LES RENCONTRES VILLE-HOPITAL EN SANTE DU DOUAISIS

« Chirurgie gynécologique : quelles nouveautés dans le Douaisis ? »

Centre Hospitalier de DOUAI

Nouveauté dans la prise en charge de l'endométriose

Centre Hospitalier de DOUAI

Docteur Stéphanie BARTOLO

Gynécologue – CH Douai

Généralités

- Prévalence : 2% à 74% des algies pelviennes chroniques
- Forme asymptomatique et sans retentissement fonctionnel
- Prise en charge si retentissement
- Pas de dépistage systématique
- Pas de surveillance imagerique systématique si traitée ou asymptomatique

Diagnostic

Symptômes évocateurs et localisateurs :

- Dysménorrhées intenses :
  - EVA ≥ 8
  - Absentéisme
  - Résistance aux antalgiques de niveau 1
- Dyspareunies profondes
- Douleurs à la défécation
- Signes fonctionnels urinaires

} À recrudescence cataméniale

- Infertilité

Examen clinique et échographie pelvienne
Symptômes localisateurs ou endométriome
non
oui
Pas de désir de grossesse
Désir de grossesse
Traitement médical
Résistance aux traitements
Examen de 2e intention

Traitement médical

- **En 1ère intention :**

  - Contraception oestroprogestative
  - SIU au lévonorgestrel à 52mg (Mirena)

- **En 2ème intention :**

  - Désogestrel
  - Implant à l'étonogestrel
  - GnRHa en association à une add-back thérapie
  - Dienogest

Traitement chez l'adolescente

- En 1ère intention:
  - Oestroprogestatif
  - Microprogestatif
- Si échec : avis spécialisé
- GnRHa après 16 ans et < 12 mois avec add back thérapie

Examen clinique et échographie pelvienne
Symptômes localisateurs ou endométriome
non
oui
Pas de désir de grossesse
Désir de grossesse
Traitement médical
Résistance aux traitements
Examen de 2e intention

Filière dédiée

- **Faciliter** le parcours des patientes
- **Diminuer le délai** début des symptômes-diagnostic
- Plan du **Ministère de la santé**
- Prise en charge par **des centres référents**

Filière dédiée

- **Filière** de prise en charge au CH de Douai
- Réunion de concertation **pluridisciplinaire**
- Gynécologues obstétriciens, gynécologues médicaux, radiologues, algologues, psychologues
- Collaboration avec le CHU de Lille

Filière dédiée

- **Gynécologues référents :**

  Chirurgie : Dr BARTOLO et Dr IHOU
  Infertilité : Dr DEKNUYDT
  - Créneaux de consultation dédiés
  - **03 27 94 75 71**

- **Radiologues en lien avec le CHU de Lille :**

  Dr CUINGNET, Dr RAMDANE et Dr NDJOCK
  - Créneaux d'IRM dédiés
  - **03 27 94 75 40** ou **03 27 94 75 55**

RCP mensuelle

- Discussion de la thérapeutique la plus adaptée
- Multidisciplinaire
- Relecture des imageries
- Si cas complexe : présentation RCP Lille
- Proposition de prise en charge
- Charte de fonctionnement

Examens de 2e intention

↓

Examen clinique et IRM pelvienne par référents

↙ ↘

EPP confirmée

↓

Prise en charge douleur
Consultation spé si infertilité
Rechercher localisations digestives et urinaires

Absence de lésion spécifique

↓

± cœlioscopie diagnostique
Prise en charge de la douleur et de l'infertilité

Traitement après chirurgie

- En l'absence de désir de grossesse
- Pour réduire la récidive douloureuse
- Pour améliorer la qualité de vie

- Contraception oestroprogestative
- SIU au lévonorgestrel 52mg

Traitement chirurgical

- Echec traitement médical
- Infertilité avec échec de FIV
- Retentissement d'organe

Infertilité

- Pas d'anti-gonadotrope pour augmenter les chances de grossesse hors FIV
- Hors FIV endométriose minime à légère : stimulation ovarienne, avec ou sans insémination intra-utérine, en postopératoire

