

LE CORDON ROUGE

**Association des Gynécologues
Obstétriciens en Formation**

AGOF



INTERVIEW D'EXPERT

Le ganglion sentinelle est-il
en train de disparaître ?

FOCUS

Immunisation maternelle
contre le VRS

PROJET AGOF

JARCA 2026 : Immersion au
cœur de la robotique et de
l'anatomie

N°30
Oct. 2026

w w w . a g o f . i n f o



SOMMAIRE

BUREAU

Présidente : Radostina Vasileva
Vice-président : Michel-Gabriel Cazenave
Trésorière : Mathilde Burgaud
Secrétaire générale : Léa Descourvières

ÉVÉNEMENTS

Responsables Infogyn : Radostina Vasileva, Nastasia Blaizac
Responsables Gyncaraïbes : Audrey Dirigent, Frédéric Glicenstein, Radostina Vasileva
Responsables PSF : Cam Duong, Marine Le Roux, Radostina Vasileva
Responsables JANIGO : Marine Le Roux, Agathe Barnabé, Cam Duong, Michel-Gabriel Cazenave, Radostina Vasileva
Responsables JARCA : Frédéric Glicenstein, Chloé Rodriguez-Villa, Anna Banelli
Responsables 5 Countries : Frédéric Glicenstein, Agathe Barnabé, Agathe Bruliard

PROJETS

Responsables podcast : Océane Pêcheux, Léa Descourvières
Responsables websérie : Frédéric Glicenstein, Lavinia Ifene
Responsables Cordon rouge : Morgane Goetz-Fu, Agathe Bruliard
GO connecté : Morgane Goetz-Fu, Yohan Benchimol, Frédéric Glicenstein
Responsables VR : Frédéric Glicenstein, Doris Célania, Xavier Ah-Kit, Albina Yandarova

INSTANCES

Référents relations internationales (ASF/GSF) : Michel-Gabriel Cazenave, Lavinia Ifene
Référents ENTOT : Michel-Gabriel Cazenave, Lavinia Ifene
Référents CEGO : Anne Leostic, Carla Sousa, Yohan Benchimol, Alexandre Buisson, Morgane Goetz-Fu
Référents SCGP/ESGE : Chloé Rodriguez-Villa, Agathe Bruliard, Anna Banelli
Référente certification cancérologie / RPC : Carla Sousa

MEMBRES SENIORS

Membres actifs seniors associés aux projets : Olivier Morel, Pierre-Alexis Gauci
Membres d'honneur : Alexane Tournier, Imane Ben M'Barek, Claire Cardaillac, Alexandre Boyer de Latour, Rayan Hamadmad

ISSN : 2269-0255

AGOF

12 rue Mermoz | 59000 Lille
secreteriat.agof@gmail.com
Tél : +33 (0) 6 59 66 81 48

Éditeur

Réseau Pro Santé
14, rue Commines | 75003 Paris
M. TABTAB Kamel, Directeur
reseauprosante.fr | contact@reseauprosante.fr

Mise en page

We Atipik
weatipik.com | contact@weatipik.com

Crédit photos : 123RF, AGOF, Adobe Stock

ÉDITORIAL | LE MOT DE LA PRÉSIDENTE

P 04

FOCUS

P 06

Immunisation maternelle contre le VRS

Retour sur 2 ans de campagne, des essais cliniques concluants et des données en attente

GYNÉCO, MAIS PAS QUE...

P 11

Gynécologue et chirurgienne reconstructrice :

Un parcours à la croisée des spécialités

Interview du Dr Adeline Turpin

INTERVIEW D'EXPERT

P 15

Le ganglion sentinelle est-il en train de disparaître ?

Interview du Dr Louise Benoît

POINT BIBLIO

P 20

Insuffisance rénale chronique terminale et grossesse

PROJET D'INTERNE

P 22

Dans les coulisses du "Kit de survie du néo-interne"

en Gynéco-Obstétrique

DE JADIS À NAGUÈRE

P 25

Histoire de la découverte de l'hyperclarté nucale

NEWS EN GYNÉCO

P 29

Évolution de la contraception

PROJET AGOF

P 32

JARCA 2026 : Immersion au cœur de la robotique et de l'anatomie

LES PETITS PLUS DU QUOTIDIEN

P 38

Le nouveau Pack Accueil est disponible !

CULTURE G

P 39

Les pépites de l'AGOF

FLASH INFO

P 40

FLASH INFO AGOF : Vos prochains rendez-vous formation et festivités à ne pas manquer !

