Aide Médicale à la Procréation

Le centre clinique et biologique agréé pour les activités d'Assistance Médicale à la Procréation (AMP) de la polyclinique Majorelle

Un centre clinique et biologique agrée pour les activités d'assistance médicale à la procréation (AMP) existe au sein de la Polyclinique Majorelle, venant ainsi compléter ses nombreuses activités : une maternité (2 800 accouchements par an), un service de néonatalogie (niveau 2 B), un service de chirurgie gynécologique et oncologique, chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie orthopédique, urologique, digestive, ophtalmologique.

Raisons de l'infertilité

Parmi les couples se formant en France, 12 à 15 % connaissent des difficultés à concevoir un enfant. Les causes de cette infécondité concernent de façon équivalente les deux sexes. La fécondabilité naturelle de l'espèce humaine est de 25 % par cycle féminin… lorsque le couple à moins de 30 ans.
Malheureusement la fécondité de la femme décroît très vite après 35 ans pour n'atteindre que 17 % par cycle à 40 ans ! Par ailleurs nous constatons que la qualité spermatique de l'homme « moderne » baisse régulièrement depuis 30 ans !
Enfin les couples désirent des enfants de plus en plus tard (études, situation économique et sociale, etc).

Toutes ces raisons font que le centre d'AMP Majorelle reçoit environ 1500 couples par an.

Les techniques d'AMP, installées en France par les professeurs G. DAVID, R. FRYDMANN et J. TESTART dès 1980, ont largement évolué et continuent à se perfectionner.

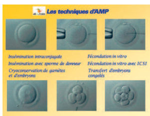
Elles comprennent :

- La simple induction de l'ovulation, habituellement pratiquée par les gynécologues.
- L'insémination intra conjugale ou avec sperme de donneur.
- La fécondation in vitro.
- La fécondation in vitro avec injection d'un spermatozoïde dans le cytoplasme de l'ovocyte.
- La congélation des embryons.
- Le transfert des embryons cryoconservés : TEC.
- Le don et l'accueil des embryons cryoconservés (non autorisé à Majorelle)
- Les dons de gamètes : de spermatozoïdes depuis 1970 et d'ovocytes plus récemment, réalisés uniquement dans les CECOS.

L'agence de la biomédecine (ABM) contrôle l'activité des centres d'AMP, donne les agréments, édite des recommandations, met à la disposition des praticiens et des patients un site internet d'information très complet.

Une prise en charge pluridisciplinaire

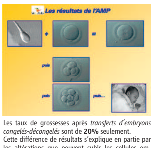
Au centre d'AMP MAJORELLE les couples sont pris en charge par une équipe pluridisciplinaire : trois gynécologues et trois biologistes ayant un agrément AMP, trois techniciennes spécialisées, une psychologue, quatre radiologues échographistes et le concours de nos confrères gynécologues, généticiens, urologues de la région.
Les dossiers des couples sont examinés et discutés en réunion pluridisciplinaire hebdomadaire.



L'agence de la biomédecine publie annuellement les bilans chiffrés de l'activité et des résultats des centres publics et privés d'AMP.
Ainsi pour la FIV, toutes indications et âges confondus, le pourcentage moyen de chance d'obtenir une grossesse est d'environ **21%** par ponction. Ces grossesses aboutissent à une naissance dans trois quart des cas.

37% de grossesses cliniques après FIV et ICSI

Au centre d'AMP de la clinique Majorelle, pour les années 2009 et 2010 les taux de grossesses cliniques après FIV et ICSI et transfert d'embryon(s) frais (post ponction ovarienne) sont de **37%** en moyenne.



Les taux de grossesses après *transferts d'embryons congelés-décongelés* sont de **20%** seulement.
Cette différence de résultats s'explique en partie par les altérations que peuvent subir les cellules embryonnaires lors du cycle congélation/décongélation.

Une nouvelle technique : la vitrification embryonnaire

En France, jusqu'alors, la seule technique utilisable et autorisée est la congélation lente des embryons. Il existe pourtant une autre technique déjà utilisée à l'étranger : **la vitrification, processus par lequel un liquide se solidifie sans formation de cristaux.**

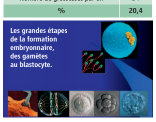
Cette technique de cryopréservation consiste à exposer pour de courtes durées les embryons à des concentrations élevées de cryoprotecteurs puis à les refroidir ultra-rapidement. Ceci induit une augmentation de la viscosité favorisant la formation d'un état vitreux intra et extra cellulaire.

