



COLLÈGE DE GYNÉCOLOGIE
DE RHÔNE-ALPES

42^{ème}

Journée Scientifique

Du Collège de Gynécologie

De la Région Rhône-Alpes

Journée Jean Derrien

Vendredi 12 décembre 2025

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
Résumés des Conférences	p.6-24
Notes	p.25
Sponsors	p.28



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 12/12

8h30	Accueil des Participants / Café d'Accueil
9h00 - 10h15	SESSION 1 Fibrome utérin Modérateurs : M. De Ciantis, J-D. Coste
9h00	Fibrome et grossesse : quand opérer un fibrome en pré conceptionnel. (hors et en parcours PMA) ? Dr Eloïse Fraison
9h25	Embolisation des fibromes utérins. Dr Charles Mastier
9h45	Autres traitements destructeurs de fibromes utérins ? Pr Gil Dubernard
10h00	Les traitements médicamenteux des fibromes utérins en 2025-2026, ou en est-on ? Dr Nathalie Chabert-Bufferet
10h15 - 11h00	Pause – Visites des Stands
11h00 – 11h40	SESSION 2 Colposcopie et HPV Modérateurs : C. Muzelle, J-S. Krauth
11h00	À quelle âge arrêter le dépistage ? Pr Lise Lecointre
11h20	Prise en charge des lésions vaginales. Pr Xavier Carcopino
11h40 - 12h10	Conférence plénière Modérateur : C. Rousset-Jablonski
Femme et sommeil. Pr Laure Peter - Derex	
12h10 - 14h00	Repas – Visite des Stands Dessert & Café
13h55 - 14h25	Bien Commencer 2026, petites informations utiles
13h55	EPU et DPC 2026. Dr Ronan Callec et Dr Cécile Muzelle
14h00	Mot du Président et AG du CGRA. Dr Nicolas Carrabin





14h05	Prix des internes. Dr Christine Rousset-Jablonski
14h20	Ligue contre le Cancer, Comité du Rhône Dr Jean-Pierre Martin
14h25 - 15h35	SESSION 3 Cancérologie Modérateurs : N. Carrabin, C. Roux-Terrier
14h25	Hormones et cancer du sein : risque associé à la pilule, Mirena, THM et PMA ? Dr Christine Rousset-Jablonski
14h50	Traitement oestrogénique locaux et cancer du sein. Dr Anne Sophie Hamy
15h10	Cancer du sein et imagerie : quel dépistage en 2026 ? Quelle surveillance après cancer ? Dr Luc Ceugnart
15h35 - 16h10	Pause – Visite des Stands
16h10 - 17h05	SESSION 4 Mise au point sur les nouveautés en gynécologie Modérateurs : R. Callec, S. Heckel
16h10	Rélugolix. Dr Quentin Reboul
16h20	Traitement non hormonaux des bouffées de chaleurs. Dr Marine Rebotier
16h30	Changement de pratique des indications de ROPHYLAC. Dr Fanny Roumieu
16h35	Recommandation 2024 de prise en charge de l'herpès vulvaire. Dr Etienne Beaufiles
16h45	Présentation de la maison des femmes. Dr Julie Perlier, Mme Fanny Asselineau
16h55	Modalité de prescription test salivaire dans l'endométriose. Pr Francois Golfier
17h05	Fin du congrès

Résumé

Fibrome et grossesse : quand opérer un fibrome en pré conceptionnel (hors et en parcours PMA) ?

Dr Eloise Fraison

Fibromes sous-muqueux (FIGO 0-2) :

- Toujours à retirer avant grossesse ou PMA, car ils diminuent les chances d'implantation et augmentent le risque de fausse couche.
(Jayakrishnan K, 2017; ASRM, 2017)

Fibromes intramuraux non déformants la cavité :

- Décision au cas par cas.
Myomectomie à envisager si fibrome $\geq 3-5$ cm, proche de la cavité, multiple, symptomatique, ou en cas d'échecs répétés de FIV.
(Wang X, 2018; Deger U, 2023)

Fibromes sous-séreux :

- Pas d'indication opératoire uniquement pour la fertilité, sauf symptômes ou très gros volume.

En parcours PMA :

- Opérer uniquement les fibromes déformant la cavité ou intramuraux volumineux susceptibles de gêner l'implantation.