Des questions

Centre Hospitalier de DOUAI

Chirurgie ambulatoire

Quelles indications en chirurgie gynécologique au CH de Douai en 2019

Centre Hospitalier de DOUAI

Docteur Komlan IHOU

Gynécologue – CH Douai

Introduction

- **La chirurgie ambulatoire** : une alternative à l'hospitalisation complète avec retour à domicile de l'opéré le jour même de son intervention
- **Véritable progrès avec de nombreux avantages**
- **"GAME CHANGER"** *« […] La meilleure façon de soigner » (SIMONE VEIL)*
- ***Concept de "JOINT VENTURE "*** : réseau organisationnel centré sur le patient et coordination ville-hôpital

Introduction

- La part majoritaire de la CA est un objectif-clé pour les pouvoirs publics (HAS, ANAP, DGOS)
- Retard de la France par rapport aux anglo-saxons pionniers :

  France 46 % (2016) vs USA > 80 %/ GB > 75 % / Pays Nordiques 70 %
- Nouvel objectif fixé par le Ministère de la santé pour 2020 : 66,2 %

Bases règlementaires

- **Le décret n° 2012-969 du 20 août 2012 précise (article D 6124-301) :**

« Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoire dispensent les prises en charge… **d'une durée inférieure ou égale à douze heures, ne comprenant pas d'hébergement (médicalisé)**, au bénéfice de patients dont l'état de santé correspond à ces modes de prise en charge. Les prestations délivrées équivalent par leur nature, leur complexité et la surveillance médicale qu'elles requièrent, à des prestations habituellement effectuées dans le cadre d'une hospitalisation à temps complet »

- **Article R 6121-4 CSP :**

« […] **Dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même** »

Bases règlementaires

- **Article D 6124-301 (suite)**

Ces structures doivent être aisément identifiables par leurs usagers et font l'objet d'une organisation spécifique. Elles sont organisées en une ou plusieurs unités de soins individualisées et disposent en propre de moyens en locaux, en matériel et en personnel.

La clé : l'organisation

L'organisation est au centre du concept, le patient est au centre de l'organisation

Journée d'une patiente

Chirurgie Ambulatoire Gynécologique

- Le chirurgie gynécologique : spécialité idoine pour la CA
- **En 2016 : CA à 86,6 % des actes traceurs (niveau 1)**
- Risque de complication postopératoire limité ➡
  - ❖ faible impact sur l'autonomie postopératoire et convalescence à domicile
- **Tournants de la CA** : maîtrise des techniques mini-invasives

Chirurgie Gynécologique Ambulatoire : sélection +++

- **En préopératoire, interviennent dans le choix de la CA :**

❖ Le type d'intervention : idéalement < 2h (> 50 % en gynéco)

❖ La patiente :
- ✓médicaux : ASA1, ASA2, **ASA 3 stabilise**
- ✓psychologiques : compréhension, confiance, observance
- ✓sociogéographiques : éloignement, accompagnement, téléphone

Patiente debout

❖ L'organisation : structurelle, patiente pouvant être accompagnée, ne passant pas seule la 1ère nuit

Chirurgie Gynécologique ambulatoire : sélection +++

- **En post-opératoire : causes d'échec…**

  - ❖ organisation du service : heure tardive du bloc et post-opératoire
  - ❖ complications
  - ❖ mauvaise gestion de la douleur
  - ❖ nausées, vomissements
  - ❖ non-reprise de la miction
  - ❖ refus de la patiente (anxiété…) malgré un score de Chung de 9 ou 10

Prévention, score d'APFEL, infiltrations AL

Indications de chirurgie ambulatoire gynécologique (%)

Indications de chirurgie ambulatoire gynécologique

Fig 2 : répartition selon la prise en charge (Capmas P et al, 2014)

Indications en chirurgie ambulatoire gynécologique : marqueurs de niveau 1

- NIVEAU I : GESTES VALIDES RECONNUS COMME **CA** :
  - **Ponction ovocytaire**
  - **Chirurgie du col, de la vulve et du vagin**
  - **Tumorectomie du sein**
  - **Interruption tubaire**
  - **Chirurgie de la cavité utérine**

> 80 %

NB : données du Groupe Projet Chirurgie Ambulatoire de l'APHP (Pr FERNANDEZ)

Indications en chirurgie ambulatoire gynecologique : marqueurs de niveau 2

- Cœlioscopie de bilan diagnostique
- Plastie tubaire endoscopique
- Kyste de l'ovaire par voie endoscopique : KIP, KTP
- Drilling ovarien
- Pose de BSU : TVT, TOT, BSU à incision unique
- Tumorectomie + GGL sentinelle