Le but est d'améliorer les taux de survie embryonnaire post décongélation et in fine les taux de grossesses issues des TEC. Les résultats des équipes pratiquant la vitrification montrent des taux de survie supérieurs à 90% et de grossesses supérieurs, à 30% par transfert. L'agence de la biomédecine a autorisé cette technique en 2010.

Activité, techniques, résultats succincts du centre d'AMP Majorelle pour 2009-2010

	FIV	ICSI
Nombre de ponctions ovariennes	210	474
Nombre de transferts embryonnaires	165	411
Nombre moyen d'embryons transférés	1,6	1,7
Nombre de grossesses par an	65	130
%	**39,4**	**31,6**

	Décongélation
Nombre de décongélation	377
Nombre de TEC	265
Nombre moyen d'embryons transférés	1,6
Nombre de grossesses par an	54
%	**20,4**



Les projets du centre d'AMP de la polyclinique Majorelle :

- Une amélioration de la prise en charge des couples (secrétariat, téléphone, accueil, locaux plus adéquat etc.).
- Une optimalisation et une rationalisation des traitements de l'ovulation pour la préparation des cycles d'inséminations.
- La poursuite de notre politique de transfert d'un seul embryon à fin de limiter le nombre des grossesses gémellaires (15 à 18% actuellement)
- La mise en place, dès cette année, de la vitrification embryonnaire ; ce qui nécessite un apprentissage délicat pour les biologistes !
- La recherche de praticiens de l'AMP pour étoffer l'équipe actuelle.

Dr Ségolène Thouvenot, Gynécologue-obstétricienne

Néonatologie

Quand l'adaptation à la vie extra-utérine est jugée mauvaise à la naissance, les gestes appropriés de réanimation néonatale sont pratiqués en salle de naissance où un pH de sang du cordon est systématiquement analysé.

Une prise en charge immédiate

En cas de nécessité et après avoir informé les parents, le nouveau-né est rapidement conduit à l'unité attenante des soins intensifs néonatals.
Les moyens techniques à notre disposition dans cette unité nous permettent d'offrir une gamme des soins (des protocoles médicaux) compatibles aux exigences de sécurité, de qualité suivant les recommandations des sociétés savantes ainsi que celles des organismes publics. L'équipe médicale en soins néonatals étant de niveau IIB pratique la ventilation assistée, la photothérapie, la surveillance hémodynamique non-invasive, l'échographie néonatale cérébrale, cardiaque, hépatique, des voies biliaires, des hanches et de l'appareil urinaire, pose des cathéters centraux par voie veineuse ombilicale ou épicutanée, dans une ambiance de dialogue et d'information quotidienne des parents ou sous certaines conditions des grands parents. Pour la radiographie des nouveau-nés malades et en incubateur, l'appareil mobile permet le suivi évolutif autant que nécessaire. En ce qui concerne les examens biologiques, le laboratoire d'analyse médicale en convention avec la Polyclinique intervient utilement et nous apporte une compétence supplémentaire garantissant une rapidité de décision pour les choix thérapeutiques.

Une équipe 24h/24

L'équipe des soins, permanente 24 heures sur 24, se compose des médecins pédiatres néonatologistes, des sages femmes et des infirmières diplômés d'état et d'auxiliaires dont la majorité ont suivi des formations spécifiques en puériculture.
L'ensemble de l'équipe des soignants est animée par un cadre sage femme et bénéficie de l'apport ô combien précieux de la Psychothérapeute pour le soutien psychoaffectif des parents souvent vivants dans le stress et l'angoisse générés par l'état de santé de leur bébé qui vient de naître.

Une unité disposant de moyens techniques et médicaux performants

En absence des facteurs des risques majorés où un transfert in-utéro n'est pas immédiatement envisagé, l'unité des soins intensifs néonatals dispose des compétences médicales et techniques pour la prise en charge des nouveau-nés prématurés ayant un âge gestationnel supérieur ou égal à 30 semaines d'aménorrhée et un poids de naissance supérieur ou égal à 1250 grammes ; des nouveau-nés des grossesses multiples, gémellaires ou triples ; des nouveau-nés porteurs des pathologies congénitales après un diagnostic prénatal ; et des nouveau-nés tout simplement malades.
Après la découverte d'une malformation ou d'une pathologie fœtale faite grâce à nos équipes d'imagerie, de radiologie et/ou d'analyses biomédicales, et/ou à la suite de l'avis du CPDP (centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal), un entretien prénatal entre le couple et notre équipé médicale permet d'évaluer ensemble les modalités d'organisation de la naissance et des soins post-natals nécessaires.

