauffement climatique, ces adaptations pourraient s'avérer cruciales pour la réussite reproductive des mammifères.

Références

1. Littlejohn M.D., Henty, K.M., Tiplady, K., Johnson, T., Harland, C., Lopdell, T., Sherlock, R.G., Li, W., Lukefahr, S.D., Shanks, B.C., et al. (2014). Functionally reciprocal mutations of the prolactin signalling pathway define hairy and slick cattle. *Nat. Commun.* 5, 5861. <https://doi.org/10.1038/ncomms6861>.
2. Dikmen, S., Khan, F.A., Huson, H.J., Sonstegard, T.S., Moss, J.I., Dahl, G.E., and Hansen, P.J. (2014). The SLICK hair locus derived from Senepol cattle confers thermotolerance to intensively managed lactating Holstein cows. *J. Dairy Sci.* 97, 5508–5520. <https://doi.org/10.3168/jds.2014-8087>.
3. Moffitt, J.R., Bambah-Mukku, D., Eichhorn, S.W., Vaughn, E., Shekhar, K., Perez, J.D., Rubinstein, N.D., Hao, J., Regev, A., Dulac, C., and Zhuang, X. (2018). Molecular, spatial, and functional single-cell profiling of the hypothalamic preoptic region. *Science* 362, eaau5324. <https://doi.org/10.1126/science.aau5324>.

Take Home Messages

Rôle de la prolactine comme régulateur central de la thermorégulation pendant la grossesse, essentielle à la survie fœtale, au niveau de l'aire pré-optique.

Dans le contexte de changement climatique, il est nécessaire de mieux comprendre le rôle de la prolactine pour prédire l'adaptation thermique des mammifères.



Gynécologie de ville

EXPLORATION DE L'IMAGE CORPORELLE POSITIVE OU NÉGATIVE ET DE LA QUALITÉ DE VIE DES FEMMES ATTEINTES D'ENDOMÉTRIOSE : UNE ANALYSE DE PROFIL LATENT

Exploring positive and negative body image and health-related quality of life in women with endometriosis : a latent profile analysis

Sara IANNATTONI, Human Reproduction, Juin 2025



Diane DUPUIS

Interne en 2^{ème} semestre
Gynécologie médicale
Paris



Dr Justine HUGON-RODIN

Hôpital Paris Saint-Joseph

Également relu par le

Dr Leslie CHELON

Gynécologue médicale à l'hôpital
Paris Saint-Joseph

M^{me} Frédérique PERROTTE

Sage-femme de la filière Endométriose
EndoSud IDF

L'endométriose est une maladie chronique caractérisée par la présence de tissu endométrial ectopique. Elle concerne environ 10 % des femmes en âge de procréer. Les symptômes sont nombreux et peuvent altérer la qualité de vie des femmes tant sur le plan physique que psychologique. Les traitements communément utilisés dans l'endométriose peuvent occasionner des effets indésirables. Tous ces aspects de la maladie et de sa prise en charge peuvent influencer la manière dont la femme atteinte d'endométriose perçoit son corps. Ainsi, de nombreuses patientes décrivent leur corps comme étant « défectueux » ou « endommagé ». Une perception négative du corps dans l'endométriose a été identifiée dans certaines études comme significativement corrélée à une qualité de vie diminuée, ainsi qu'à des douleurs accrues. À l'inverse, une perception positive du corps a été associée à une diminution des douleurs d'endométriose, montrant ainsi un potentiel rôle protecteur de cette perception positive sur la qualité de vie. La plupart des études sur le sujet ont été discriminantes en se focalisant soit sur une perception négative du corps, soit sur une perception positive. Lorsqu'elles se concentrent sur une perception positive, elles incluent rarement des outils permettant de mesurer cette perception et sa relation avec la qualité de vie. L'étude présentée ici s'est intéressée à la perception du corps dans sa globalité chez les femmes atteintes d'endométriose. Son objectif était d'identifier des types de perceptions corporelles pertinentes à la fois positives et négatives, et de montrer l'impact qu'elles peuvent avoir sur la qualité de vie et les symptômes d'endométriose.

Matériel et méthodes

270 femmes italiennes déclarant avoir reçu un diagnostic d'endométriose ont été incluses dans l'étude. Elles ont été recrutées via les réseaux sociaux (Facebook ou Instagram) d'organisation spécialisées dans l'endométriose entre mars et septembre 2023. Ont été incluses dans l'étude des femmes de plus de 18 ans ayant eu soit un diagnostic clinique d'endométriose (étayé par des examens d'imagerie) soit un diagnostic chirurgical. Ont été exclues les patientes qui présentaient une pathologie chronique autre. Les patientes ont rempli un questionnaire socio-démographique, médical (antécédents médicaux, nombre et type de traitements, présence ou non de symptômes de l'endométriose : dysménorrhée, dyspareunie, dyschésie, douleurs pelviennes) ainsi qu'une auto-évaluation de leur image corporelle, et de leur qualité de vie liée à la santé.

Concernant l'image corporelle positive, 2 échelles ont été utilisées : The Functionality Appreciation Scale (FAS) et the Body Appreciation Scale (BAS-2), mesurant l'acceptation de son

corps par la patiente, le respect et les soins qu'elle lui accorde, et sa capacité à se protéger contre les normes de beauté.

Concernant l'image corporelle négative, une échelle (BIS) a été utilisée afin d'évaluer la détresse liée à ce type d'image corporelle. Développée initialement pour des populations oncologiques, elle a ensuite été largement mise en œuvre dans les maladies chroniques.

L'évaluation de la qualité de vie liée à l'endométriose aussi appelée "satisfaction corporelle", a été mesurée par l'échelle EHP-30. Cette échelle contenait des items sur la douleur, la notion d'autonomie, le bien-être émotionnel, le soutien social, l'image de soi, la vie professionnelle, les relations avec les enfants, les professions médicales, le traitement, l'infertilité.

L'article présente une analyse de profils latents (LPA), les auteurs utilisent une méthode statistique permettant d'identifier des sous-groupes homogènes au sein d'une population hétérogène.

Résultats de l'étude

Les différentes échelles utilisées ont permis de mettre 3 profils en évidence :

- ⊗ Profil 1 : « faible appréciation de son image corporelle et une forte insatisfaction corporelle », profil contenant la plus grande proportion de participantes (47.8 %).
- ⊗ Profil 2 : « forte appréciation de son image corporelle et une faible insatisfaction corporelle » (17 %), profil contenant la plus faible proportion de participantes.
- ⊗ Profil 3 : « appréciation modérée de son image corporelle et insatisfaction modérée à l'égard du corps » (35.2 %).

L'étude ne montre pas d'association statistiquement significative entre l'appartenance à un profil et le type de diagnostic spécifique de l'endométriose, le traitement de l'endométriose, la présence de symptômes non douloureux.

Les patientes ayant le profil 1 « faible appréciation de son image corporelle et forte insatisfaction corporelle » étaient les plus susceptibles de ressentir des symptômes douloureux et/ou non spécifiques (tels que la prise de poids, la baisse de libido, les ballonnements, les céphalées) que celles ayant les autres profils.

Discussion

Cette étude est la première à documenter la coexistence d'une image corporelle positive et négative au sein d'un échantillon de femmes atteintes d'endométriose.

Il est plausible qu'une image corporelle négative puisse être un facteur de risque d'une qualité de vie altérée avec une perception accrue des symptômes d'endométriose. Une image corporelle positive pourrait agir comme un facteur protecteur.