Après myomectomie :

- Attendre 3 à 6 mois avant conception (voire plus selon la chirurgie).
(Margueritte F, RBMO 2021)

Résumé

Embolisation des fibromes utérins.

Dr Charles Mastier

L'embolisation des fibromes utérins représente une alternative pour de nombreuses femmes en 2025. 20 minutes pour faire le point et vous donner envie de l'ajouter à votre arsenal thérapeutique !

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Autres traitements destructeurs de fibromes utérins ?

Pr Gil Dubernard

La myolyse des fibromes, qu'elle soit réalisée par ultrasons focalisés de haute intensité (HIFU) ou par radiofréquence (RF), représente une alternative mini-invasive à la myomectomie chirurgicale pour le traitement des fibromes utérins symptomatiques. Contrairement à la myomectomie, qui nécessite une incision (laparotomie, coelioscopie ou robotique) et une résection directe des fibromes, la myolyse vise à nécroser le tissu fibromateux sans ouverture de l'utérus, préservant ainsi davantage l'architecture utérine. Le HIFU est totalement non-invasif, guidé par IRM ou échographie, tandis que la radiofréquence est invasive nécessitant une anesthésie. Elle se pratique soit par voie trans-pariétale réalisée par des radiologues ou par voies coelioscopique ou trans-vaginale réalisées alors par des gynécologues.

Ces techniques offrent plusieurs avantages :

- Moins de douleurs post-opératoires,
- Risque réduit de complications (infection, saignement, adhérences),
- Temps de récupération plus court,
- Retour plus rapide à une activité normale (Chirurgie ambulatoire),
- Préservation potentielle de la fertilité, bien que les données restent limitées dans ce contexte.

Ces options sont particulièrement intéressantes pour les patientes souhaitant éviter la chirurgie ou présentant des contre-indications opératoires.

Cependant, la myolyse est surtout indiquée pour des fibromes de taille modérée (< 8-10 cm), et le choix de la voie d'abord dépend du nombre et de la topographie des fibromes. Une vigilance particulière doit être faite pour les fibromes avec une composante sous-muqueuse. Elle ne permet pas toujours une analyse histologique, contrairement à la myomectomie. Une évaluation rigoureuse de l'aspect IRM des fibromes avec protocole spécifique (3 plans T2, axial perpendiculaire au corps utérus, axial avec séquence de diffusion B1000 +/- injection) doit être réalisé en préopératoire.

Les traitements médicamenteux des fibromes utérins en 2025-2026, où en est-on ?

Pr Nathalie Chabbert-Buffet

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

À quel âge arrêter le dépistage ?

Pr Lise Lecointre

Le dépistage du cancer du col de l'utérus (CCU) a démontré son efficacité pour réduire la mortalité associée à cette pathologie. Toutefois, la question de l'âge optimal pour l'arrêt du dépistage reste débattue. Il apparaît donc essentiel d'adopter une approche individualisée en s'appuyant sur les données scientifiques les plus récentes et les recommandations internationales.

Le dépistage après 65 ans : ce que disent les données ?

Les études de cohortes à long terme montrent que le risque de développer un CCU invasif est extrêmement faible chez les femmes ayant eu un dépistage régulier avec des résultats négatifs. Une méta-analyse publiée en 2021 a révélé qu'après 65 ans, le taux d'incidence du CCU est inférieur à 5 cas pour 100 000 femmes-année dans cette population (1). En d'autres termes, chez ces patientes, l'interruption du dépistage ne modifie pas significativement la mortalité globale due au CCU.

De plus, chez les femmes ménopausées, la sensibilité et la spécificité des tests peuvent être altérées en raison de modifications physiologiques du col utérin (atrophie et modifications de la zone de transformation). Ces altérations augmentent les faux positifs, exposant les patientes à des interventions inutiles telles que les colposcopies et les biopsies cervicales. Ces interventions, bien que souvent mineures, comportent des risques accrus chez une population plus âgée, notamment des saignements, des infections et une morbidité psychologique associée au surdiagnostic.

Enfin, dans l'étude de Landy R., et al., les auteurs ont montré que le dépistage systématique des femmes à faible risque au-delà de 65 ans ne présentait pas de bénéfice significatif en termes de rapport coût-efficacité, même dans des systèmes de santé avancés (2). Les ressources pourraient être réorientées vers des groupes à risque élevé ou sous-dépistés, comme les femmes immunodéprimées ou celles n'ayant pas eu accès à un dépistage antérieur.