Une unité qui favorise la participation active des parents aux soins

A l'unité des soins intensifs, quand l'alimentation parentérale est indiquée, nous mettons tout en œuvre pour qu'elle soit de plus courte durée possible afin de permettre aux mamans d'initier rapidement l'allaitement maternel ou simplement de participer de façon active aux soins. Notre politique qui limite l'hyper technicité aux situations incontournables, outre l'humanisme qu'elle incarne, permet surtout à notre unité d'avoir une fréquence quasi nulle d'infections nosocomiales néonatales. Aussi la souplesse dans l'organisation quotidienne des soins a principalement pour objectif le respect du confort des enfants hospitalisés et permet aux parents de prodiguer des soins ordinaires au bébé tels que le bain, les biberons, le portage, etc…

Pour l'accouchée dont l'état de santé réduit la mobilité, l'équipe soignante lui amène son bébé pour passer ensemble des instants d'intimité qui renforcent des liens naturels. Cette mesure est également étendue à toutes les mères dont l'état clinique du bébé est stabilisé de le prendre dans sa chambre pour deux à trois heures dans l'après-midi selon les protocoles du service.

Une unité très impliquée dans la vie de l'établissement

L'unité des soins intensifs respecte les différents chartes des hôpitaux français : de la lutte contre les infections nosocomiales ; de la lutte contre la douleur ; elle anime la présidence du comité d'Ethique de la Polyclinique ; elle participe au comité du médicament et donne un avis à l'élaboration du livret des médicaments.
La collaboration étroite de l'équipe médicale permet une observance remarquée des règles de bon usage dans la prescription des produits pharmaceutiques. Dans les situations où il s'avère utile, elle rapporte au comité de matériovigilance des anomalies constatées, par exemple un fonctionnement défectueux d'appareillage ou rarement un incident survenu dans la mise en route des soins. Enfin, l'unité des soins néonatals siège dans la commission médicale d'établissement.

Une unité membre actif du réseau RAFAEL (réseau d'accompagnement des enfants de Lorraine)

Depuis la création du réseau Rafael, un réseau d'observation et de suivi évolutif des enfants nés avant l'âge gestationnel de 32 semaines d'aménorrhée ou ayant souffert d'une encéphalopathie hypoxo-ischémique traitée par la technique l'hypothermie contrôlée dans un centre de niveau III, notre unité est membre actif en contribuant par l'information des familles concernées et l'inclusion des cas candidats.

Dr Ferdinand Sola, Pédiatre

Ce numéro de Majorelle INFOS a été imprimé à xxx exemplaires - 201104

Majorelle en quelques chiffres

- 146 lits et places
- 8 lits d'hospitalisation à temps partiel
- Unité de Néonatologie de 12 lits dont 6 lits de soins intensifs
- Unité de Soins continus de 6 lits
- Un cabinet d'imagerie médicale
- Un centre d'Aide à la Procréation Médicale
- 2 plateaux techniques : un bloc opératoire et un bloc obstétrique
- 12 000 interventions
- 2 800 naissances
- 50 médecins

Signature de la convention entre la Polyclinique Majorelle et la Banque de sang placentaire qui s'ouvrira courant 2011 à Nancy

C'est la 11ème banque de sang placentaire française qui s'ouvrira prochainement au sein de l'unité Thérapie cellulaire et tissus du CHU sous la responsabilité du Dr Bensoussan.

Les prélèvements seront effectués au sein des maternités en convention avec la Banque, dont la Polyclinique Majorelle. Ils s'effectueront après information des futures mères et leurs consentements dans les suites immédiates de l'accouchement. Ce prélèvement est totalement indolore, sans aucun risque pour la mère et le nouveau né.

Une fois prélevé, le sang subira une série de contrôles qualité pour vérifier l'absence de transmissions virales ou bactériennes, avant d'être cryoconservé au sein de l'unité de Thérapie Cellulaire.

Des contrôles sérologiques seront répétés chez la mère 42 jours plus tard, il y aura un suivi des nouveaux nés pour ne pas méconnaitre certaines pathologies, puis après typage HLA, l'unité de sang placentaire sera inscrite au fichier national.

La greffe de cellules souches issues de sang placentaire est une formidable alternative à la greffe de mœlle osseuse pour tous les malades atteints de leucémie. Il est nécessaire de multiplier les unités conservées et Nancy participera à cet élan pour augmenter les réserves.

A la Polyclinique Majorelle, nous nous sommes engagés à fournir 200 unités la première année, pour atteindre 800 unités les années suivantes.
Il faut insister sur le caractère gratuit et anonyme de ce don à la différence des banques privées qui proposent des recueils de sang placentaire avec conservation contre paiement pour une hypothétique autogreffe, ce qui est formellement interdit par la loi en France et pénalement répréhensible.