Revue distribuée gratuitement aux internes de gynécologie-obstétrique de France. Fabrication et impression en UE. Toute reproduction, même partielle, est soumise à l'autorisation de l'éditeur et de la régie publicitaire. Les annonceurs sont seuls responsables du contenu de leur annonce.



ÉDITORIAL | LE MOT DE LA PRÉSIDENTE



Editorial



MOT DE LA RÉDACTRICE EN CHEF

2026 est l'année du trentenaire de l'Association.

Une année donc riche qui nous permet de prendre du recul sur les avancées, nombreuses, dans notre spécialité et des projets, tout aussi nombreux, portés avec passion par l'AGOF. Et de la passion, il y en a dans ce numéro !

On y parle de la grande histoire d'une petite zone hypoéchogène au premier trimestre de la grossesse, d'un panorama de l'impossible devenu possible en l'espace de quelques dizaines d'années et de changements de paradigme en matière de reproduction humaine ou même de prise en charge du cancer du sein.

On y découvre aussi des histoires de réparation, reconstruction et exploration en détails du corps féminin.

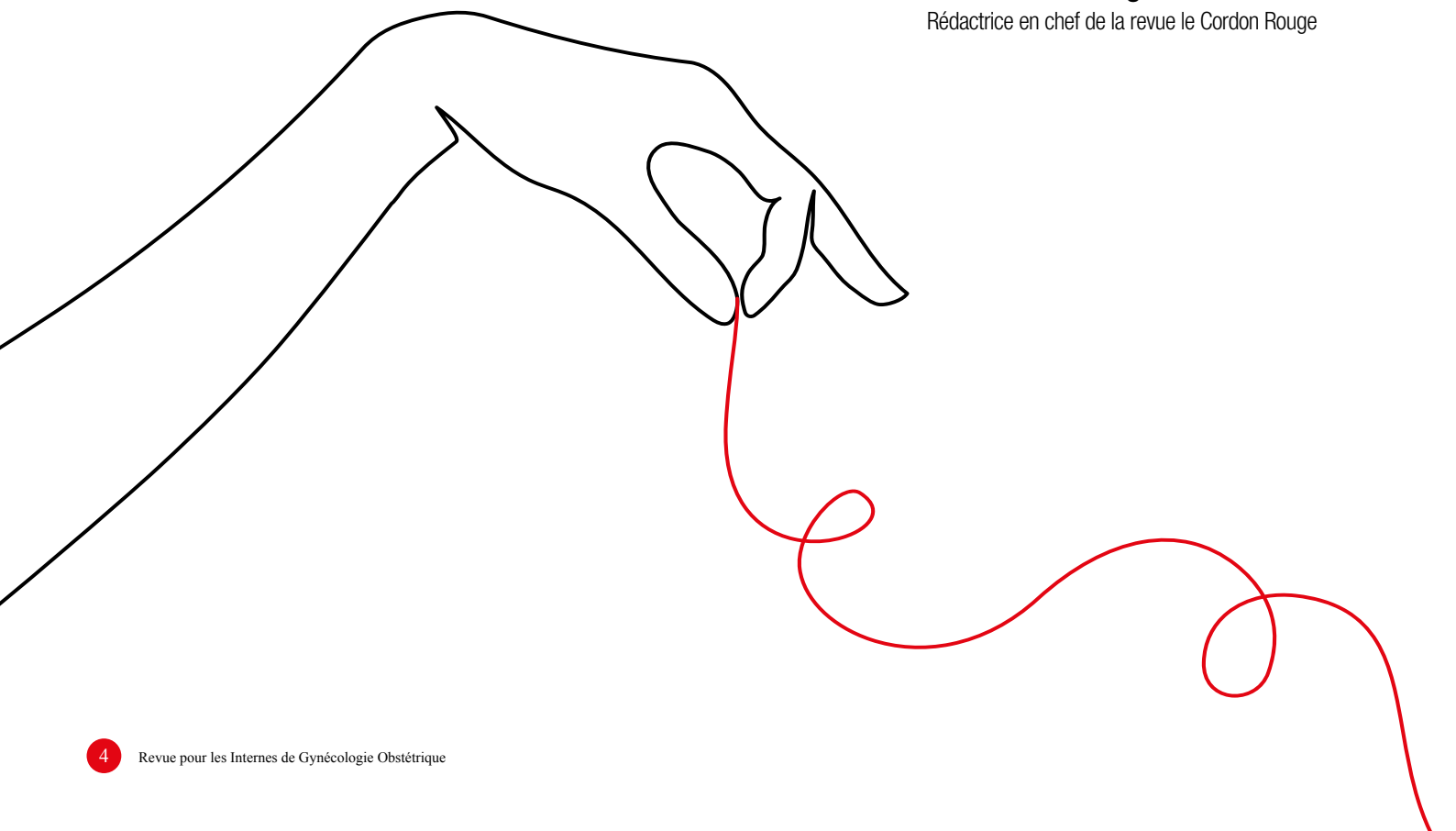
Et pour ne pas perdre le cap, on n'oublie pas de vous présenter le pack d'accueil du (parfait) néointerne !