Néanmoins, persiste-t-il des situations où le dépistage du CCU après 65 ans est justifié ?

Les femmes ayant des antécédents de néoplasies malpighiennes intra épithéliales de haut grade (CIN2+), un cancer du col traité ou une infection persistante par un HPV à haut risque nécessitent une surveillance prolongée. Ces patientes présentent un risque résiduel de progression vers un CCU invasif, même après une prise en charge initiale adéquate. Les recommandations de l'American Society of Clinical Oncology (ASCO) préconisent un suivi individualisé basé sur l'évolution des antécédents cytologiques et virologiques (3). Une étude publiée par Dyhr Lycke K et al. en 2023, semble montrer que les femmes avec une CIN2 initialement surveillées ont un risque de lésion à long terme majoré par rapport à celles ayant eu une conisation immédiate. Cela tendrait à prouver que les infections HPV peuvent se réactiver même à distance (4).

De plus, une proportion importante des cancers invasifs diagnostiqués après 65 ans surviennent chez des femmes n'ayant jamais été dépistées. En effet, 20% des cas de CCU diagnostiqués après 65 ans, surviennent chez des patientes sans historique de dépistage (5). Dans cette circonstance, une étude de modélisation recommande un test HPV unique chez les femmes âgées non dépistées afin de réduire ce risque. Cette approche s'est avérée rentable et cliniquement pertinente spécifiquement pour ces patientes. Enfin, l'allongement de l'espérance de vie justifie de reconsidérer la limite d'âge pour le dépistage dans certains cas. Les recommandations de l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) suggèrent que les femmes en bonne santé, avec une espérance de vie de plus de 10 ans et sans comorbidités sévères, pourraient bénéficier d'un dépistage du CCU jusqu'à 70-75 ans. Cependant, cette décision doit tenir compte du profil de risque et des antécédents.

En conclusion, la décision d'arrêter ou de poursuivre le dépistage du CCU après 65 ans, nécessite une approche équilibrée entre les risques et les bénéfices. Les données nationales et internationales soutiennent une stratégie ciblée, axée sur les patientes présentant des facteurs de risque ou des défaillances dans leur historique de dépistage.

Références

1. Arbyn M, Weiderpass E, Bruni L, de Sanjosé S, Saraiya M, Ferlay J, Bray F. Estimates of incidence and mortality of cervical cancer in 2018: a worldwide analysis. *Lancet Glob Health*. 2020 Feb;8(2):e191-e203. doi: 10.1016/S2214-109X(19)30482-6. Epub 2019 Dec 4. Erratum in: *Lancet Glob Health*. 2022 Jan;10(1):e41.
2. Landy R, Pesola F, Castañón A, Sasieni P. Impact of cervical screening on cervical cancer mortality: estimation using stage-specific results from a nested case-control study. *Br J Cancer*. 2016 Oct 25;115(9):1140-1146.
3. Shastri SS, Temin S, Almonte M, Basu P, Campos NG, Gravitt PE, Gupta V, Lombe DC, Murillo R, Nakisige C, Ogilvie G, Pinder LF, Poli UR, Qiao Y, Woo YL, Jeronimo J. Secondary Prevention of Cervical Cancer: ASCO Resource-Stratified Guideline Update. *JCO Glob Oncol*. 2022 Sep;8:e2200217.
4. Lycke KD, Kahlert J, Petersen LK, Damgaard RK, Cheung LC, Gravitt PE, Hammer A. Untreated cervical intraepithelial neoplasia grade 2 and subsequent risk of cervical cancer: population based cohort study. *BMJ*. 2023 Nov 29;383:e075925.
5. Ronco G, Dillner J, Elfström KM, Tunesi S, Snijders PJ, Arbyn M, Kitchener H, Segnan N, Gilham C, Giorgi-Rossi P, Berkhof J, Peto J, Meijer CJ; International HPV screening working group. Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet*. 2014 Feb 8;383(9916):524-32.
6. Long-term risks of cervical cancer: Insights from longitudinal cohort studies," *The New England Journal of Medicine*, 2020.

Résumé

Prise en charge des lésions vaginales.

Pr Xavier Carcopino

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Femme et sommeil.

Pr Laure Peter-Derex

Le sommeil chez la femme présente des spécificités marquées, résultant d'une interaction complexe entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Ces spécificités concernent à la fois la santé du sommeil et les troubles du sommeil.

