



COLLÈGE DE GYNÉCOLOGIE
DE RHÔNE-ALPES

41^{ème}

Journée Scientifique

Du Collège de Gynécologie

De la Région Rhône-Alpes

Journée Jean Derrien

Vendredi 13 décembre 2024

Sofitel Lyon Bellecour

LYON





COLLÈGE DE GYNÉCOLOGIE
DE RHÔNE-ALPES

COMITÉ D'ORGANISATION

Nicolas Carrabin
Jean-Dominique Coste
Sergine Heckel
Mathieu Poilblanc
Christine Rousset-Jablonski
Ronan Callec
Jean-Sébastien Krauth
Fanny Roumieu
Cécile Muzelle
Marine de Ciantis
Charlotte Roux-Terrier



SOMMAIRE

Informations générales	p.3
Programme	p.4-5
Vendredi 13/12 Matinée	p.4
Vendredi 13/12 Après-midi	p.5
Résumés des Conférences	p.6-18
Sponsors	p.20

INFORMATIONS GÉNÉRALES



Secrétariat du Congrès

ANT CONGRES

24 rue des Soldats

34000 MONTPELLIER

Tél: +33 04 67 10 92 23

cgrra-congres@ant-congres.com

Lieu du Congrès

Hôtel Sofitel Lyon
Bellecour

20, quai Gailleton
69002 LYON France

ACCÈS

Voiture

De paris A6: Tunnel de Fourvière

- Sortir Presqu'île
- File de gauche > 2ème feu
- Direction Bellecour > au bout de la rue Sala > 1ère rue à droite > rue de la Charité
- 1ère à droite rue Charles Bienner
- Puis 1ère à droite

De Chambéry /Grenoble A43

- Périphérique Sud, direction Marseille
- Direction Paris A6-Lyon > Sortir
- Presqu'île > direction Bellecour

De Genève A42

- Direction Croix Luzet – Vaux- en -Velin tunnel de la Croix Rousse
- Palais des Congrès > Suivre quais du Rhône > Traverser Pont Morland
- Prendre Quai à droite > 1km sur la droite

Métro

Ligne A-D Station Bellecour

Parking

Bellecour, Place Bellecour



PROGRAMME Vendredi 13/12

Matin

8h30	Accueil des Participants / Café d'Accueil
9h00	Mot du Président <i>Dr Nicolas Carrabin</i>
9h05 - 10h15	SESSION 1 Pathologies mammaires <i>Modérateurs: C.Roux-Terrier et J-D. Coste</i>
9h05	Fibroadénome mammaire... polyfibromadénomatose et phyllode... ! <i>Dr Nicolas Carrabin</i>
9h30	Abcès mammaire récidivant : causes et bilan. <i>Pr Jean-Christophe Lega</i>
09h55	Prise en charge des abcès mammaires en radiologie. <i>Dr Noémie Peyron-Faure</i>
10h15	Pause – Visites des Stands
10h45 – 11h35	SESSION 2 Cancérologie <i>Modérateurs: N. Carrabin et J-S. Krauth</i>
10h45	Biphosphonate dans le cancer du sein en adjuvant. <i>Pr Julien Péron</i>
11h10	Préservation de la fertilité dans les cancers gynécologiques : quelles nouveautés dans les recommandations européennes 2024 ? <i>Dr Christine Rousset Jablonski</i>
11h35 - 12h15	Conférence plénière <i>Modérateur: C. Rousset-Jablonski</i>
Histoire de la gynécologie médicale. <i>Pr Anne Gompel</i>	
12h15 - 13h55	Déjeuner – Visite des Stands Dessert - Café





13h55 - 14h30	Bien Commencer 2025, petites informations utiles
13h55	EPU et DPC 2025. <i>Dr Cécile Muzelle et Dr Ronan Callec</i>
14h00	Prix de internes
14h15	Programme de dépistage organisé des cancers du col utérin. Les avancées de 2024. <i>Dr Anne Garnier</i>
14h30 - 15h10	SESSION 3 Colposcopie et HPV <i>Modérateur: C. Muzelle</i>
14h30	Dépistage du cancer du col utérin dans un contexte d'immunodépression. <i>Dr Julia Maruani</i>
14h50	Colposcopie : technique et bonnes pratiques. Biopsie (où ? combien ?), évaluation endocervicale. <i>Dr Mélanie Frigenza</i>
15h10 - 15h40	Pause – Visite des Stands
15h40 - 16h20	SESSION 4 Infertilité <i>Modérateurs: M. De Ciantis et R. Callec</i>
15h40	Fausse couche à répétition : quel bilan ? <i>Dr Noémie Ranisavljevic</i>
16h00	Infertilité: et les hommes ? <i>Dr Aurélie Brosse</i>
16h20 - 17h00	SESSION 5 Quand les dermatologues et les rhumatologues ne sont pas disponibles. <i>Modérateurs: R. Callec et S. Heckel</i>
16h20	Les indications de vitamine D : qui, quand et comment supplémenter en vitamine D ? Questionnement du dosage ? <i>Dr Justine Vix-Portet</i>
16h40	Les traitements de 1ère ligne de l'acné. <i>Dr Marie Danset</i>
17h00	Fin du congrès