Médi-Partenaires en quelques chiffres

Le Groupe Médi-Partenaires, créé en 1990, est spécialisé dans l'acquisition et la gestion de cliniques.
Il possède à ce jour 30 établissements :

- 25 cliniques exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique, dont 24 cliniques ayant obtenu un score ICALIN A en 2009,
- 2 centres de dialyse,
- 3 centres d'imagerie.

Soit un total de 4032 lits et places.

Medi-partenaires soigne chaque année 395 000 patients en hospitalisation et 165 729 en séjour ambulatoire. 5 000 salariés et 2 200 praticiens sont à disposition de nos usagers.
Le groupe développe un chiffre d'affaire de 500 millions d'euros (chiffres 2010).

Implantation régionale : Hôpital Privé Claude Bernard à Metz, Polyclinique Majorelle à Nancy et Clinique Notre Dame à Thionville.

1240 avenue Raymond Pinchard - 54000 NANCY • Tél : 0 826 305 655 • contact@majorelle.org - www.majorelle.org

Polyclinique
Majorelle Infos
Avril 2011 - Numéro 1
Polyclinique Majorelle, un établissement du Groupe Médi-partenaires

sommaire

1 Edito - J-P. Perrigaud
L'activité obstétrique à la Polyclinique Majorelle - Dr Morineaux
2 La grossesse extra-utérine - Dr Tisserant
3 L'échographie dans la péridurale obstétricale - Dr Caput
4 L'échographie 3D - Dr Bassnagel
5 Le service AMP - Dr Thouvenot
6 Le service de néonatologie - Dr Sola
Signature de la convention entre la Polyclinique Majorelle et la banque placentaire
Brèves : la polyclinique en chiffres

édito

Informer, communiquer et partager sur la prise en charge médicale de nos patients dans notre établissement est la volonté forte de cette lettre d'information. C'est pour cette raison que "Majorelle Infos" est née, faite par des médecins pour des médecins.

Incontournable en obstétrique avec 2 800 naissances par an, la Polyclinique Majorelle accueille les patientes 365 jours sur 365 et 24h sur 24h pour les urgences obstétriques mais également pour les urgences gynécologiques.

Nos bébés ayant besoin de soins plus importants sont suivis par une équipe de 4 pédiatres dans un service de néonatologie de pointe.

La Polyclinique Majorelle traite aussi près de 500 cancers par an en sénologie et gynécologie.
La modernisation de nos plateaux techniques, l'innovation médicale sont des leitmotiv permanents et permettent de s'adapter aux besoins de nos patients.
Nous souhaitons vous en parler .

Merci encore aux rédacteurs pour leur implication au quotidien et bonne lecture.

Jean-Pierre PERRIGAUD
Directeur de la Polyclinique Majorelle

Obstétrique

L'activité Maternité à la Polyclinique Majorelle

Née le 1er juin 1994 du regroupement des cliniques de l'Espérance et Majorelle, clinique conventionnée de catégorie A, comportant 146 lits et gérée par le groupe Médi-partenaires, la polyclinique Majorelle est un établissement d'hospitalisation privée qui a une activité à double vocation : maternité et chirurgie pour une prise en charge de la Femme à toutes les étapes de sa vie.

Activité Maternité

Le service de Maternité assure naturellement la prise en charge des femmes de la PMA, au diagnostic prénatal, puis au suivi personnalisé et pluridisciplinaire (diabète-cardiologie... des grossesses pathologiques, jusqu'à l'accouchement), assisté d'un service de médecine périnatale et de néonatalogie (2 800 accouchements/an). Ce qui lui permet de jouer un rôle majeur de santé publique et de figurer parmi les 3 premières maternités au niveau national.

Avec le décret d'octobre 1998 portant sur l'organisation en trois niveaux des soins au sein des établissements publics et privés pratiquant l'obstétrique et la néonatologie (schéma régional d'organisation des soins : SROS), la Maternité Majorelle est classée de niveau IIB. La convention qui régit les Maternités de la région Lorraine au sein du Réseau Périnatal Lorrain (RPL) permet à la Maternité Majorelle d'être un acteur majeur dans l'offre des soins face aux diverses pathologies obstétricales et néonatales.