La santé du sommeil des femmes apparaît globalement plus vulnérable que celle des hommes, en particulier à certaines étapes de la vie. Sur le plan biologique, les fluctuations hormonales représentent un déterminant majeur de l'évolution physiologique du sommeil au cours de la vie reproductive. Les variations d'œstradiol et de progestérone modulent directement et indirectement (via la thermorégulation ou les rythmes circadiens) les systèmes d'éveil et de sommeil. Ainsi, les différentes phases du cycle menstruel s'accompagnent de modifications subjectives et objectives de la qualité et de la quantité du sommeil. La grossesse constitue une période de bouleversements physiologiques importants. Ses effets sur le sommeil sont multiples — hormonaux, mécaniques, métaboliques et psychologiques — et s'accompagnent d'une augmentation de la prévalence de l'insomnie, du syndrome des jambes sans repos et du syndrome d'apnées obstructives du sommeil (SAOS). Les perturbations du sommeil représentent un enjeu majeur, car elles influencent le pronostic materno-fœtal. La ménopause constitue une autre période à risque : les bouffées vasomotrices et les altérations du rythme circadien favorisent l'insomnie, et la prévalence d'autres troubles comme le SAOS augmente nettement. Si une partie de ces modifications relève du vieillissement, les changements hormonaux y jouent un rôle déterminant.

Le sexe et le genre influencent également profondément l'épidémiologie, la présentation clinique, le pronostic et la prise en charge des troubles du sommeil. L'insomnie est plus fréquente chez les femmes et souvent associée à des comorbidités anxio-dépressives. Le SAOS féminin reste sous-diagnostiqué en raison de présentations moins typiques (fatigue, insomnie, symptômes dépressifs plutôt que ronflement et somnolence). Le syndrome des jambes sans repos touche environ deux fois plus les femmes et s'aggrave fréquemment pendant la grossesse. Dans les hypersomnies centrales (narcolepsie, hypersomnie idiopathique), des différences concernent la sévérité symptomatique, les comorbidités, les délais diagnostiques et les options thérapeutiques, notamment en raison des interactions entre certains traitements stimulants de la vigilance et la contraception hormonale.

A l'heure actuelle, les connaissances reposent majoritairement sur les déterminants biologiques, mais les facteurs liés au genre — responsabilités familiales plus lourdes, charge mentale, stress psychosocial, contraintes professionnelles, inégalités d'accès aux soins — jouent un rôle majeur dans la trajectoire de santé du sommeil tout au long de la vie. La prise en compte de ces spécificités est un enjeu majeur pour une médecine du sommeil réellement personnalisée capable de répondre aux besoins spécifiques des femmes.

Résumé

Hormones et cancer du sein : risques associés à la pilule, Mirena, THM et PMA?

Dr Christine Rousset-Jablonski

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme en France, avec 58000 nouveau cas par an en France, et un risque cumulé de développer un cancer du sein en cours de la vie de 12 % pour les femmes françaises. Les facteurs hormonaux, endogènes comme exogènes, sont connus depuis longtemps comme étant des potentielles facteurs de risque de cancer du sein.

La prise d'une contraception hormonale estroprogestative (COP) est associée à une augmentation du risque de cancer du sein (risque x1,2 à 1,6), avec un effet-durée, pendant la durée de prise et les années suivant l'arrêt, avec un risque rejoignant celui des femmes n'ayant jamais utilisé de contraception hormonale à distance de l'arrêt. Un sur-risque est également observé chez les utilisatrices de microprogestatifs, et d'implant à l'étonogestrel. Concernant l'impact des DIU au Levonorgestrel (LNG), la majorité des études concernent le DIU à 52 mg, mais des études récentes concernent également les DIU à 19,5 et 13 mg de LNG. Ces études retrouvent également une augmentation du risque chez les utilisatrices.

La prise en charge en aide médicale à la procréation n'est pas associée à une augmentation des risques de cancer du sein, qu'il s'agisse d'induction de l'ovulation, par citrate de clomiphène ou par gonadotrophines, ou qu'il s'agisse de prise en charge en fécondations in vitro, que la comparaison soit faite avec des femmes de la population générale ou avec des femmes infertiles non traitées.