FIBROADÉNOME MAMMAIRE... POLYFIBROMADÉNOMATOSE ET PHYLLODE... !

Dr Nicolas Carrabin

Les fibroadénomes sont des tumeurs bénignes qui ne justifient le plus souvent aucune prise en charge. Au niveau radiologique, ils se présentent en échographie comme une lésion oblongue régulière, avec un grand axe parallèle à la peau, survenant dans la très grande majorité des cas dans la première moitié de la vie. Leur évolution naturelle peut consister soit en une stabilité le plus souvent, parfois une régression ou une augmentation de taille. Aucune prise en charge n'est nécessaire et une simple expectative reste la norme, même si la lésion peut parfaitement être retirée en cas de gêne. La difficulté associée autour des lésions d'aspect fibroadénomateuse est en rapport avec les diagnostics différentiels éventuels : d'une part ne pas méconnaître un cancer dans sa forme généralement agressive triple négative et d'autre part ne pas méconnaître une lésion fibroépithéliale de type phyllode. Cependant, si la fiabilité de la biopsie est excellente pour différencier une lésion fibroépithéliale d'un carcinome mammaire, celle-ci est souvent prise à défaut pour faire le distinguo entre un fibroadénome cellulaire et/ou complexe et une tumeur phyllode de bas grade, ainsi que pour grader avec précision une tumeur phyllode. Cela est expliqué entre autres par le continuum histologique que présentent ces lésions entre elles au niveau microscopique.

Il existe par ailleurs des pathologies liées à la présence des fibroadénomes (polyfibroadénomatose, fibroadénome géant juvénile,...) pouvant complexifier la prise en charge et la surveillance.

ABCÈS MAMMAIRE RÉCIDIVANT : CAUSES ET BILAN.

Pr Jean-Christophe Lega

[illegible]

PRISE EN CHARGE DES ABCÈS MAMMAIRES EN RADIOLOGIE.

Dr Noémie Peyron-Faure

Les abcès mammaires sont rares et souvent mal pris en charge par méconnaissance. Ils surviennent souvent en contexte d'allaitement, et plus rarement en contexte post-opératoire, sur galactophorite chronique ou chez l'adolescente. Les patientes présentent une tuméfaction mammaire sensible, avec éventuellement un placard cutané inflammatoire et rarement de la fièvre. Le traitement chirurgical ne doit plus être pratiqué sauf rares cas. Le traitement de référence doit être aujourd'hui le couple antibiothérapie probabiliste (puis adaptée à l'antibiogramme) et la ponction percutanée échoguidée sous anesthésie locale, quelle que soit la taille de l'abcès. Ce geste miniinvasif peut être répété pour plus d'efficacité, tant que l'abcès présente une portion collectée. Il ne laisse pas de cicatrice, est très bien toléré et permet une épargne des antalgiques. En contexte d'allaitement la prise en charge doit être pluridisciplinaire (obstétricien, conseillère en lactation, radiologue) avec des conseils en lactation afin de permettre aux patientes de continuer d'allaiter. Les abcès post-opératoires correspondent parfois à des lymphocèles surinfectées et les ponctions doivent être arrêtées à la disparition des symptômes infectieux. En cas d'abcès sur galactophorite chronique, le traitement est souvent plus prolongé et un sevrage doit être encouragé en cas de tabagisme. Chez l'adolescente, il s'agit souvent de kystes périaréolaires surinfectés, qui peuvent parfois être traités par antibiothérapie seule s'ils sont de petite taille. Le suivi radiologique est hebdomadaire tant que l'inflammation est active avec échographie et éventuelle ponction si l'abcès est toujours collecté. Un bilan sénologique avec mammographie et échographie doit toujours être prévu à distance après disparition des signes inflammatoires, chez les femmes de plus de 35 ans, pour ne pas méconnaître une lésion tumorale sous-jacente.