La Maternité occupe 2 étages de la Polyclinique. 15 gynécologues-obstétriciens libéraux assurent la prise en charge personnalisée des parturientes avec une sécurité supplémentaire d'une garde sur place 24h/24 pour l'accueil des urgences gynéco obstétricales.
Le 2ème étage est divisé en deux secteurs, le secteur bleu pour l'hospitalisation des grossesses pathologiques et le secteur rouge pour l'accueil des femmes en suites des couches, avec un accompagnement de l'allaitement par un personnel qualifié et le suivi médical personnalisé des parturientes.
Le 3ème étage regroupe les services d'urgences : le bloc chirurgical, la salle des naissances « David ABENSOUR », le bloc obstétrical, l'unité des soins intensifs néonatals et médecine néonatale ainsi que le secteur de gestes techniques de diagnostic prénatal. Toutes les 8 salles de naissance disposent des moyens modernes de télésurveillance du bien être fœtal en cours de travail, ce qui permet la détection rapide des signes de détresse fœtale et l'extraction en urgence par le praticien référent de la patiente ou un obstétricien qualifié sénior de garde sur place,ceci en présence d'un Pédiatre spécialisé en Néonatologie.

L'unité de MNN est couverte par 4 pédiatres néonatalogistes avec un médecin sur place pour les urgences néonatales.

Une équipe de 6 anesthésistes assurent une garde sur place 24h/24,ce qui permet la pose rapide de péridurale 24h/24 et une prise en charge immédiate des urgences.

Activité chirurgicale : orthopédie, proctologie, ORL, ophtalmologie, chirurgie gynécologique, chirurgie plastique et reconstructrice.

Des partenariats nombreux

L'établissement travaille également en réseau avec d'autres établissements, il est membre du réseau périnatal Lorrain, membre du réseau ONCOLOR.
Il a une convention avec le CHU pour le réa médico-chirurgical, une convention avec la PMI, l'HADAN et les sages femmes libérales.
La Polyclinique est également dépôt de sang (convention avec l'EFS), seul dépôt de sang géré par des sages-femmes en France.

Dr Brigitte Morineaux, Gynécologue-obstétricienne

La Polyclinique Majorelle, une référence régionale en matière de chirurgie des cancers gynécologiques

La Polyclinique Majorelle est la référence de la région dans la chirurgie des cancers gynécologiques (près de 500 cancers du sein et de l'utérus opérés par an) et elle assure aussi la prise en charge de toutes les urgences gynécologiques.

Trois chirurgiens gynécologues (Dr David TISSERANT, Dr Bertrand MAY et le Dr Christian SCHEFFLER) assurent des astreintes permanentes de chirurgie gynécologique.
Par ailleurs, une équipe de 15 gynécologues-obstétriciens prennent en charge les femmes enceintes et réalisent les accouchements (2 800 par an).
La clinique dispose en outre, de 3 médecins spécialistes de garde sur place en permanence : un gynécologue-obstétricien, un anesthésiste-réanimateur et un pédiatre.
De plus, une astreinte de biologie et de radiologie permet d'obtenir à tout moment les examens complémentaires nécessaires.
Ainsi, toutes les urgences gynécologiques médico-chirurgicales et obstétricales sont assurées : **24h/24 + 7j/7 + 365 jours par an.**

Les principales urgences en chirurgie gynécologique :

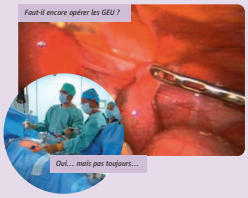
- La grossesse extra-utérine.
- L'hémorragie de la délivrance.
- La torsion d'annexe.
- La rupture de kyste hémorragique de l'ovaire.
- Les méno-métrorragies abondantes.
- La pyosalpinx et la salpingite.
- La nécrobiose aseptique de fibrome utérin.
- Les abcès : bartholinite, sein, etc...

Les hémorragies de la délivrance :

Elle est définie par l'OMS comme une hémorragie d'origine utérine, survenant dans les 24h suivant l'accouchement, et responsable d'une perte sanguine au moins égale à 500 ml.
Bien que heureusement rare, il s'agit d'une urgence médico-chirurgicale absolue. Toute l'équipe médicale est ainsi sollicitée : obstétricien, chirurgien gynécologue et anesthésiste.

Une prise en charge globale et rapide de la patiente est alors instaurée : mesures réanimatoires, gestes obstétricaux et parfois intervention du chirurgien.
Par ailleurs, un partenariat existe avec le service de radiologie de l'Hôpital Central, afin de faire bénéficier, le cas échéant, aux parturientes, des techniques d'embolisation des artères utérines.

Zoom sur le traitement médical de la grossesse extra-utérine (GEU)



Le choix du traitement d'une grossesse extra-utérine :

⊕ Chirurgical ?
Le traitement d'une GEU est le plus souvent chirurgical : cœlioscopie avec conservation de la trompe (salpingotomie) ou sans conservation de la trompe (salpingectomie).
Le traitement chirurgical s'impose évidemment en cas de volumineuse GEU, d'existence d'un hémopéritoine important, de taux de BHCG très élevé, de douleurs pelviennes majeures...