Il semble à l'inverse que l'impact de la douleur physique sur la qualité de vie pourrait jouer un rôle significatif dans la formation d'une image corporelle négative. Les futures recherches devraient explorer les interactions entre image corporelle,

Concernant la qualité de vie, l'étude montre que les patientes ayant le profil 1 « faible appréciation de son image corporelle et forte insatisfaction corporelle » avait une qualité de vie plus altérée selon l'EHP-30 et un nombre moyen plus élevé de symptômes liés à l'endométriose par rapport à celles des deux autres profils. À l'inverse, les patientes ayant le profil 2 « forte appréciation de son image corporelle et faible insatisfaction corporelle » avaient une qualité de vie moins altérée selon l'EHP-30, et un nombre moyen plus bas de symptômes liés à l'endométriose comparé aux autres profils.

Il n'existait pas de différence statistiquement significative sur l'échelle EHP 30 entre les femmes ayant le profil 2 « forte appréciation de son image corporelle et faible insatisfaction corporelle » et le profil 3 « appréciation modérée de son image corporelle et insatisfaction modérée à l'égard du corps ». Il n'existe pas non plus de différence statistiquement significative entre les profils en ce qui concerne le nombre de mois écoulés depuis le diagnostic.

qualité de vie liée à la santé et bien-être physique chez les femmes atteintes d'endométriose afin de clarifier la manière dont ces facteurs interagissent.

Il est possible que même des niveaux modérés d'image corporelle puissent offrir une protection contre les effets négatifs des douleurs d'endométriose sur la qualité de vie.

Il semble que les profils d'image corporelle identifiés soit plutôt liés à des facteurs psychologiques, sociaux ou contextuels plus larges. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour déterminer ces facteurs.

Concernant les futures études, réaliser une étude longitudinale permettrait de mieux comprendre le développement et la progression de l'image corporelle ainsi que ses conséquences. Constituer un groupe témoin ne souffrant pas d'endométriose permettrait de savoir si les profils identifiés sont spécifiques aux femmes atteintes d'endométriose ou s'ils reflètent des tendances plus générales. Inclure des femmes issues de milieux sociaux, culturels divers permettrait une généralisation des profils identifiés dans différents pays et

cultures. Inclure des personnes recrutées dans un éventail de contextes plus large améliorerait la représentativité de l'échantillon. En effet, la méthode de recrutement utilisée dans l'étude a pu conduire à un échantillon biaisé en faveur des personnes les plus gravement touchées ou préoccupées par leur état. Enfin, il serait souhaitable d'avoir des données provenant de plusieurs sources (entretiens semi-structurés, groupe de discussion) : le recours exclusif aux questionnaires d'auto-évaluation est sujet à un biais de mémorisation.

Conclusion

L'étude révèle trois profils d'image corporelle chez les femmes atteintes d'endométriose, montrant que cette dimension est bien plus complexe qu'une simple opposition entre image positive et négative. Comprendre ces différents aspects est essentiel pour saisir son impact sur la qualité de vie.

La mise en évidence d'un lien entre les profils d'image corporelle et la qualité de vie chez les femmes atteintes d'endométriose pourrait aider à mettre au point des interventions psychologiques adaptées en fonction du profil identifié. Des approches thérapeutiques qui encouragent une image corporelle plus positive et une meilleure valorisation du corps pourraient aider à atténuer les symptômes de l'endométriose et à renforcer la qualité de vie.

Take Home Messages

- **L'image corporelle chez les femmes atteintes d'endométriose est complexe**, elle ne peut être réduite à une simple distinction entre perception positive ou négative du corps.
- **Trois profils d'image corporelle distincts** ont été identifiés dans cette étude, différant significativement en termes de qualité de vie et d'intensité des symptômes.
- **Les femmes présentant une faible appréciation de leur image et une forte insatisfaction corporelle** sont plus susceptibles de souffrir de douleurs plus intenses, de symptômes non spécifiques et d'une qualité de vie plus altérée que les autres profils.
- **Intégrer l'évaluation de l'image corporelle dans la prise en charge clinique et psychologique** pourrait permettre d'adapter les interventions et d'améliorer la qualité de vie des patientes atteintes d'endométriose.



INCIDENCE DES THROMBOSES VEINEUSES CHEZ LES FEMMES CHANGEANT DE CONTRACEPTIFS ORAUX COMBINÉS : ÉTUDE DE COHORTE

Incidence rate of venous thrombosis in women switching combined oral contraceptives : a cohort study

Deeksha Khialani, *Research and Practice in Thrombosis and Haemostasis*, March 2024

Mots-clés

cohort studies, combined oral contraceptives, incidence rate, venous thrombosis, women



Marie VANDENBORGH

Interne en 2^{ème} semestre
Gynécologie médicale
Paris



Tiphaine MEYKIECHEL

Assistante partagée,
Hôpital Saint Antoine et
Centre Hospitalier du
Sud Francilien

Les contraceptifs oraux combinés (COC) sont associés à un **risque accru de thrombose veineuse (TV) par rapport à la non-utilisation, notamment au cours des trois premiers mois suivant le début du traitement.** Cet « effet de démarrage » est dû à la redistribution des facteurs de coagulation peu après le début du traitement, se normalisant ensuite rapidement. Le changement de formulation de COC pourrait être associé à un risque accru de TV en se rapprochant biologiquement d'une initiation de traitement avec une nouvelle redistribution des facteurs de coagulation, d'autant plus en cas d'arrêt entre le changement de COC.

L'objectif de cette étude était de déterminer si les femmes changeant de formulation de COC ont un risque accru de TV par rapport aux femmes initiant un COC.

Matériel et méthodes

Il s'agit d'une étude de cohorte à partir de données collectées au Pays-Bas (données de la Fondation néerlandaise pour les statistiques pharmaceutiques) et au Danemark (données liées individuellement à partir de plusieurs registres basés sur la population).

Les données ont été recueillies sur des femmes de 10-49 ans et ayant reçu une prescription de COC entre 01 janvier 2000 et 31 décembre 2016, en excluant les femmes ayant déjà subi un évènement thromboembolique veineux précédemment ou au début de l'étude.

Dans cette étude, deux groupes ont été séparés :

- Les débutantes de COC (starters) définies comme des femmes ayant obtenu une ordonnance de COC et n'avaient pas eu prescription de COC dans les deux années précédentes.
- Les femmes ayant changé de COC (switchers) définies comme les patientes ayant commencé à prendre des COC puis obtenu une ordonnance pour une formulation contraceptive différente dans les 12 mois suivants.

Aux Pays-Bas, une TV était définie selon les registres de prescription d'anticoagulant. Au Danemark, une TV était définie à partir des diagnostics enregistrés dans le DNPR (Registre National Danois des Patients).

Résultats

Aux Pays-Bas 5 053 024 femmes ont commencé un COC (majoritairement de 2^{ème} génération soit 74,59 % entre 21-30 ans) parmi lesquelles 3,04 % ont changé dans les 12 mois. Au Danemark 855 617 femmes ont commencé un COC (majoritairement de 3^{ème} génération soit 48,3 % entre 10-20 ans) parmi lesquelles 9,69 % ont changé dans les 12 mois. La majorité des changements se sont produits dans les 3-6 mois suivant le début de l'utilisation des COC dans les deux pays et intéressait les femmes de 10-20 ans.

Le taux d'incidence pour 10 000 PA de thromboses veineuses chez les débutantes de COC était de 5,96 (vs 6,29 chez les switchers) aux Pays-Bas et de 11,54 (vs 11,39 chez les switchers) au Danemark. Ces résultats peuvent s'expliquer par une proportion plus importante de prescription de COC de 3^{ème} génération au Danemark.

Le ratio du taux d'incidence pour 10 000 PA ajusté sur l'âge et le type de COC utilisé entre *starter* vs *switcher* était de **1,27 (IC95% : 1,00-1,62)** aux Pays-Bas et **1,11 (IC95% 0,85-1,44)** au Danemark.