BIPHOSPHONATE DANS LE CANCER DU SEIN EN ADJUVANT.

Pr Julien Péron

Les biphosphonates ont certainement un rôle à jouer dans la prise en charge adjuvante du cancer du sein, en particulier chez les patientes ménopausées. Ces agents, traditionnellement utilisés pour traiter l'ostéoporose et prévenir les événements osseux en lien avec des métastases osseuses, ont démontré leur efficacité pour réduire les métastases osseuses et améliorer le pronostic des patientes atteintes de cancer du sein.

Dans le cadre adjuvant, les biphosphonates, tels que le zolédronate et l'acide clodronique, sont utilisés en complément des traitements systémiques standards comme la chimiothérapie et l'hormonothérapie. Leur mécanisme d'action repose sur l'inhibition de la résorption osseuse par les ostéoclastes, ce qui diminue l'environnement favorable à la formation de métastases dans les os. Ils pourraient aussi avoir un effet direct sur les cellules tumorales en induisant leur apoptose et en perturbant leur microenvironnement.

Les études cliniques, synthétisés dans la méta-analyse de l'EBCTCG (Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group), ont mis en évidence les bénéfices des biphosphonates dans la réduction des récives osseuses et même l'amélioration de la survie globale chez les patientes ménopausées. Toutefois, ces bénéfices ne semblent pas aussi prononcés chez les femmes préménopausées, ce qui souligne l'importance de la sélection des patientes en fonction de leur statut hormonal.

La tolérance aux biphosphonates est généralement bonne, mais le risque d'ostéonécrose de la mâchoire doivent être pris en compte dans la décision. Ainsi, la décision de leur utilisation doit être soigneusement pesée au regard du profil de risque de chaque patiente.

En conclusion, les biphosphonates ont une place assez consensuelle dans le traitement adjuvant du cancer du sein chez les femmes ménopausées, avec un potentiel de réduire les récives osseuses et peut être d'améliorer la survie à long terme.

PRÉSERVATION DE LA FERTILITÉ DANS LES CANCERS GYNÉCOLOGIQUES : QUELLES NOUVEAUTÉS DANS LES RECOMMANDATIONS EUROPÉENNES 2024 ?

Dr Christine Rousset Jablonski

HISTOIRE DE LA GYNÉCOLOGIE MÉDICALE EN FRANCE.

Pr Anne Gompel

La gynécologie médicale est actuellement une spécialité française. Elle existe en France sous ce nom depuis le XIX^{ème} siècle, où le terme de gynécologie a succédé au terme antérieur de « prise en charge des maladies des femmes » remontant à l'antiquité. Elle s'est développée grâce à une grande école française de gynécologie chirurgicale, créée par Samuel Pozzi, l'école Broca. La chirurgie gynécologique a longtemps été séparée de l'obstétrique selon le vœu de cette école, jusqu'en 1941 où Vichy crée le conseil de l'Ordre qui réunit les deux exercices en une spécialité de gynéco-obstétrique. La gynécologie médicale persiste, notamment grâce à des personnalités emblématiques, militants de la contraception, de la sexualité et de l'avortement et grâce à des scientifiques qui développent des écoles universitaires. Spécialité exercée en majorité par des femmes (90/95% des gynécologues médicaux sont des femmes), elle fut supprimée en 1982-86 lors de la création du nouveau mode de spécialisation par les diplômes d'études spécialisées (DES), seule à avoir été alors supprimée. Une forte mobilisation de femmes et d'hommes, initiée par Dominique Malvy, gynécologue médicale à Albi, qui s'est développée à partir de 1998 a abouti à la restauration de la spécialité par la création d'un DES, au sein des spécialités médicales. Plus de 1000 internes sont ou ont été formés dans ce DES à ce jour, une dizaine d'universitaires ont été nommés et d'autres sont en cours. C'est donc une spécialité en plein développement, dont l'exercice est complémentaire des autres praticiens impliqués dans la prise en charge des maladies des femmes.

PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ DES CANCERS DU COL UTÉRIN. LES AVANCÉES DE 2024.

Dr Anne Garnier

DÉPISTAGE DU CANCER DU COL UTÉRIN DANS UN CONTEXTE D'IMMUNODÉPRESSION.