Une augmentation des risques de cancer du sein est retrouvée chez les utilisatrices de THM en cours de prise, avec :

- Un risque augmenté de façon plus importante pour les THM estroprogestatifs en comparaison aux estrogènes seuls (certaines études ne retrouvent pas d'impact des estrogènes seuls)
- En cas de THM estroprogestatif : un risque augmenté de façon plus importante pour les schémas combinés en comparaison aux schémas séquentiels.
- Selon le type de progestatif : les données de l'étude de cohorte française E3N restent les plus pertinentes et retrouvent un risque de cancer du sein significativement plus élevé en cas de THM estroprogestatif associant un progestatif de synthèse en comparaison avec un THM associant de la progestérone naturelle ou avec la dydrogestérone. Il n'était pas retrouvé d'augmentation significative du risque (toutes durées confondues) avec ces 2 dernières associations.
- L'impact de la tibolone est moins bien documenté. Un sur-risque mammaire est également retrouvé chez les utilisatrices en cours.

- Absence de différence d'impact selon la voie d'administration (orale ou transdermique)
- Un effet-durée : le risque augmentant avec la durée de prise
- Réduction du risque après l'arrêt du traitement
- Un impact de l'âge au début du traitement (délai depuis l'installation de la ménopause) est retrouvé dans les études avec un risque supérieur lorsque le délai depuis l'installation de la ménopause est court.

Dans l'ensemble les facteurs de risque hormonaux sont considérés comme des facteurs de risque « faible » (risque multiplié par un facteur <2), en comparaison aux facteurs de risques majeurs (antécédents familiaux, antécédents personnels de lésions à risque, antécédent d'irradiation thoracique...). L'exposition à ces facteurs hormonaux ne modifie pas les modalités de dépistage mammaire.

Références principales

Contraception

Mørch LS, Iversen L. Contemporary Hormonal Contraception and the Risk of Breast Cancer. *N Engl J Med.* 2017;377(23).

Conz L, et al. Levonorgestrel-releasing intrauterine system and breast cancer risk: A systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 2020 ; 99 : 970–982.

Aide médicale à la procréation

Barcroft JF, et al. Fertility treatment and cancers-the eternal conundrum: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod* 2021;36:1093–107.

Saso S et al. An umbrella review of meta-analyses regarding the incidence of female-specific malignancies after fertility treatment. *Fertil Steril* 2025

Gennari A, et al. Breast cancer incidence after hormonal treatments for infertility: systematic review and meta-analysis of population-based studies. *Breast Cancer Res Treat* 2015 ; 150 : 405–13.

Beebejaun Y et al. Risk of breast cancer in women treated with ovarian stimulation drugs for infertility: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril* 2021 ; 116 : 198–207.

THM

Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Type and timing of menopausal hormone therapy and breast cancer risk: individual participant meta-analysis of the worldwide epidemiological evidence. *The Lancet.* sept 2019;394(10204):1159–68.

Fournier A, et al. Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study. *Breast Cancer Res Treat.* janv 2008;107(1):103–11.

Fournier A, et al. Estrogen-progestagen menopausal hormone therapy and breast cancer: does delay from menopause onset to treatment initiation influence risks? *J Clin Oncol Off J Am Soc Clin Oncol.* 1 nov 2009;27(31):5138–43.

Résumé

Traitement oestrogénique locaux et cancer du sein.

Dr Anne Sophie Hamy

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Cancer du sein et imagerie : quel dépistage en 2026 ? Quelle surveillance après cancer ?

Dr Luc Ceugnart

L'organisation du dépistage organisé a 20 ans et nécessite une réflexion sur des évolutions techniques et organisationnelles. Les développements en imagerie notamment la tomosynthèse et en intelligence artificielle (IA) semblent pouvoir améliorer le taux de détection des cancers et la performance de la seconde lecture tout en répondant aussi à des problématiques de disponibilité de temps radiologue et d'expertise. Cependant pour conserver les spécificités du dépistage organisé « à la française » et répondre aux critères qualité édictés par le Conseil de l'Europe fin 2022, l'implémentation de ces solutions techniques va obliger à une adaptation de l'organisation avec plusieurs axes possibles de réflexion: De l'optimisation du programme actuel avec dématérialisation totale jusqu'à la disparition de la seconde lecture et l'utilisation de l'Intelligence artificielle, ces évolutions ne peuvent se concevoir sans des expérimentations évaluées de façon indépendantes et rigoureuses. La mise en place d'une organisation robuste pour le dépistage et suivi des femmes à risque augmenté (génétique, familial ou histologique) est un autre axe de réflexion et d'action, au vu de l'impact d'un non suivi dans cette population souvent plus jeune et présentant des maladies agressives.