Dans les deux pays, le taux d'incidence de thromboses veineuses était plus élevé chez les *switchers* que chez les *starters* au cours des 3 premiers mois de suivi avec un ratio de **1,77 (IC95% 1,22-2,56)** aux Pays-Bas et de **1,50 (IC95% 1,04-2,16)** au Danemark. Concernant l'analyse de sensibilité réalisée chez les femmes ≤ 30 ans au Danemark pour s'affranchir de la possibilité d'avoir inclus des « faux starters », les *switchers* présentaient un risque plus élevé que les *starters* (aIRR 1,24 IC95% 0,72-2,14) mais avec un intervalle de confiance plus large.

Discussion

Les femmes ayant changé de COC présentaient un risque accru de développer une TV dans les 12 mois par rapport aux femmes ayant commencé à utiliser un COC dans les 2 pays notamment dans les 3 premiers mois. Ces résultats sont cohérents avec les données de la littérature sur la majoration du risque de TV dans les premiers mois de prise d'un COC. Une hypothèse des auteurs concernerait la redistribution des facteurs de coagulation après un switch comme après une initiation de COC.

Cette étude de cohorte basée sur la population de deux pays et basée sur des registres a permis de recruter des données régulièrement sur une période de 17 ans. Cependant, les bases de données n'ont débuté qu'en 2000,

entraînant la possibilité de « faux starters » : les femmes qui avaient déjà utilisé des COC avant 2000 et donc sous-estimer l'incidence des TV. Aux Pays-Bas, les changements de pharmacies peuvent induire une classification erronée des utilisatrices continues. De plus les données ne proviennent que des pharmacies communautaires, et non hospitalières, excluant les femmes ayant reçu un traitement par héparine à l'hôpital. Une autre limite est la définition du critère de jugement principal, différente dans les deux pays empêchant une analyse combinée des résultats. Il n'a pas été possible d'étudier l'incidence des TV chez les femmes ayant arrêté la COC pendant une courte période et repris (absence de données).

Conclusion

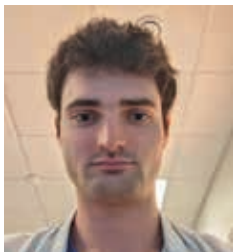
Cette étude montre que les femmes qui changent de formulation de COC, en particulier au cours des trois mois suivant le changement, ont un risque augmenté de thrombose veineuse dû à un nouvel effet de démarrage.

Il serait désormais intéressant d'examiner les risques relatifs de thrombose veineuse en fonction des générations de COC avec des analyses ajustées sur les potentiels facteurs de confusion.

Take Home Messages

Les contraceptifs oraux combinés sont associés à un risque accru de thrombose veineuse notamment au cours des trois premiers mois suivant le début du traitement. Le changement de formulation de contraceptif oral combiné, en particulier au cours des trois premiers mois suivant le changement, augmente le risque de thrombose veineuse dû à un nouvel effet de démarrage.

À LA CROISÉE DES SPÉCIALITÉS



Marc DE BANTEL
Interne en 6^{ème} semestre
Radiologie
Paris



Dr Célia CHARLIER
Chef de clinique
Radiologie
Hôpital Armand Trousseau

ENDOMÉTRIOSE ET IMAGERIE

L'endométriose est une maladie fréquente (10 % des femmes) encore sous diagnostiquée avec un retard diagnostique moyen de 7 ans. Cette pathologie présente un retentissement majeur personnel mais également sur le couple avec une sexualité altérée, une baisse de la fertilité et un absentéisme au travail.

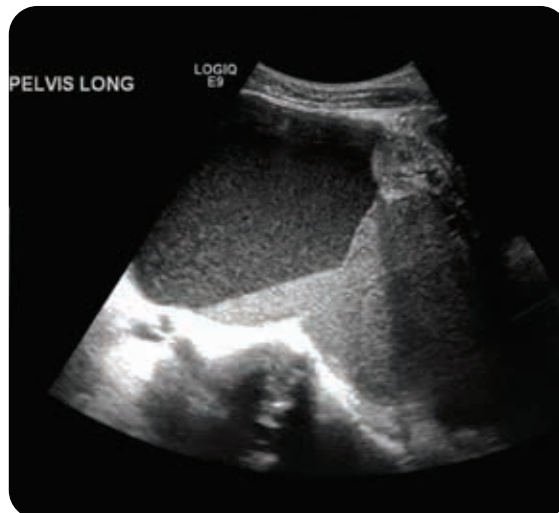
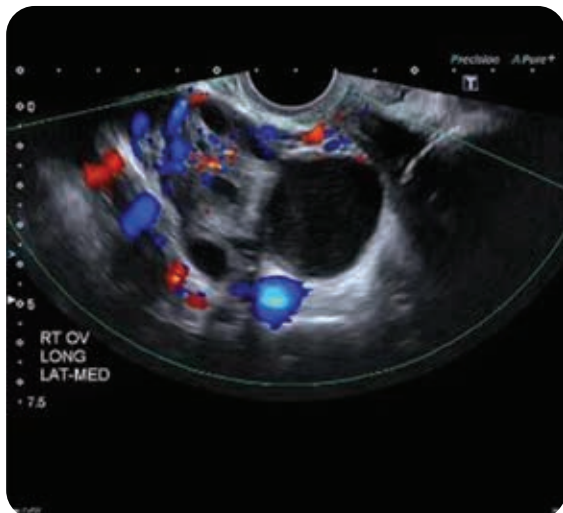
Au cours de ces dernières années, les demandes d'imagerie pelvienne à la recherche d'endométriose ont fortement augmenté. Le radiologue a une place centrale dans la prise en charge car il doit répondre aux enjeux cliniques d'une part en détectant et caractérisant les lésions d'endométrioses et d'autre part répondre aux enjeux thérapeutiques en localisant précisément les lésions pour orienter une éventuelle chirurgie.

Pour rappel, l'endométriose correspond à du tissu endométrial (glande et chorion cytogène de soutien) ectopique et il en existe 3 grands types (annexielle, profonde et superficielle) dont nous allons détailler les différents aspects à l'imagerie à travers l'échographie et l'IRM.

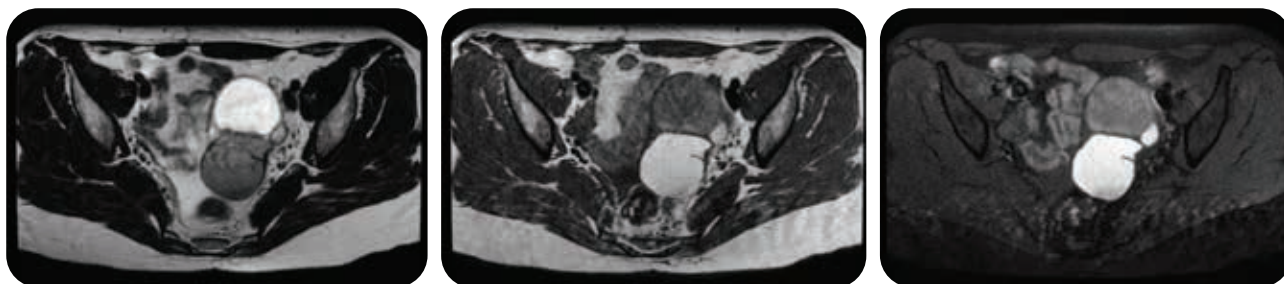
Endométriose annexielle (Ovaire > Trompe)

L'endométriose annexielle correspond le plus souvent à un implant endométriosique qui vient s'invaginer dans l'ovaire (on parlera ensuite d'endométriome si cette atteinte devient > 1cm) donnant un aspect de kyste qui saigne de façon répétée au cours des cycles.

L'aspect d'endométriome a une présentation typique en échographie. On retrouve une formation kystique homogène hypoéchogène avec un fin picté échogène, sans paroi propre, amorphe et avasculaire siège parfois de caillot hyperéchogène curviligne déclive.