Dr Julia Maruani

Plusieurs études ont permis de mettre en évidence une augmentation de l'infection à HPV et des lésions intra-épithéliales (LIE) chez les patientes immunodéprimées.

L'altération de la réponse immunitaire chez ces femmes entraîne une diminution de la clairance virale, une persistance de l'infection et une augmentation des LIE et des cancers HPV induits.

Cependant les risques ne sont pas identiques en fonction de la pathologie initiale et des traitements pris.

- Femmes vivant avec le VIH (FVVIH) :

De nouvelles recommandations ont été publiées cette année par le Conseil National du SIDA et modifient les précédentes recommandations du rapport MORLAT de 2017 : début du suivi à 25 ans, le suivi se rapproche de celui des femmes immunocompétentes lorsque les CD4 sont supérieurs à 350 et le test HPV est utilisé à partir de 30 ans chez toutes les FVVIH, poursuite du dépistage après 65 ans en cas d'antécédent de lésion ou d'infection persistante à HPV.

-Les maladies auto-immunes :

Le niveau de risque dépend de la pathologie elle-même et surtout des traitements immuno-suppresseurs (IS) ou immunomodulateurs (IM) reçus.

Par exemple, la sclérose en place ou les MICI n'augmentent pas le risque de LIE en l'absence de traitements IS ou IM alors que le lupus ou la polyarthrite rhumatoïde augmente ce risque même non traité.

-Les patientes greffées d'organe solide :

Elles sont très à risque de lésion HPV induite en raison des traitements IS qu'elles prennent. Ces lésions sont souvent multi site et récidivantes et leur prise en charge complexe.

Les préconisations actuelles de la SFCPCV en cas d'immunodépression sont de réaliser un dépistage annuel par cytologie, cependant des recommandations nationales sont en cours d'élaboration et modifieront probablement ce schéma avec utilisation du test HPV après 30 ans.

COLPOSCOPIE : TECHNIQUE ET BONNES PRATIQUES. BIOPSIE (OÙ ? COMBIEN ?), ÉVALUATION ENDOCERVICALE.

Dr Mélanie Frigenza

FAUSSE COUCHE À RÉPÉTITION : QUEL BILAN ?

Dr Noémie Ranisavljevic

Les définitions des fausses couches à répétition (FCR) varient selon les sociétés savantes, ce qui explique une prévalence estimée entre 1 et 3 % des couples en âge de procréer. Les couples confrontés à ce problème vivent souvent des répercussions psychologiques importantes et sont en quête d'explications. Malheureusement, une étiologie n'est identifiée que dans environ 25 % des cas.

Plusieurs guidelines définissent le bilan à proposer en cas de FCR, avec des variations sur certains points. Nous explorerons ensemble les examens essentiels sur lesquels les experts s'accordent, ainsi que les différences entre les recommandations. Enfin, nous évoqueront les pistes de recherche et les examens associés dont l'efficacité n'est pas suffisamment prouvée pour être recommandés en pratique courante.

INFERTILITÉ: ET LES HOMMES?

Dr Aurélie Brosse

Une infertilité de couple est définie par une absence de grossesse après un an de rapports sexuels non protégés et complets. L'évaluation du partenaire masculin est indispensable dans la démarche étiologique et thérapeutique du couple infertile. En France, 1 couple sur 4 consulte pour une infertilité. Dans près de la moitié des cas, une cause masculine est identifiée. On assiste ces dernières décennies à un déclin de la fertilité masculine avec une concentration de spermatozoïdes qui a été divisée par 2 entre 1973 et 2018.

Les recommandations communes de l'Association Française d'Urologie (AFU) et de la Société d'Andrologie de Langue Française (SALF) ont été réactualisées en 2021 avec pour objectif de fournir des directives pratiques concernant l'évaluation des hommes infertiles. Une mise à jour des recommandations du CNGOF sur la prise en charge du couple infertile a été publiée en 2024. En andrologie, 6 recommandations ont été établies concernant le bilan de 1ère intention de l'homme infertile. Un bilan spermio-logique avec spermogramme, spermocytogramme et spermoculture est indiqué en 1ère intention devant une infertilité de couple. Si le bilan spermio-logique est normal, il n'y a pas lieu de le contrôler. Si ce bilan est anormal et/ou si l'interrogatoire est évocateur d'une cause d'infertilité masculine, il convient d'adresser le patient auprès d'un andrologue afin qu'il bénéficie d'un examen clinique général et scrotal. L'échographie scrotale avec doppler est indiquée devant toute anomalie du spermogramme. L'échographie prostatique n'est indiquée qu'en cas d'azoospermie obstructive inexpliquée, d'hypospermie et de suspicion d'obstruction haute. En cas d'azoospermie ou d'oligospermie, il est recommandé de réaliser un bilan hormonal afin d'orienter vers une étiologie obstructive ou non-obstructive (dosages de FSH, testostérone totale et +/- Inhibine B). Les dosages de LH, de prolactine seront demandés selon le contexte, et la testostérone libre ou biodisponible si le taux de testostérone totale est abaissé.