> 50 %

NB : données du Groupe Projet Chirurgie Ambulatoire de l'APHP (Pr FERNANDEZ)

DRILLING OVARIEN

Gestes réalisés dans le cadre de la chirurgie de l’infertilité

Indications en chirurgie ambulatoire gynécologique : marqueurs de niveau 3

- Au-delà des PHRC et dans de nombreux centres :

  - **Hystérectomie coelioscopique ou vaginale**
  - **Myomectomie coelioscopique (unique ?)**
  - **Promontofixation coelioscopique**
  - **Chirurgie vaginale de prolapsus (tissu autologue, prothétique ?)**
  - **Curage axillaire**

NB : données du Groupe Projet Chirurgie Ambulatoire de l'APHP (Pr FERNANDEZ)

Apports majeurs de l'endoscopie en chirurgie gynécologique

- **Hystéroscopie opératoire**
  - ❖ Progrès du matériel +++
  - ❖ Le concept du "see & treat ", vaginoscopie…

- **Chirurgie de l'infertilité :** Cœlioscopie ou fertiloscopie

- **Coeliochirurgie**
  - ❖ La formation et maîtrise des gestes de coeliochirurgie, LIP…

Chirurgie ambulatoire en gynécologie : rôle majeur des voies mini-invasives

Réalisation

- Hydropelviscopie
- Epreuve de perméabilité tubaire
- Salpingoscopie
- Microsalpingoscopie
- Gestes thérapeutiques: levée d'adhérences ampullo-ovariennes, drilling ovarien, coagulation de foyers d'endométriose minimes

Réalisation possible sous AL stricte

LA FERTILOSCOPIE :

Prise en charge pratiquement toujours en ambulatoire

En ambulatoire actuellement au CH de Douai

Chirurgie utérus

JKFE001	Section ou résection de cloison utérine, par hystéroscopie
JKFE002	Résection de myome de l'utérus, par hysteroscopie
JKGD002	Curetage de la cavité de l'utérus à visée thérapeutique
JKGD003	Curetage de la cavité de l'utérus à visée diagnostique
JKND001	Destruction de la muqueuse utérine par thermo contact, par voie vaginale
JKNE001	Abrasion de la muqueuse de l'utérus [Endometrectomie], par hystéroscopie
JKPE001	Exérèse de polype de l'utérus, par hystéroscopie
JKQE001	Hystéroscopie avec curetage de la cavité de l'utérus
JNBD001	Cerclage du col de l'utérus au cours de la grossesse, par voie transvaginale
JNJD002	Evacuation d'un utérus gravide par aspiration et/ou curetage, au 1er trimestre de la grossesse
JNMD001	Révision de la cavité utérine après avortement

En ambulatoire aussi actuellement au CH de Douai

- **Chirurgie du col, du vagin, de la vulve et du périnée :**

  JKFA031 Conisation
  JMFA001 Exérèse de la glande vestibulaire majeure (Bartholin)
  JMFA002 Exérèse de lésion vulvopérinéale
  JMMA002 Vulvopérinéoplastie
  JMMA005 Nymphoplastie de réduction
  JMPA001 Incision de la glande vestibulaire majeure (Bartholin)
  JMPA002 Périnéotomie médiane…Pour élargissement de ‘orifice vaginal
  JMPA003 Libération chirurgicales d’adhérences de la vulve
  JMPP001 Libération non chirurgicale de coalescence des petites lèvres

Autres actes ambulatoires actuellement au CH de Douai

- **Chirurgie de la stérilisation**

  JJPC003 Interruption de la perméabilité des trompes par coeliscopie

  JJPE001 Interruption de la perméabilité des trompes par insertion de DIU par hystéroscopie (ESSURE suspendu)

- **Autres chirurgies tubaires ou annexielles**

  JJFC006 Salpingectomie totale par cœlioscopie

  JJFC010 Annexectomie par cœlioscopie

Autres…

- **Chirurgie de l'infertilité : gestes souvent associés**

  ZCQC002 Cœlioscopie exploratrice (+ épreuve au bleu)
  HPQC001 Exploration du pelvis féminin par culdoscopie (coelio transvaginale)
  HPPC002/HPPC001 Libération d'adhérences du péritoine pelvien pour infertilité par cœlioscopie
  HPNC001 Destruction et/ou exérèse de lésion endométriosique superficielle du péritoine par cœlioscopie
  JJCC003 Microperforations (drilling) de l'ovaire par cœlioscopie
  JJCC002 Drilling ovarien par culdoscopie (cœlioscopie vaginale)
  JJCC001 Salpingonéostomie ou fimbriplastie, par cœlioscopie
  JJCC004 Anastomose tubotubaire, par cœlioscopie