Source : Radiopedia



De gauche à droite : Axiale T2 / Axiale T1 / Axiale T1 FatSat => Comparer le signal entre un kyste liquidien en hypersignal T2 au-dessus de l'endométriome en hyposignal T2 et hypersignal T1 en dessous. (Source : Radiopedia)

Devant un aspect typique d'endométriome à l'échographie, l'IRM a les mêmes performances diagnostiques.

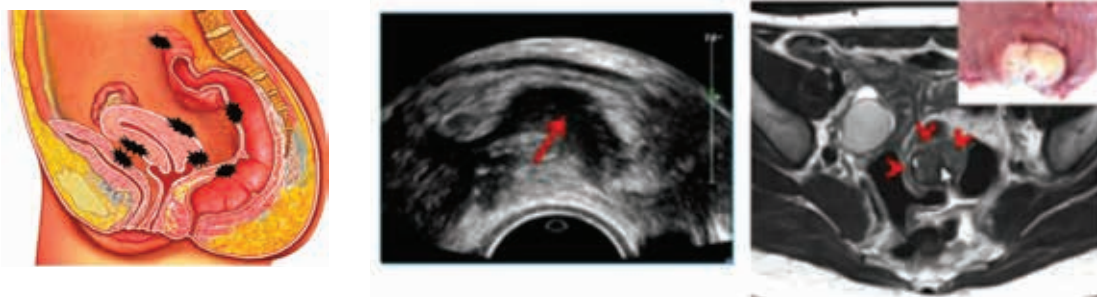
Celle-ci a un rôle en cas d'atypie, afin d'éliminer certains diagnostics différentiels (kyste fonctionnel hémorragique, kyste dermoïde ou abcès) ou encore en cas de doute sur une transformation maligne (augmentation rapide en taille de l'endométriome, doute sur la présence d'une composante tissulaire).

Le signal IRM classique de l'endométriome est hypersignal T1 franc (> graisse), hypersignal T1 persistant sur les séquences après saturation de graisse et en hyposignal T2 (dans 95 % des cas, signal T2 assez caractéristique appelé « shadding »).

L'atteinte tubaire est moins fréquente mais souvent associée à l'atteinte ovarienne. Elle est à l'origine d'hématosalpinx responsable d'une dilatation tubaire de contenu hémorragique en hyperT1, de même sémiologie radiologique que l'endométriome.

Endométriose profonde

L'endométriose profonde survient lorsque l'implant d'endomètre traverse le péritoine et infiltre les structures adjacentes péritonéales ou sous-péritonéales. Il s'agit d'une lésion associant une composante glandulaire, du stroma endométrial et une hyperplasie fibro-musculaire réactionnelle.



Pour analyser les performances diagnostiques de l'échographie et de l'IRM dans l'endométriose profonde, il convient de distinguer deux localisations principales : centrale et latérale, et de définir 9 quadrants (cf. tableau ci-dessous) :

ANTÉROLATÉRAL droit ☉ Ligament rond distal	ANTEROCENTRAL ☉ Ligament rond proximal ☉ Vessie	ANTÉROLATÉRAL gauche ☉ Ligament rond distal
MÉDIOLATÉRAL droit ☉ Paramètre ☉ Urètre ☉ Artère utérine ☉ Fascia viscéral et paroi pelvienne	MÉDIOCENTRAL ☉ Torus et ligament utéro-sacré proximal ☉ Défilé vaginal postérieur ☉ Septum recto-vaginal	MÉDIOLATÉRAL gauche ☉ Paramètre ☉ Urètre ☉ Artère utérine ☉ Fascia viscéral et paroi pelvienne
POSTÉROLATÉRAL droit ☉ Ligament utéro-sacré distal ☉ Septum sacro-recto-génital	POSTÉROCENTRAL ☉ Rectum et jonction recto-sigmoïde	POSTÉROLATÉRAL gauche ☉ Ligament utéro-sacré distal ☉ Septum sacro-recto-génital

EXTRA-PELVIER

- ⊗ Caecum – iléon – appendice
- ⊗ Côlon sigmoïde
- ⊗ Paroi abdominale
- ⊗ Régions inguinales
- ⊗ Urètres au niveau de l'artère iliaque commune

La localisation centrale s'explore très bien en échographie tout comme l'IRM, il est recommandé d'utiliser le couple IRM et l'échographie.

Pour la zone médio-centrale on utilise le « modèle 2/3 » du fait de nombreux faux positifs (environ 23 % selon les études). On retiendra le diagnostic d'endométriose profonde si parmi la clinique, l'échographie pelvienne ou l'IRM, deux de ces trois modalités sont évocatrices.

Les localisations latérales, extra-pelviennes et atypiques (coupole diaphragmatique, cicatrice de césarienne...) doivent être explorées en IRM, examen de référence, qui présente

des performances diagnostiques nettement meilleures à l'échographie.

À noter que l'endométriose profonde se localise préférentiellement sur le torus et les ligaments utéro-sacrés puis le recto-sigmoïde et plus rarement en regard du vagin et de la vessie.

L'aspect radiologique de l'endométriose profonde est directement corrélé à sa composante glandulaire associé à l'hyperplasie fibro-musculaire réactionnelle (Classification proposée par le Dr Charlier ci-dessous).

Signes directs : composante glandulaire = images kystiques	Signes indirects : composante fibro-musculaire = fibrose / infiltration
⊗ Écho : microkystes anéchogènes et ou hyperéchogènes ⊗ IRM : spots en hypersignal T2 et/ou T1	⊗ Écho : lésion iso ou hypoéchogène ⊗ IRM : lésions en hyposignal T2 spiculées

Endométriose superficielle

L'endométriose superficielle correspond à des pétéchies endométriales d'aspect polymorphes à la surface du péritoine. Le rôle du radiologue est limité, il consiste à prévenir le chirurgien si l'imagerie (IRM) est en faveur d'un pelvis adhérentiel

ou s'il existe des anomalies associées comme de l'adénomyose interne ou des malformations. C'est la coelioscopie l'examen de référence.

Conclusion

Les enjeux diagnostiques de l'endométriose sont majeurs et le radiologue a toute sa place dans le diagnostic et la prise en charge. L'endométriose annexielle se voit dans sa forme typique à l'échographie, l'endométriose profonde se détecte le plus souvent grâce au couple IRM-échographie. L'apport du radiologue est limité dans l'endométriose superficielle.

Enfin, il est important de rappeler que le diagnostic radiologique n'est pas si simple surtout pour l'endométriose profonde et qu'il convient d'adresser les patientes dans des filières régionales dédiées travaillant avec des radiologues spécialistes de l'endométriose.

Bibliographie

1. <https://elearning.radiologie.fr/mod/url/view.php?id=4909>
2. Journées Françaises de Radiologie 2016 et 2024.
3. <https://lamediatheque.radiologie.fr/mediatheque/media.aspx?mediaId=438282&playlistId=438278&channel=3277>
4. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-06/reco492_label_endometrioze_imagerie_cadrage_coi_2024_06_12_vd.pdf
5. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-05/reco492_label_endometrioze_imagerie_recommandations_ca.pdf
6. <https://radiopaedia.org/articles/endometrioma>

IMMERSION EN CONSULTATION DE TRANSIDENTITÉ : L'EXEMPLE DU CENTRE D'ACCOMPAGNEMENT DES TRANSITIONS DU CHRU DE NANCY, AVEC LE D^R ELENA MARTIN



D^r Elena MARTIN
Gynécologue

Dans notre société en perpétuelle évolution, la question de la transidentité a une place de plus en plus importante. En tant que gynécologues, nous sommes un interlocuteur de premier plan dans l'accompagnement des patients, que cela soit pour répondre à leurs questions, les intégrer à un parcours de soins ou participer activement à leur prise en charge.