⊕ Ou médical ?
Mais, dans un grand nombre de cas, la chirurgie peut être évitée, et le traitement médical a alors toute sa place. Il repose sur l'injection Intra Musculaire de Methotrexate® (MTX).
Le MTX est un antagoniste de l'acide folique, il empêche la synthèse d'ADN, inhibe la multiplication cellulaire, inhibe la synthèse des bases puriques.
A la dose utilisée, il aura une action uniquement locale en stoppant le développement embryonnaire ectopique.
Il n'a aucun effet secondaire majeur dans cette indication.

Le traitement médical de la GEU par injection intra Musculaire de Methotrexate

Nous réalisation une injection de MTX intra musculaire à la dose de 1 mg/kg, puis effectuons un dosage quantitatif des BHCG à J4, J7 puis de manière hebdomadaire. L'injection du MTX se fait en hospitalisation, en service de chirurgie, avec un retour à domicile dès le lendemain.

Il peut être prescrit par tout médecin gynécologue spécialiste. En revanche, celui-ci doit impérativement en informer le chirurgien gynécologue de garde, dans l'hypothèse d'une chirurgie en urgence.

Une consultation anesthésique ainsi qu'un bilan sanguin pré-opératoire est indispensable. Le bilan biologique réalisé sera : NFS, Pq, ALAT/ASAT, Urée/Créatinine, BHCG, Progestéronémie.

Après une injection de MTX, la recrudescence d'algies pelviennes est normale. Elle traduit un remaniement nécrotique de l'hématosalpinx. Elle ne doit pas conduire à une cœlioscopie systématique.

La négativation des BHCG assure la guérison de la patiente. Le taux d'efficacité est d'environ 80% (tous stades confondus et indications respectées).

L'échec du traitement médical est défini comme étant une absence de baisse de plus de 15% des BHCG à J7 par rapport à J4. Dans cette situation, une deuxième injection de MTX en IM à la même dose est possible, sinon une chirurgie d'emblée par cœlioscopie est proposée.

Dans tous les cas, après 2 injections de MTX, et sans efficacité notable, le traitement chirurgical s'impose.

Surveillance et évolution :

La surveillance de la patiente se fait ensuite à domicile. Elle sera toutefois revue en consultation une fois par semaine, avec son taux de BHCG. Nous restons en permanence à sa disposition en cas de problème survenant dans l'intervalle de temps.
Une surveillance échographique est en générale proposée, mais n'est pas obligatoire.
La résorption de l'hématosalpinx est lente, et ne sait pas forcément la décroissance des BHCG. En revanche, l'échographie est primordiale en cas de recrudescence importante des douleurs, pour rechercher un syndrome fissuraire.
Dès la négativation des BHCG, trois mois de contraception orale sont préconisés.

Quelles contre-indications ?

a) Absolues au traitement médical :
- Etat hémodynamique instable.
- Epanchement abdominal extra pelvien.
- Mauvaise compliance de la patiente au suivi.
- Refus de la patiente.
- Récidive d'une GEU homolatérale.

b) Absolues au MTX :
- Anomalie du bilan hépatique (ALAT/ASAT*2).
- Anomalie du bilan rénal (Créatinine élevée).
- Thrombopénie (Pq < 100 000/mm³).
- Leucopénie (GB < 2 000/mm³).
- Anémie sévère.

Dans quel cas avoir recours au traitement médical ?

Il s'agit globalement des GEU peu évolutives (pas d'activité cardiaque, BHCG < 10 000, hématosalpinx < 4 cm), chez une patiente informée et d'accord.

Score de FERNANDEZ favorable : (taux de succès > 85 % si score < 12).

	1	2	3
Age gestationnel (SA)	≤ 6	7 - 8	> 8
BHCG (ui/l)	< 1 000	1 000 – 5 000	> 5 000
Progestéronémie (ng/ml)	< 5	5 – 10	> 10
Douleurs abdominales	Absentes	Provoquées	Spontanées
Hématosalpinx (cm)	< 1	1 – 3	> 3
Hémopéritoine (ml)	0	1 – 100	> 100

Fertilité ultérieure :

Le taux global de grossesse évolutive dans les 2 ans, après une GEU est de 60%. Le traitement médical par MTX obtient les mêmes résultats que la cœlioscopie avec salpingotomie.
Le taux global de récidive d'une GEU est de 10 à 30%.

Iconographies

Salpingotomie droite pour GEU.

Que faut-il retenir ?