Le dogme de la surveillance annuelle à vie des patientes traitées, actuellement recommandée, pourrait être remis en question suite à la publication récente de travaux montrant l'absence de perte de chance suite à la mise en place d'un suivi tous les 2 ou 3 ans. Cependant, la problématique de la compliance au suivi reste une question importante

Résumé

Rélugolix.

Dr Quentin Reboul

Les traitements médicaux de l'endométriose sont en pleine évolution, portés à la fois par l'amélioration des connaissances physiopathologiques et par l'arrivée de nouvelles molécules. Les recommandations récentes, notamment celles de l'ESHRE (2022) et du CNGOF (révision en cours), réévaluent la place des traitements hormonaux dans la prise en charge, en mettant l'accent sur une médecine personnalisée centrée sur la douleur, la tolérance et le projet de fertilité.

Historiquement, la première ligne de traitement repose sur l'inhibition de l'ovulation et l'hypo-œstrogénie contrôlée. Les contraceptifs hormonaux combinés (CHC), administrés en continu, restent recommandés comme traitement initial chez les patientes ne souhaitant pas de grossesse. Ils diminuent efficacement la dysménorrhée et les douleurs pelviennes en permettant une aménorrhée thérapeutique. En alternative de première intention, notamment en cas de contre-indication aux œstrogènes, les progestatifs seuls et le système intra-utérin au lévonorgestrel (LNG-IUS) constituent une option validée, soutenue par des preuves solides dans les recommandations ESHRE et CNGOF. Leur efficacité sur la douleur et leur rôle dans la réduction des récives après chirurgie sont bien documentés.

Le diénogest, actuellement positionné en seconde ligne dans les recommandations françaises, dispose d'un niveau de preuve élevé et pourrait évoluer vers une place en première intention dans les futures recommandations, compte tenu de son efficacité antalgique et de son profil de tolérance.

En seconde ligne, les agonistes de la GnRH ont longtemps représenté le traitement de référence, induisant une ménopause chimique réversible. Leur efficacité sur la douleur est importante, mais leur usage prolongé est limité par les effets secondaires liés à l'hypo-œstrogénie, d'où la nécessité d'une « add-back therapy » (œstrogène + progestatif).

L'évolution majeure de ces dernières années est l'apparition des antagonistes oraux de la GnRH, une nouvelle classe thérapeutique qui modifie significativement le paysage. Contrairement aux agonistes, ils entraînent une suppression rapide, dose-dépendante et réversible de la sécrétion gonadotrope, permettant un contrôle fin du degré d'hypo-œstrogénie. L'ESHRE 2022 les intègre désormais comme option valable dans la prise en charge de la douleur, en particulier dans les formes résistantes. Leur meilleure tolérance, leur administration orale et la possibilité d'ajuster la dose pour éviter une hypo-œstrogénie complète en font un outil prometteur. Leur position exacte dans l'algorithme thérapeutique, notamment par rapport aux progestatifs, est en cours de rediscussion dans les recommandations françaises.

En conclusion, les recommandations actuelles confirment la place centrale des traitements hormonaux dans la prise en charge de la douleur liée à l'endométriose. La place du diénogest devra être réévaluée comme option de première intention. L'arrivée des antagonistes de la GnRH marque une avancée majeure et impose une relecture de l'arsenal thérapeutique. Leur utilisation, intégrée à une stratégie individualisée tenant compte du projet de grossesse, de la tolérance et du type d'endométriose, représente une nouvelle étape vers une prise en charge plus fine et plus efficace de la maladie.

Traitements non hormonaux des bouffées de chaleurs.

Dr Marine Rebotier

Le traitement hormonal de la ménopause est le traitement gold standard des bouffées de chaleur.

Mais quand ce traitement est contre-indiqué, les alternatives restaient jusque-là limitées.

En effet il existe peu de données confirmant les bénéfices des traitements par phytothérapie, hypnose, acupuncture ou autre thérapies alternatives.

Dans les situations très invalidantes, nous pouvons prescrire des traitements médicamenteux hors AMM, comme les ISRS, la clonidine ou la gabapentine, avec une efficacité confirmée par certaines études mais avec des effets secondaires parfois importants, limitant leur utilisation.