Pour nous parler des fondements d'une consultation de transidentité, nous recevons dans cette édition le Dr Elena MARTIN, Cheffe du service de gynécologie médicale du CHRU de Nancy. Cet établissement propose depuis plusieurs années un parcours transidentité complet, pluridisciplinaire et bienveillant afin d'assister au mieux les patients.

Quel a été votre parcours professionnel, de l'internat à aujourd'hui ?

J'ai réalisé mon internat de gynécologie médicale au CHRU de Nancy, puis un clinicat. Au décours, je suis devenue praticien hospitalier et Cheffe du service de gynécologie médicale au CHRU de Nancy.

Pouvez-vous prendre en charge des enfants/adolescents aussi bien que des adultes ?

Des personnes souhaitant une transition FTM (female to male) aussi bien que MTF (male to female) ?

Dans le service de Médecine De la Fertilité (MDF) au CHRU de Nancy nous prenons en charge les adultes et adolescents à partir de 16 ans, aussi bien FTM, MTF et non binaire.

Si vous rencontrez également des patients mineurs, à partir de quel âge est-il possible de débiter une prise en charge ? Quelle est la place des parents dans ce processus ?

Dans le service nous prenons en charge les patients à partir de 16 ans. Pour les plus jeunes, c'est une prise en charge dédiée et spécifique en pédiatrie. Les parents ont une place importante puisque la transition médicale implique une hor-

monothérapie et donc l'accord des deux titulaires de l'autorité parentale. Nous rencontrons donc en consultation les patients mineurs accompagnés de leur famille.

En quoi consiste l'accompagnement médical d'une transition, avant, pendant et après, du point de vue du gynécologue médical ?

Le gynécologue médical est en 1^{ère} ligne de l'accompagnement médical d'une transition. Le Pr Agopianz, gynécologue médical et Chef du service de la MDF, a d'ailleurs participé au groupe de lecture des recommandations HAS 2025.

Nous donnons les informations sur les effets attendus de l'hormonothérapie, ses risques, et modalités de surveillance. Des examens complémentaires essentiels avant la mise en place d'une hormonothérapie et dans le cadre du suivi sont effectuées selon les recommandations et l'actualisation des connaissances scientifiques.

L'hormonothérapie peut être initiée par tout médecin compétent, notamment un endocrinologue, un gynécologue ou un urologue, et un médecin généraliste après signature d'un consentement, rappelant les surrisques explicités lors des consultations, par la personne, et l'entière responsabilité de l'autorité pa-



rentale pour les personnes de 16 à 18 ans, co-signé par le médecin prescripteur.

Les examens cliniques / biologiques de suivi du traitement sont réalisés / prescrits et discutés en collaboration entre la personne concernée, le médecin somaticien référent et le médecin traitant. La fréquence et la nature des examens complémentaires sont adaptées à chaque situation.

Les traitements médicamenteux influent-ils sur la fertilité ? Peut-on réaliser une préservation de fertilité chez une personne prépubère ?

L'hormonothérapie influe sur la fertilité. Une consultation spécifique de conseil en fertilité est donc vivement conseillée par le médecin somaticien référent, mais reste non obligatoire. Sont notamment discutés lors de ces entretiens au Centre d'AMP du CHRU, les éléments structurant la réflexion autour de la parentalité et les attendus médicaux et objectifs de la cryopréservation d'ovocytes ou de spermatozoïdes avant hormonothérapie.

Pour exercer en transidentité, est-il nécessaire de réaliser la FST Médecine et biologie de la reproduction – Andrologie ?

J'en ai réalisé ni FST, ni DU en lien avec la transidentité. Le plus important à mon sens est d'avoir des liens étroits avec un service qui accompagne les personnes trans.

Quels examens un gynécologue non expert en transidentité peut-il prescrire afin de faire gagner du temps aux patients, en attente de la 1^{ère} consultation spécialisée ?

Aucun. Lors de la 1^{ère} consultation en MDF, nous discutons avec chaque personne de la réalisation d'examens complémentaires en fonction de ses risques individuels.

N'importe quel gynécologue médical peut-il réaliser le suivi gynécologique classique d'une personne transgenre ? (par exemple concernant les dépistages des cancers gynécologiques) ?

Le suivi gynécologique d'un homme trans est le même qu'une femme cis. N'importe quel gynécologue médical peut donc

réaliser le suivi gynécologique classique, à savoir le dépistage du cancer de l'utérus (si l'utérus est toujours en place), et la surveillance mammaire (si la torsoplastie est non réalisée).

En ce qui concerne les femmes trans, le surrisque de cancer mammaire est supérieur à celui d'un homme cis mais reste inférieur à celui d'une femme cis. La surveillance mammaire est donc identique à celle d'une femme cis.

Vous semble-t-il possible de faire de la transidentité sans équipe pluridisciplinaire à proximité immédiate ? (endocrinologues, pédiatres, urologues, chirurgiens gynécologiques...)

Les types d'hormonothérapie et de chirurgie, proposées à la demande des personnes concernées, sont discutés lors de la RCP Transidentités. La RCP est également un lieu de formation pratique et théorique, initiale et continue, pour les praticiens et les étudiants. Toutefois, pour les demandes de personnes concernées majeures qui ne soulèvent pas de problématiques significatives en termes de parcours, de surrisques somatiques et psycho-sociaux, selon les recommandations HAS 2025, le praticien responsable peut sursoir à la présentation en RCP ou encore débiter le traitement en amont de la présentation.

Si vous aviez un message à faire passer aux gynécologues, médecins ou internes, quel serait-il ?

L'accompagnement médical des personnes trans' est une activité enrichissante et très gratifiante au quotidien !

CULTURE

& Loisirs

Cinéma

Longs-métrages



MON GÂTEAU PRÉFÉRÉ (2024)

Maryam Moghadam, Behtash Sanaeeha

Mahin, femme iranienne de 70 ans, vit seule. Un jour, elle décide de rompre avec sa routine, vivre ses envies et réveiller sa vie amoureuse. C'est un film sur la rencontre entre deux septuagénaires qui ne veulent pas mourir seuls. Un sujet universel traité en montrant la vie telle qu'elle est en Iran, avec les illusions perdues d'une génération qui a connu la révolution islamique.



L'UNE CHANTE, L'AUTRE PAS (1977)

Agnès Varda

Sorti en 1977, deux ans après la loi Veil sur la légalisation de l'IVG en France, ce musical se présente comme une chronique des luttes pour le droit à l'avortement. Partant des années 1960 au seventies, des avortements clandestins au développement du planning familial, il met en scène l'émancipation de deux jeunes amies au cours de cette décennie décisive.

Littérature



PEAU D'HOMME (2020)

Hubert, Zanzim

Dans l'Italie de la Renaissance, Bianca est promise à Giovanni. Les mariages arrangés sont coutumes ; pourtant, Bianca aimerait connaître davantage son fiancé avant de l'épouser. Ce qui lui est

possible de faire grâce à une Peau d'homme transmise de mère en fille depuis plusieurs générations... En l'essayant, elle prend l'apparence de Lorenzo, et sous ses traits, entame une liaison avec Giovanni (qui ignore que Lorenzo et Bianca sont la même personne).

Dans un miroir entre la morale de la Renaissance et celle de notre société actuelle, « Peau d'homme » aborde les thèmes du sexisme à l'homophobie, en passant par la transidentité, la liberté des mœurs, la liberté au sens large, la tolérance et la différence entre les femmes et les hommes.



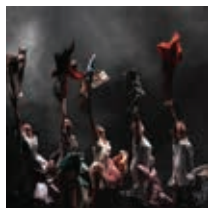
NOS PÈRES, NOS FRÈRES, NOS AMIS. DANS LA TÊTE DES HOMMES VIOLENTS (2023)

Mathieu Palain

Agresseurs, victimes, experts... Dans ce livre enquête, les témoignages sont croisés sans censure pour désamorcer les idées reçues sur la violence masculine : ex-taulard, accro à l'alcool, pauvre et indigent... Et si le portrait de l'homme violent n'était pas aussi figé ? S'il se dissimulait également parmi nos pères, nos frères et nos amis ?