Il est ainsi possible à tout moment, de contacter un médecin spécialiste à la Polyclinique Majorelle, pour un avis ponctuel ou pour adresser une patiente en urgence **24h/24 et 7j/7 :**

Polyclinique Majorelle
1240 avenue Raymond Pinchard - 54000 NANCY
Tél : 0 826 305 655

Dr David TISSERANT, Chirurgien gynécologue

L'échographie dans la péridurale obstétricale

L'utilisation de cette technique peut se faire soit sur un mode d'écho-repérage (repérage anatomique et ainsi faciliter et/ou sécuriser l'anesthésie péridurale) soit le mode de l'écho-guidage (guidage en temps réel de l'aiguille, qui s'invite être d'un plus grand niveau de difficulté, nécessité de deux anesthésistes).
L'écho-repérage améliore le taux de succès, réduit le nombre de tentatives ainsi que la douleur générée par le geste,et améliore la satisfaction globale du patient.

Le matériel

L'échographe utilisé est pour cette clinique un SONOSITE doté d'une sonde basse fréquence convexe.
Les kits habituels de péridural utilisés : aiguille, cathéter, filtre, seringue.

L'échorepérage

Le repérage préalable à l'anesthésie péridurallaire a pour but de préciser le niveau de ponction, l'approche idéale de l'aiguille.
La visualisation du sacrum, des processus épineux, des lames vertébrales, des espaces inter-épineux, du ligament jaune et de la dure-mère, apporte les informations nécessaires à ces objectifs.

La méconnaissance du niveau de ponction d'une anesthésie périmédullaire peut être à l'origine de lésions médullaires accidentelles. L'utilisation des repères de surfaces pour le déterminer est fréquemment prise en défaut. En disposant la sonde d'échographie en regard de la jonction lombo-sacrée, en position sagittale paramédiane, on observe caudalement une ligne hyperéchogène continue correspondant au sacrum puis successivement les lames vertébrales L5 puis L4, etc... jusqu'au niveau souhaité. Une fois le niveau de ponction repéré, on le matérialise au crayon dermographique.

La sonde échographie est disposée transversalement sur la ligne médiane des apophyses épineuses. La position des épineuses est dessinée sur la peau avec un crayon dermographique, et leur réunion matérialise l'axe rachidien sagittal superficiel.

On visualise la fine ligne hyperéchogène durale, alors que le ligament jaune qui lui est immédiatement superficiel, est moins échogène et plus épais.

On note la profondeur du complexe «dure-mère/ligament jaune».
Le niveau de l'espace inter-épineux est dessiné au crayon dermographique à chaque extrémité latérale de la sonde.
L'intersection de ce niveau transversal et de l'axe rachidien sagittal superficiel permet de définir le point de ponction cutané de l'abord périmédullaire inter-épineux.

L'intérêt

Les études récentes sur le sujet ont montré que l'échographie permettait de diminuer le nombre de ponctions et de réorientations d'aiguille, qu'elle accélérait l'apprentissage du geste, et qu'elle augmentait la satisfaction globale des patientes.
En revanche, l'échographie présente un intérêt réel chez les patients obèses et scoliotiques. La réalisation de l'échographie chez ces patients est plus difficile que dans un cas standard et nécessite un entraînement préalable. Mais elle constitue par contre un outil précieux au praticien entraîné. Certains services d'urgence l'utilisent également pour la réalisation des ponctions lombaires difficiles. Chez le patient ayant subit une chirurgie du rachis, le repérage échographique permet également de redonner la possibilité de bénéficier d'une rachianesthésie en l'absence des repère osseux traditionels.

Enfin, le repérage échographique pourrait dans l'avenir aider à dépister les patients suspects d'avoir des anomalies structurelles de l'espace, péridural exposant aux complications telle que la brèche durale méningienne, en les confirmant ou en les prévenant.

Conclusion

L'échographie constitue une aide précieuse pour la réalisation d'anesthésie péri-médullaire. Elle est d'un intérêt prouvé dans les cas difficiles que sont notamment les patients obèses et scoliotiques.
Afin d'être suffisamment formés à la technique et d'être à même de tirer pleinement profit des facilitations qu'elle engendre, il nous paraît important de s'entraîner sur des patients sans difficulté.

Il est à noter que certaines société savantes se sont déjà dotées de guidelines concernant son utilisation.

Dr Catherine Caput,
Anesthésiste-réanimateur

Références : Eisenberg E, Tubert V : Place de l'échographie dans les anesthésies périmédullaires - MAPAR 2010

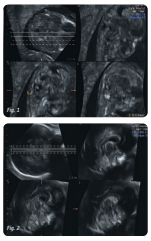
Echographie 3D-4D en gynécologie et obstétrique
Imagerie médicale ? - Spectacle familial ?