L'arrivée des nouvelles thérapeutiques, antagonistes sélectifs des récepteurs de NK1 et/ou NK3, semble être une avancée majeure concernant le traitement de ses bouffées de chaleur. En effet ces nouvelles molécules non hormonales, le Fezolinetant et l'Elinzanetant, spécialement ciblées sur le traitement des bouffées de chaleur au niveau hypothalamo-hypophysaire, semblent avoir une efficacité importante avec peu d'effets secondaires rapportés dans les études récentes.

Des études d'efficacité sont encore en cours aussi bien dans la population générale que chez les patientes sous hormonothérapie pour un cancer du sein.

Le fézolinetant (Veoza) est commercialisé en France depuis maintenant avril 2025. Malgré une efficacité qui semble indiscutable, son utilisation est encore limitée par son non remboursement.

De plus, aucun de ces deux traitements n'a encore l'AMM pour une utilisation chez les patientes sous hormonothérapie après un cancer du sein.

Résumé

Changement de pratique des indications de RHOPHYLAC.

Dr Fanny Roumieu

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Prise en charge thérapeutique du patient atteint d'herpès génital, recommandations HAS novembre 2024.

Dr Etienne Beaufile

Rappels épidémiologiques :

La séroprévalence de l'HSV en France est d'environ 18% des femmes et 14% des hommes. Les ulcères à HPV augmentent le risque de contracter le VIH (RRx3 avec HSV2).

La co-infection HSV - VIH augmente le risque de transmettre le VIH.

Le diagnostic est avant tout clinique. Possibilité de faire une PCR sur les lésions en cas de doute.

Primo-infection (PI)

- Chez l'adulte immunocompétent (et chez la femme enceinte, et la personne vivant avec le VIH non sévèrement immunodéprimée, $CD4 > 200/mm^3$), la HAS recommande des cures courtes : valaciclovir 500 mg 2x/j pendant 5 jours en 1^{re} intention ; aciclovir 200 mg 5x/j pendant 5 jours en 2^e intention.
- La PI est souvent asymptomatique. En cas de symptômes : très bruyante chez la femme avec une vulvite œdémateuse, érosive, hyperalgique, parfois responsable de rétention aiguë d'urine
- En cas immunodépression sévère (VIH avec $CD4 \leq 200/mm^3$, greffe, hémopathie/cancers), posologies majorées et durée prolongée : valaciclovir 1000 mg 2x/j pendant 10 jours (1^{re} intention) ou aciclovir 400 mg 5x/j pendant 10 jours (2^e intention). En cas de nouvelles lésions ou persistance à J3-J5, rechercher une immunodépression. Éviter le sous-dosage pour limiter l'émergence des résistances

Récurrences : traitement curatif (épisodique)

Le traitement doit débuter au plus tôt, dès les prodromes, idéalement dans les 48 heures -> importance d'une prescription anticipée

- Chez l'adulte immunocompétent (ou VIH non sévère) : valaciclovir 2000 mg 2x/j pendant 1 jour (hors AMM) c.a.d 4cp en 1 prise, à renouveler 12h plus tard, est privilégié pour sa simplicité. Alternatives « courtes » de 2^e intention : aciclovir 800 mg 3x/j pendant 2 jours, valaciclovir 500 mg 2x/j pendant 3 jours, ou famciclovir 1000 mg 2x/j pendant 1 jour.
- Chez la femme enceinte : valaciclovir 500 mg 2x/j pendant 3 jours ou aciclovir 200 mg 5x/j pendant 5 jours.
- Chez l'immunodéprimé sévère : valaciclovir 1000 mg 2x/j ≥ 5 jours (jusqu'à guérison), ou en 2^e intention aciclovir 400 mg 5x/j ou famciclovir 500 mg 2x/j pendant ≥ 5 jours.
- Les topiques (aciclovir, trifluridine, interférons) ne sont pas recommandés.

Récurrences : prophylaxie suppressive

Indiquée chez les patients ayant des poussées fréquentes ($\approx \geq 4-6/\text{an}$), un fort retentissement sur la qualité de vie, des complications, ou un risque de transmission (couple séro-discordant).