Le livre aborde, entre autres, la manière dont les agresseurs expliquent la violence qu'ils ont imposée, la théorie du « cycle de la violence », la normalisation de la violence envers les femmes, et intègre les retours de victimes et de psychiatres.

Opéra



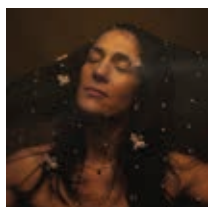
MALDONNE, LEÏLA KA

Olympia

Paris, 03/02/26

Également à Nice, Strasbourg, Besançon, Poitiers, Orléans et au Centquatre à Paris.

Leïla Ka puise dans la sororité, les histoires intimes et collectives, les luttes menées et celles à venir pour composer une chorégraphie pour cinq interprètes. Cinq femmes, une quarantaine de robes – de soirée, de mariée, de bal, de tous les jours... Elles en changent comme on change de vie ou d'époque, explorant mille façons d'être soi au féminin, sur des airs de Vivaldi, d'électro, de Leonard Cohen ou encore de Lara Fabian... Une danse pour rebattre les cartes puisqu'il y a eu maldonne et que les inégalités perdurent.



QUATRE FEMMES

Ariana Vafadari, Atiq Rahimi

Opéra de Bordeaux, 08/03/26

En concert, quatre femmes évoquent le déclin de la condition féminine dans le monde. Quatre femmes confrontées à la pauvreté, au mariage forcé, à la répression, à la violence ; quatre histoires basées sur des témoignages, mises en musique et chantées par quatre femmes.



Podcasts



NIQUER LA FATALITÉ

Estelle Meyer

En prime, la version radiophonique du spectacle à retrouver sur France Culture, avec notamment des extraits INA de la voix de Gisèle Halimi.



DES HOMMES VIOLENTS

Mathieu Palain

Immersion dans un groupe de parole de douze hommes condamnés pour violences conjugales. Un podcast en 6 épisodes s'attachant à suivre leur avancée, nourri

des propres interrogations du narrateur, Mathieu Palain, sur le mouvement #MeToo et la question des masculinités aujourd'hui. Le tout mis en perspective par trois récits de victimes.



NIQUER LA FATALITÉ

Estelle Meyer Paris 10^e, Théâtre des Bouffes du Nord, 02/04 – 11/04/26

« Cette femme est plus moderne que moi ! » C'est à la mort de Gisèle Halimi qu'Estelle Meyer découvre l'ampleur de ses combats. Dans cette pièce musicale nommée pour le Molière 2025 du seul en scène, elle mélange les combats de la grande féministe au récit de sa propre vie et de ses premières fois : les premiers émois, la révolte face à des traitements différents selon le genre, la punition de la parole amoureuse, les règles, le corps qui se transforme, les mots posés sur la sexualité, la première relation sexuelle, le planning familial, la désobéissance, le viol et les résiliences qui permettent de survivre.

Comment être femme a-t-il été transmis par la famille et la société ? Comment devenir libre de son destin et échapper à toute prédestination ? Comment rire de la catastrophe ? Comment tu niques réellement la fatalité ? "Niké", en grec, c'est la déesse de la victoire...



Expos

EXPOSITION LES MONDES DE COLETTE

*BNF François-Mitterrand
Jusqu'au 18/01/2026*

La Bibliothèque nationale de France consacre une exposition à Colette, écrivaine majeure de la littérature française du XX^{ème} siècle, mais aussi journaliste actrice ou encore danseuse de music-hall.



Avec plus de 300 pièces (manuscrits, peintures, photographies, estampes, documents audiovisuels, objets personnels...), la BNF dessine les mondes d'une femme en avance sur son temps, qui s'est affranchie des carcans sociaux et qui a su construire une œuvre audacieuse et d'une étonnante actualité. L'exposition vient éclairer les thèmes traversant la vie de Colette : le féminin, l'identité, l'émancipation, la nature humaine et le désir.





Marina DROUILLARD
Interne de Gynécologie
Médicale
5^{ème} semestre
Nancy

Dans chaque numéro, la rubrique « Fiches pratiques » nous permet de vous donner des repères pratiques et utiles, pour accompagner vos décisions au quotidien.

Suite au succès de la fiche sur les lésions vulvaires bénignes, nous vous proposons cette fois un complément naturel : « **Reconnaître les lésions dermatologiques vulvaires malignes** ». Un grand merci au Dr Patricia Senet, dermatologue, pour sa relecture qui a permis d'en affiner les messages clés.

Cette édition inclut également une fiche dédiée au **dépistage des lésions HPV-induites chez les personnes vivant avec le VIH**, proposant un rappel des recommandations actuelles et des points de vigilance spécifiques à cette population.

Nous espérons que ces fiches vous seront utiles et faciliteront votre pratique quotidienne.

RECONNAÎTRE LES LÉSIONS DERMATOLOGIQUES VULVAIRES MALIGNES

LÉSIONS PRÉCANCEREUSES

Néoplasie intra-épithéliale vulvaires (VIN) HPV induite

Synonymes :

- VIN classique
- HSIL (High grade squamous intraepithelial lesion)



Épidémiologie

Représentent 80 % des néoplasies intra-épithéliales vulvaires. Incidence en augmentation.

Pic de fréquence entre 30 et 50 ans.

Terrain

- ⊙ Tabac.
- ⊙ Immunodépression.
- ⊙ Nombre de partenaires sexuels.

Évolution

Carcinome invasif possible (environ 10 %, seulement 3 % si la lésion est traitée).

Symptômes

Asymptomatique le plus souvent. Parfois prurit, brûlures, sensation d'irritation.

Lésion élémentaire

2 formes cliniques souvent décrites :

- ⊙ Maladie de Bowen : plaque leucoplasique ou érythroplasique voire pigmentée ou verruqueuse.
- ⊙ Papulose bowénoïde : maculo-papules polymorphes et multifocales pigmentées ou blanches, parfois érythémateuses, parfois regroupées en plaques.



Topographie

Cutanéo-pileuses, cutanées finement kératinisées, muqueuses.

Diagnostics différentiels

Condylomes plans ou papuleux.

Principes de prise en charge

- ⊙ Diagnostic histologique par biopsie (si suspicion d'invasion : réaliser des biopsies sur toutes les zones suspectes).
- ⊙ Recherche d'autres lésions : génitales (mettre à jour le dépistage du cancer du col), anales (± anoscopie si lésions de la marge anale), buccales (cliniquement).
- ⊙ Dépistage des IST.
- ⊙ Traitement médical en 1^{ère} intention, topique.
- ⊙ Surveillance annuelle prolongée.
- ⊙ Examen des partenaires.

Néoplasies intra-épithéliales différenciées (NIEd)



Épidémiologie

Plus rares que les NIE liées à l'HPV.

Patientes âgées 60-80 ans, pic d'incidence vers 67 ans.

Terrain

Survenue sur lichen scléreux vulvaire fréquente.

Évolution

Carcinome épidermoïde (environ 30 % en l'absence de traitement).

Symptômes

Prurit, brûlures, dyspareunie.



Lésion élémentaire

Lésions plutôt multifocales, leucoplasie plus ou moins hyperkératosique ou épaisse ou érythroplasie plus ou moins papuleuse ou érosive.

Diagnostic différentiel

Lichen plan, lichen scléreux, lichénification, lichen scléreux hyperplasique.