En cas de spermoculture positive et/ou d'IGAM, une cure hydrique et une augmentation de la fréquence des éjaculations sont indiquées en 1ère intention. Une antibiothérapie est discutée en fonction des résultats du contrôle de la spermoculture (hors IST pour lesquelles l'antibiothérapie est indiquée d'emblée).

La prise en charge du patient infertile comprend une prise en charge spécifique en fonction de la cause retrouvée aux anomalies du spermogramme. Il est par ailleurs indispensable de prendre en charge les facteurs influençant la spermatogenèse: réduction de l'exposition aux toxiques et perturbateurs endocriniens, réduction de l'exposition à la chaleur et aux ondes. Il convient d'insister sur la nécessité d'amorcer une perte pondérale en cas d'obésité, de privilégier une alimentation équilibrée et une activité physique régulière modérée. Pour tout patient infertile, la prescription d'anti-oxydants améliore les caractéristiques spermatiques et les chances de grossesse spontanée ou en AMP.

LES INDICATIONS DE VITAMINE D : QUI, QUAND ET COMMENT SUPPLÉMENTER EN VITAMINE D ? QUESTIONNEMENT DU DOSAGE ?

Dr Justine Vix Portet

La vitamine D joue un rôle clé dans la régulation du métabolisme osseux, mais ses effets vont bien au-delà de la santé osseuse, influençant également le système immunitaire et la prévention de certaines pathologies chroniques. Cependant, la carence en vitamine D reste très fréquente, notamment dans les populations à risque telles que les personnes âgées, les femmes enceintes et allaitantes, les personnes obèses, ainsi que celles vivant dans des régions à faible ensoleillement. La supplémentation en vitamine D est un moyen efficace de prévenir et traiter cette carence, mais elle doit être adaptée en fonction des besoins individuels, avec des doses variables en fonction de l'âge, de l'indice de masse corporelle et des comorbidités. L'association avec des apports suffisants en calcium est primordiale. Le dosage de la vitamine D, bien qu'utile pour identifier les carences et adapter la supplémentation, n'est remboursé que dans certaines indications. Nous aborderons les modalités de dosage et les recommandations pratiques de la prescription de vitamine D dans diverses populations à risque.

LES TRAITEMENTS DE 1ÈRE LIGNE DE L'ACNÉ.

Dr Marie Danset

L'acné est une pathologie fréquente, en particulier à l'adolescence mais pouvant également gêner la femme à l'âge adulte et au cours de la grossesse.

Cette pathologie parfois banalisée doit, du fait de son impact sur la qualité de vie et des cicatrices induites, faire l'objet d'une prise en charge médicale.

La présentation, sous forme de cas cliniques, vous proposera quelques astuces pratiques pour conseiller au mieux vos patientes et vous aider à la décision thérapeutique. Les traitements topiques (peroxyde de benzoyle, rétinoïdes topiques, acide azélaïque) et per-os (zinc, doxycycline, spironolactone) seront détaillées sur leurs bénéfices attendus, effets secondaires, modalités de prescription et de surveillance. Les indications de l'isotrétinoïne, dont la primo prescription est réservée au dermatologue, seront rappelées afin d'orienter au mieux les patientes éligibles.

La photoprotection et le traitement des cicatrices seront brièvement abordés afin de pouvoir répondre aux questions fréquentes de vos patientes.

Remerciements à nos partenaires

Baileul
LABORATOIRES

BESINS
HEALTHCARE
By your side, for life

Canon
CANON MEDICAL


CCD

 **eurofins** | **Biomnis**

 **Exeltis**
Rethinking Women's Healthcare

FUJIFILM
Value from Innovation

 **GE HealthCare**

 **GEDEON RICHTER**

LA ROCHE POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

LABORATOIRES
MAJORELLE
L'INNOVATION ACCESSIBLE

 **ORGANON**
La santé au féminin

Procare
Health
Naturally woman