- Chez l'adulte immunocompétent : valaciclovir 500 mg 1×/j pendant 6–12 mois (1^{re} intention) ou aciclovir 400 mg 2×/j (2^e intention), avec réévaluation annuelle et possibilité d'augmenter les doses si récurrences persistantes (p. ex. valaciclovir 500 mg 2×/j, aciclovir 400 mg 3×/j).
- Chez l'immunodéprimé (VIH ou autre), valaciclovir 500 mg 2×/j ou aciclovir 400 mg 2×/j pendant 6–12 mois.
- Chez la femme enceinte : si épisode d'herpès au cours de la grossesse, prophylaxie de 36 SA à l'accouchement par valaciclovir 500 mg 2×/j ou aciclovir 400 mg 3×/j ; pas de positionnement pour une prophylaxie en cas d'antécédents isolés avant la grossesse sans récurrence pendant la grossesse en cours.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Présentation de la maison des femmes.

Dr Julie Perlier, Mme Fanny Asselineau

Ouverte en septembre 2024, la Maison des Femmes de Lyon est une structure hospitalière et associative implantée au sein du système de santé lyonnais. Elle offre un espace unique, sécurisé et bienveillant pour l'accueil, l'écoute et la prise en charge globale des femmes victimes de violences sexistes ou sexuelles.

Ce dispositif repose sur une collaboration étroite entre les équipes hospitalières, les associations partenaires et les institutions locales, permettant une approche pluridisciplinaire et coordonnée : soins médicaux et gynécologiques, accompagnement psychologique, social et juridique.

La Maison des Femmes de Lyon accueille toutes les femmes, quel que soit le contexte des violences (conjugales, intrafamiliales, prostitution, travail, harcèlement, discriminations de genre).

Ancrée dans une dynamique régionale et nationale de santé publique, elle a pour mission de favoriser la reconstruction, l'autonomie et la réinsertion des femmes, tout en soutenant les professionnel·les de santé dans le repérage et l'orientation des victimes.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Modalité de prescription test salivaire dans l'endométriose.

Pr Francois Golfier

ENDOTEST® est un test diagnostique innovant fondé sur l'analyse des micro-ARN salivaires (miRNA) pour la détection de l'endométriose. Développé pour réduire l'errance diagnostique et offrir une alternative non invasive à l'imagerie, il s'appuie sur l'expression différentielle de 109 miRNA identifiés comme signatures reproductibles de la maladie. La performance du test repose sur un algorithme d'intelligence artificielle intégrant ces profils salivaires, indépendamment de l'âge, du statut hormonal ou de la prise d'antalgiques.

Les études cliniques rapportent des performances particulièrement élevées. L'étude de validation publiée en octobre 2025 dans NEJM Evidence, portant sur près de 1000 patientes, montre une sensibilité de 97,3 % et une spécificité de 94,1 %, avec un AUC de 96,6 %. La VPP est de 98,2% et la VPN de 91,3% pour une prévalence de la maladie de 77%. Comparé aux méthodes utilisées en première intention (interrogatoire, examen clinique, TVUS, IRM), ENDOTEST® présente des taux de mésestimation nettement plus faibles. Sa robustesse analytique est confirmée par la reproductibilité interlaboratoires et la stabilité des miRNA salivaires plusieurs jours à température ambiante.

Le prélèvement est non invasif, indolore et simple. La salive est recueillie avec un kit dédié, généralement le matin, à distance d'aliments ou de brossage. Le prélèvement est ensuite envoyé au laboratoire agréé en Nouvelle-Aquitaine pour extraction, séquençage et analyse automatisée. Le résultat est rendu en quelques jours, sous forme positive ou négative.

En France, la prescription est réservée aux médecins participant à l'étude nationale ENDOBEST, initiée en avril 2025 dans 100 centres agréés, chez des femmes de 18 à 43 ans présentant une suspicion clinique d'endométriose en raison de douleurs invalidantes mais sans diagnostic avéré à l'imagerie. Cette étude portant sur 2500 patientes vise, sous l'égide de la HAS, à évaluer l'utilité clinique du test, notamment la réduction des coelioscopies diagnostiques inutiles. Le test constitue une aide à la décision sans se substituer à l'expertise gynécologique : un résultat positif oriente vers une prise en charge spécialisée, un résultat négatif vers d'autres diagnostics.

Par sa simplicité, sa reproductibilité et son excellente performance, ENDOTEST® apparaît comme l'un des outils non invasifs les plus prometteurs pour accélérer le diagnostic de l'endométriose et améliorer le parcours de soins des patientes.

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

Notes

This image shows a full page of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a template for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

Remerciements à nos partenaires