Principes de prise en charge

- ⊙ Diagnostic histologique : biopsies multiples si lésions multifocales pouvant être répétées si examen non concluant.
- ⊙ Traitement chirurgical.
- ⊙ Traitement de la dermatose inflammatoire sous-jacente si association.
- ⊙ Surveillance prolongée car risque de récurrence.

Hyperplasie épithéliale verruqueuse



Épidémiologie

Sujets âgés.

Terrain

Dermatose inflammatoire sous-jacente.

Évolution

Lente vers un carcinome verruqueux.

Lésion élémentaire

Une ou plusieurs lésions ou plaques leucoplasiques plus ou moins épaisses et verruqueuses.

Diagnostic différentiel

Lichénification, lichen scléreux hyperplasique, NIE HPV ou NIEd, CE verruqueux.

Principes de prise en charge

- ⊙ Diagnostic par biopsie d'une lésion leucoplasique résistant à une corticothérapie bien conduite.
- ⊙ Traitement chirurgical associé au traitement de la dermatose sous-jacente.
- ⊙ Surveillance prolongée.
- ⊙ Biopsie à répéter si récurrence.

LÉSIONS CANCÉREUSES

Carcinome épidermoïde



Épidémiologie

Cancer rare de la femme ménopausée de plus de 65 ans.
Tumeur maligne vulvaire la plus fréquente.

Terrain

Dermatose inflammatoire sous-jacente (lichen scléreux ou plan) ou de néoplasie intraépithéliale (différenciée ou HPV-induite).

Symptômes

Prurit, douleur, suintement ou saignement.

Topographie

Atteinte cutanée ou muqueuse.

Lésion dermatologique

Plaque plus ou moins infiltrée, bourgeonnante, leucoplasique, erythroplasique ou erythroleucoplasique ou ulcération persistante à fond induré.

Principes de prise en charge

- ⊙ Examen clinique avec recherche de lésions adjacentes et palpation des aires ganglionnaires inguinales.
- ⊙ Diagnostic histologique par biopsie ou exérèse si lésion étendue.
- ⊙ Traitement discuté en RCP.
- ⊙ Surveillance prolongée.



Maladie de Paget extramammaire



Épidémiologie

Très rare, 1 à 2 % des carcinomes vulvaires.
Âge médian entre 67 et 73 ans.

Formes cliniques

Tumeur primitive intraépidermique ou secondaire associée à une tumeur urologique ou digestive.

Évolution

- ⊙ Forme intraépidermique : invasion dermique, métastases ganglionnaires voire viscérales.
- ⊙ Forme secondaire : évolution dépendant de la tumeur primitive, augmentation du risque de développer un second cancer.

Symptômes

Irritation, brûlure vulvaire, douleur, prurit ou asymptomatique.

Lésion élémentaire

Plaque érythémateuse plus ou moins suintante bien délimitée, contours nets, aires blanchâtres grisâtres, squameuses ou kératosiques, îlots blanchâtres sur fond érythémateux (aspect de « sucre glace »).

Topographie

Typiquement lésion asymétrique sur une grande lèvre s'étendant au périnée, la marge anale, la fesse ou le pli inguinal homolatéral.

Diagnostic différentiel

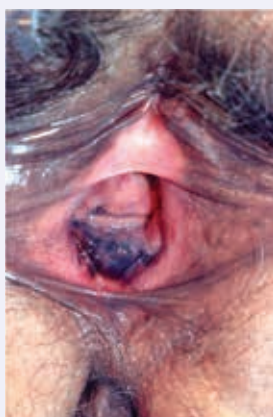
Eczéma atopique ou de contact, psoriasis, NIE HPV, mycose génitale.

Principes de prise en charge

- ⊙ Examen clinique avec recherche de zones infiltrées, nodulaires ou ulcérées, palpation des aires ganglionnaires inguinocraurales.
- ⊙ Recherche d'une tumeur primitive associée (mise à jour des dépistages recommandés et recherche de cancer digestif ou urologique).
- ⊙ Diagnostic : histologie avec biopsie à privilégier en zone infiltrée ou ulcérée.
- ⊙ Traitement chirurgical ou topique par imiquimod si tumeur non invasive.
- ⊙ Prise en charge du cancer primitif si maladie de Paget secondaire.
- ⊙ Surveillance prolongée.



Mélanome



Épidémiologie

Rare, 2^{ème} cancer de la vulve après le CE, représente 3 à 7 % des mélanomes de la femme.

Évolution

Mauvais pronostic survie à 5 ans 36 % en moyenne.

Symptômes

Prurit, saignement.

Lésion élémentaire

Macule unique pigmentée de couleur +/- hétérogène, asymétrique, contours irréguliers. Parfois lésion multifocale irrégulière. Possibilité de mélanomes achromiques.

Topographie

Majoritairement en zone pileuse, clitoris, petites lèvres, zone péri-urétrale peuvent aussi être atteints.

Diagnostic différentiel

Naevus, lentigo, mélanoses vulvaire, hyperpigmentation post-inflammatoire de lichen ou post-traumatique.

Principes de prise en charge

- ⊙ Diagnostic histologique : biopsie-exérèse à privilégier en priorité.
- ⊙ Traitement discuté en RCP.
- ⊙ Surveillance à long terme.

DÉPISTAGE DES LÉSIONS HPV INDUITES CHEZ LES PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

Les personnes vivant avec le VIH représentent une population 3 à 5 fois plus à risque de développer un cancer du col utérin ou du canal anal liés à l'HPV mais dont le recours au dépistage reste faible. La prévention primaire repose sur la vaccination et la réduction des facteurs de risque (arrêt de la nicotine, accès au traitement antirétroviral).

Vous trouverez dans cette fiche les recommandations de l'ANRS et du CNS pour le dépistage du cancer du col utérin et du canal anal chez les personnes vivant avec le VIH. Il n'existe pas à l'heure actuelle de recommandations de dépistage des lésions HPV induites du vagin et de la vulve.

CANCER DU COL DE L'UTÉRUS

De 25 à 30 ans

- Si répllication virale contrôlée : dépistage selon les mêmes modalités que la population générale : 2 cytologies normales à 1 an d'intervalle puis cytologie 3 ans plus tard (idem population générale).
- Si répllication virale non contrôlée (LT CD4<350/μL ou nadir < 200 cellules/μL) : Cytologie annuelle.

De 30 à 65 ans

Dépistage selon les mêmes modalités que la population générale quel que soit le statut immunitaire.

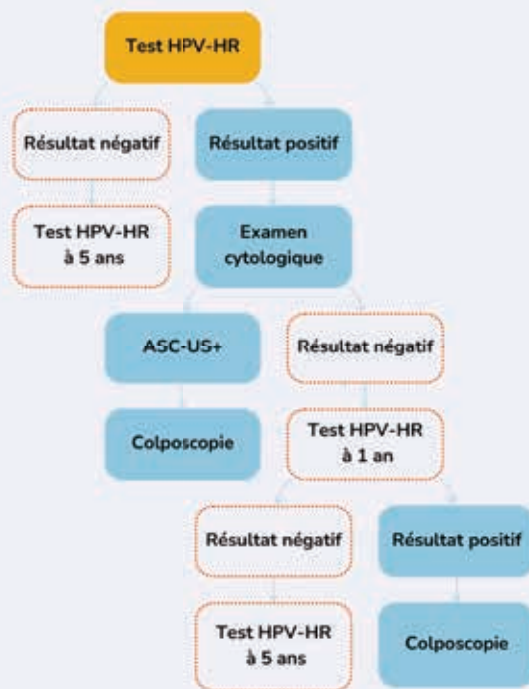


Figure 3 : Recommandations HAS de dépistage du col de l'utérus chez les femmes de 30 ans ou plus en population générale, à appliquer aussi chez les FVVIH de 30 ans ou plus quel que soit le statut immunovirologique. ASCUS+ (ASC-US, ASC-H, LSIL, HSIL et AGC (atypical glandular cells). Chez les FVVIH, le dépistage entre 25 et 30 ans repose sur la cytologie.