Bientôt possibles en ambulatoire au CH de Douai

Les prolapsus génitaux

Les IUE

Autres projet : bientôt concrets…

L'HYSTEROSCOPIE
EN
CONSULTATION

Importance du réseau ville-hôpital

- La patiente = centre de ce réseau
- Médecins traitants : continuité du suivi extra hospitalier
- Le pharmacien : pour les traitements post-opératoires
- La sage-femme : dépistage de suites PO prénatales compliquées
- Les infirmières : l'exécution des actes post-opératoires et alerte

Tout ce réseau vertueux = garantie de suites favorables + réassurance des patientes…

Eléments-clés à garantir : transmission ample d'informations

- CRO aux correspondants
- CRH : items indispensables
- coordonnées pour joindre facilement UCA/service
- consignes d'appel ou de re-consultation
- conciliation médicamenteuse
- éducation des patientes : présentation des documents
- **MT = pierre angulaire de ce transfert de l'hospitalisation conventionnelle à l'ambulatoire**

Des questions

Centre Hospitalier de DOUAI

Hystéroscopie en consultation

Centre Hospitalier de DOUAI

Docteur Margaux LESAGE

Gynécologue – CH Douai

Histoire

- **1804 et 1807 : le premier endoscope** permettant de voir à l'intérieur de la cavité utérine par réflexion de la lumière extérieure a été mis au point par l'allemand Bozzini

- **1869 : le premier examen hystéroscopique chez une patiente vivante** par Pantaleoni

- **Fin des années 90** : l'hystéroscopie **quitte le bloc opératoire** pour l'ambulatoire, sans anesthésie, moins de traumatismes chirurgicaux, et mieux acceptée par les patientes

Technique

- L'hystéroscopie permet d'observer la cavité utérine grâce à une distension par liquide (sérum physiologique), et avec une source de lumière froide, une caméra et des optiques rigides ou flexibles

- L'observation détaillée de la cavité endométriale permet la réalisation de biopsies ciblées sur des tissus suspects

- D'autres applications ce sont ajoutées au cours des 12 dernières années

Pourquoi ?

- **«Gold standard»** pour l'exploration de la cavité utérine

- **Elle permet :**
  - L'évaluation de la cavité utérine et de l'endomètre
  - Le dépistage des anomalies utérines
  - L'analyse du défilé cervico-isthmique
  - L'évaluation d'une cicatrice utérine (isthmocèle)
  - L'évaluation des orifices tubaires
  - La réalisation d'une Hystérométrie

- Examen **rapide et peu invasif**

Pour qui ?

1. **Anomalies du cycle menstruel** : ménorragies (règles trop abondantes) ou métrorragies (saignements en dehors des règles)

2. Evaluation d'une **infertilité**

3. **Saignements après la ménopause**

4. Localisation de corps étranger **(DIU)**

Pour qui ?

5. Pathologies de la cavité utérine suspectées à l'échographie : **polypes, fibromes**, **synéchies (adhérences), cloisons utérines**

6. Evaluation de l'endomètre après embolisation

7. Evaluation des patientes en cours de grossesse (**fausses couches à répétition, rétention de produite ovulaire**)

Comment ?

- Au décours d'une **consultation dédiée**
- **Salle de consultation adaptée et infirmière référente**
- 1ère partie de cycle
- **Sans anesthésie**, avec une prémédication antalgique (AINS)
- Matériel spécifique : Hystéroscope optique de 3,5 mm, distension avec sérum physiologique

Comment ?

- Speculum ou pince de Pozzi ne sont pas recommandés

- Après avoir vérifié l'instrumentation , la procédure débute avec la **vaginoscopie**

- Identifier le cul de sac vaginal postérieur pour s'orienter progressivement vers l'orifice cervical

- **Parler avec la patiente :** importance de l'infirmière accompagnante +++

Conclusion

- Traiter des pathologies gynécologiques **en ambulatoire**
- S'affranchir de l'anesthésie et de l'hospitalisation
- Réduire les contraintes, les coûts et la morbidité liée à l'anesthésie

- **OBJECTIF = Maximiser la qualité des soins offerts à nos patientes**

Des questions