Depuis l'introduction de l'échographie en obstétrique, les médecins sont confrontés à une sorte de quiproquo originel sur la nature de cet examen : examen de dépistage (malformations, retard de croissance) pour l'échographiste, examen où l'on vient voir le bébé pour les parents. D'où cette incompréhension qui naît entre les protagonistes et qui peut se manifester chez la mère par des réflexions comme par exemple «on ne m'a rien dit» ou «mes enfants n'ont pas pu entrer !» ou encore «l'échographiste était très froid».

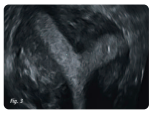
L'échographie fait partie des techniques d'imagerie dite «en coupe», c'est-à-dire 2D. C'était le cas pour les premières machines apparues au début des années 70. Et c'est toujours le cas actuellement malgré les améliorations considérables de la qualité et de la précision des images.

En mode 3D, l'échographiste acquiert un volume tissulaire et non plus une simple coupe, stocké dans l'informatique de l'appareil. Ce volume peut alors être utilisé de 2 façons. Le mode multiplanaire permet de travailler sur les plans de coupes, en 2D. Le mode surfacique donne une représentation du volume en 3D. C'est le mode de représentation faitale privilégié dans les médias. Pour obtenir des résultats satisfaisants, les conditions techniques sont au moins, voire plus draconiennes qu'en 2D. Il n'est donc pas toujours possible, loin s'en faut, d'obtenir de belles images fœtales.

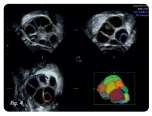
Un des rôles certainement les plus intéressants de l'imagerie 3D en obstétrique est l'obtention du troisième plan de coupe (mode multiplanaire).
La mesure de la CN (nuque), la visualisation du corps calleux en coupe sagittale (jaune) peuvent en bénéficier si le fœtus est mal positionné.



De la même façon, en gynécologie, la reconstruction multiplanaire est susceptible d'apporter des informations complémentaires grâce à l'obtention de la coupe frontale de l'utérus (*fig. 3*) : c'est la vue «hystérographique». Dans le cadre des malformations utérines, elle a l'avantage d'être plus facilement compréhensible par le clinicien. Ce document présente également l'avantage de l'objectivité.



Voici une application toute récente de la 3D, très spécifique : le comptage et la mensuration folliculaire au cours des stimulations ovariennes (fig. 4).



La 3D en mode surfacique nous fait changer de monde. Lorsque l'on regarde ces images de fœtus (*fig. 5 et 6*), on oublie complètement l'acte médical qui est derrière : les aspects émotionnels, affectifs sont largement sur le devant de la scène.

En fait de nombreux psychologues et psychiatres se sont très tôt intéressés aux rapport entre l'écho et les parents ou la famille, et ce avant la 3D.

Que disent ils ?
La mère et le médecin ne voient pas la même chose sur l'écran c'est évident. Plusieurs types de réactions apparaissent chez la mère (et le père) qui toutes peuvent générer de l'angoisse.

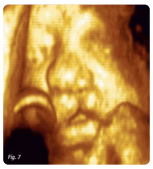
Déception devant le noir-blanc qui évoque une technologie ancienne, devant le caractère flou des images par rapport à ce que l'on peut voir dans les magazines ou à la télévision (qui montrent surtout des images de fœtoscopie).

Non compréhension des images par rapport à ce qui était attendu, par rapport à l'enfant imaginaire.

Bien sûr le médecin essaie «d'humaniser» l'examen pour atténuer l'angoisse :
- on parle du bébé et non du fœtus ;
- on essaie de montrer des images reconnaissables comme les mains, le profil du visage ;
- on explique ce qui se présente à l'écran, les mouvements ;
- on donne le sexe si souhaité.

On comprend mieux alors l'extraordinaire intérêt des patientes pour la 3D qui permet d'obtenir des images lisibles, compréhensibles.

Alors ces images présentent elles un intérêt strictement médical ?
Oui dans le cadre des malformations de la face (*fig. 7*) et des extrémités. Non pour le diagnostic, mais pour montrer de manière claire l'anomalie aux parents, les préparer psychologiquement.
Pour le chirurgien aussi qui pourra mieux expliquer les possibilités réparatrices aux futurs parents.



L'échographie est bien un acte médical. L'apport de la 3D est modeste, mais réel. L'échographie spectacle ou plaisir est un autre examen, relevant d'une autre finalité.

P. Bassenayat, B. Fagniez,
C. Grentzinger, B. Leyder
Imagerie Médicale Majorelle