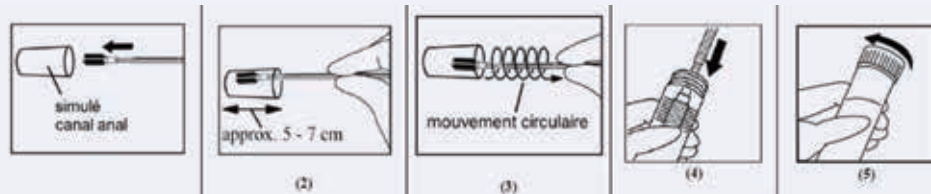
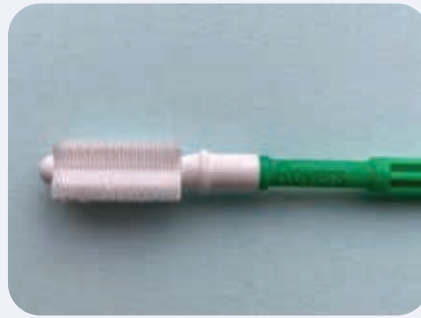
Après 65 ans

Poursuite du suivi post-thérapeutique par test HPV en cas d'antécédent de traitement d'une lésion intra-épithéliale quel que soit le grade ou en cas d'infection persistante.

CANCER DU CANAL ANAL

Modalités de prélèvement

- À réaliser par le soignant ou en auto-prélèvement, pas de préparation nécessaire.
- Insertion de la cyto-brosse sur environ 5 cm, tourner dans un sens environ une dizaine de fois.
- Retirer la brosse en continuant les mouvements circulaires.
- Plonger la brosse dans le milieu de conservation Preserv-Cyt®, la frotter contre les bords du pot pour extraire un maximum de cellules.



Rythme de dépistage

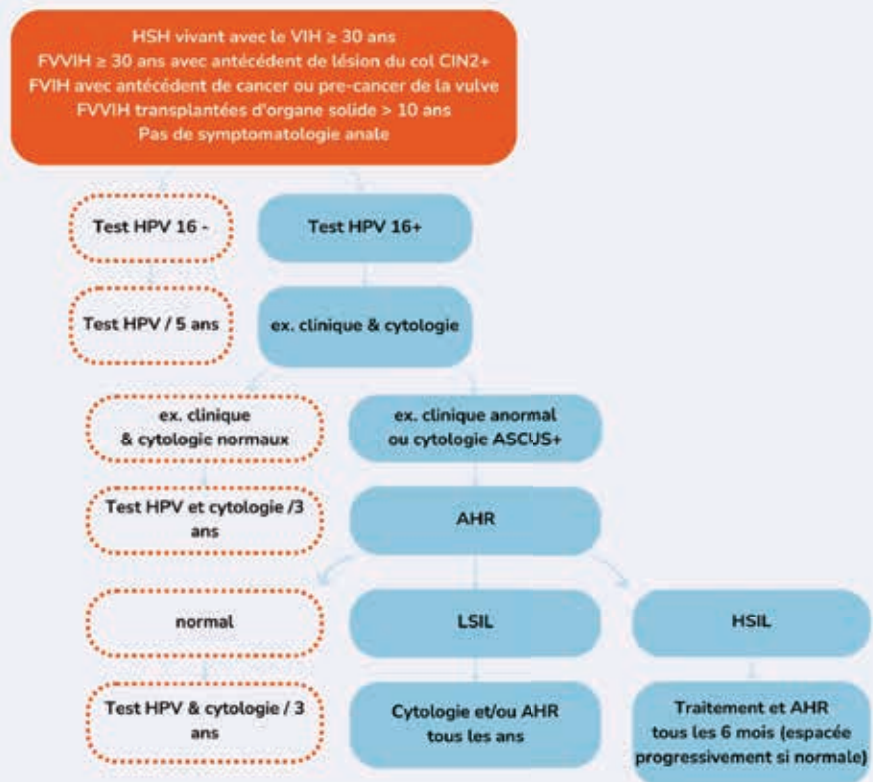


Figure 4 : Recommandation du groupe d'experts pour le dépistage du cancer de l'anus pour les HSH VIH ≥ 30 ans et les FVVIH ayant des antécédents de cancers ou pré-cancers de la vulve, ou les FVVIH ≥ 30 ans ayant un pré-cancer du col CIN2+.

AHR = anoscopie haute résolution.

À noter :

- En cas d'HPV non 16, pas d'indication à réaliser une cytologie ni une anoscopie.
- Si pas d'AHR disponible : examen clinique par anoscopie annuellement chez les patientes HPV + ASCUS.

Sources

ANRS, CNS : Recommandations de dépistage et de prise en charge des cancers chez les personnes vivant avec le VIH.



Et si vous rejoigniez
un modèle de soin dédié
aux femmes, à chaque
étape de leur vie ?

Sorella Care recrute

Des gynécologues
médicales
en Île-de-France

En combinant le meilleur des pratiques hospitalières et de la médecine de ville, Sorella Care repense le suivi médical des femmes, et le quotidien des professionnels de santé. Nous recrutons à Paris, Rueil-Malmaison, Asnières-sur-Seine, Vincennes et St-Maur-des-Fossés.

Un accompagnement sur mesure grâce à des parcours de soins pluridisciplinaires et coordonnés

À travers son réseau d'espaces de santé pluridisciplinaires, **Sorella place les femmes au cœur de son modèle en leur offrant une prise en charge complète et accessible.** Son approche repose sur des parcours de soins coordonnés (fertilité, endométriose, ménopause, maternité...), réunissant des équipes de spécialistes de la santé de la femme (gynécologues, endocrinologues, cardiologues, généralistes, sages-femmes, kinésithérapeutes, ostéopathes, diététiciennes...).

Les praticiens disposent d'une plateforme qui facilite la gestion des examens médicaux (frottis, biopsies, etc.), le suivi de fertilité des patientes, des IVG et fausses couches. Elle permet d'intégrer les résultats dans les dossiers des patientes, et de communiquer facilement avec les autres spécialistes impliqués dans le parcours de soin.

Un cadre d'exercice 100% clé en main

Avec une offre 100% clés en main, Sorella fournit les services administratifs, juridiques et comptables, ainsi que la facturation des patientes et la télétransmission. L'infirmière de coordination joue un rôle essentiel ; elle prend en charge le suivi des patientes entre les consultations, qui bénéficient donc d'un accompagnement continu.

Des équipements médicaux de pointe

Sorella met à disposition des outils modernes et à la pointe de la technologie : appareils d'échographie Voluson E20 et Swift, colposcope et hystéroscope Delmont, ainsi que les logiciels (Doctolib Médecin pour le logiciel patients, iMonEcho pour les échographies). Les salles de consultation sont spacieuses et lumineuses.

Faciliter l'exercice mixte ville / hôpital

Chez Sorella, nous facilitons l'exercice mixte en permettant aux gynécologues médicaux de conserver une activité hospitalière complémentaire (en consultation spécialisée ou en centre de fertilité, par exemple), tout en développant leur activité libérale.

Des partenariats avec des structures hospitalières peuvent permettre de poursuivre certaines prises en charge complexes (AMP, pathologies chroniques, endométriose...), en parallèle d'un suivi en ville coordonné.

Nous travaillons également au développement de postes partagés ville/hôpital, en lien avec les établissements partenaires et les dispositifs de l'ARS.



Envie de rejoindre l'équipe Sorella ?

L'aventure Sorella vous intéresse ? Contactez-nous, nous serons ravis d'échanger avec vous ! Écrivez-nous à l'adresse suivante : pro@sorella-care.com

ou retrouvez-nous sur notre site internet sorella-care.com