Vous l'aurez compris, il y en a pour tous les goûts et impossible de s'ennuyer en parcourant cette belle édition du Cordon Rouge !

Bonne lecture,

Morgane GOETZ-FU

Rédactrice en chef de la revue le Cordon Rouge





MOT DE LA PRÉSIDENTE

Chères toutes, chers tous,

Avec cette nouvelle rentrée, je vous adresse mon dernier mot en tant que présidente de l'AGOF. Mais l'histoire continue, bien sûr, tout comme les nombreux projets de l'association !

Cette année, marquée par les 30 ans de l'AGOF, a été particulièrement riche en projets et en avancées. Je souhaite avant tout remercier toute l'équipe pour votre confiance, votre investissement et, comme toujours, pour la qualité du travail accompli. Et à celles et ceux qui débutent leur internat cette année : bienvenue !

À côté de nos rendez-vous désormais bien ancrés, comme le Micro des Gynéco, les JARCA, les Masterclass ou encore la Journée Santé Sexo, plusieurs projets importants ont progressé, notamment autour de la formation et de l'organisation de notre spécialité. Les réflexions se poursuivent avec les sociétés savantes, notamment le CNGOF et le CEGO, autour de la mise en place de la FST de sénologie, un domaine à part entière auquel cette édition fait justement une belle place, notamment à l'occasion d'Octobre Rose. En parallèle, le Parcours national de reconnaissance de compétence en chirurgie cancérologique gynécologique s'est également structuré, avec le lancement cette année de sa première promotion !

Nous avons aussi continué à défendre une formation exigeante mais bienveillante : préserver la place des stages universitaires, faire évoluer les conditions d'agrément des terrains de stage et favoriser une intégration adaptée des collègues issus de parcours internationaux, tout en soutenant des projets concrets portés par les internes. C'est notamment le cas du « Kit de survie du néo-interne », pensé comme un véritable outil du quotidien, que vous découvrirez également dans cette édition.

L'internat a ainsi déjà beaucoup changé depuis mes débuts en 2020 ! Last but not least, l'intelligence artificielle est désormais un enjeu majeur pour notre pratique. Elle continuera à transformer nos outils, nos habitudes et probablement une partie de notre manière de travailler, sans faire disparaître ce qui reste au cœur de notre métier : le raisonnement, la responsabilité et la relation avec nos patientes.

Soyez curieux, investis, et surtout gardez l'envie de faire évoluer notre spécialité. Et si vous voulez être au plus près de ces changements, venez nous rejoindre à l'AGOF !

Bonne rentrée à toutes et tous, excellente lecture et à très vite !

Radostina VASILEVA

Présidente de l'AGOF



Immunisation maternelle contre le VRS

Retour sur 2 ans de campagne, des essais cliniques concluants et des données en attente

La campagne de vaccination et d'immunisation maternelle contre le VRS a débuté le 14 septembre 2026 en France métropolitaine. Pour rappel, les infections à VRS sont des infections touchant les nourrissons de moins de 2 ans et responsables de 75 % des bronchiolites (1). Souvent bénigne avec une guérison en 5-10 jours, la bronchiolite peut également être responsable de formes sévères (insuffisance respiratoire aiguë le plus souvent).

Deux stratégies de prévention existent en France : la vaccination de la femme enceinte par le vaccin RSVpreF avec une dose à réaliser entre 32 et 36 semaines d'aménorrhée et l'immunisation du nourrisson par anticorps monoclonaux dès la naissance en période de campagne vaccinal et avant la saison d'épidémie pour les autres nourrissons.

Dans cet article, nous allons détailler les derniers chiffres épidémiologiques liés au VRS, étayer les études sorties récemment sur l'efficacité et la sécurité du vaccin RSVpreF et appréhender celles en devenir.

VRS et bronchiolite : physiopathologie, clinique et conséquences à court et long terme

Le VRS, de son nom entier, Virus Respiratoire Syncytial, est un virus pénétrant dans les cellules de la muqueuse respiratoire, particulièrement dans les bronchioles. C'est un virus à ARN simple brin dont l'enveloppe extérieur porte des glycoprotéines de surface, dont les protéines G et F, cibles des vaccins et anticorps monoclonaux. Il est responsable de 50 à 70 % des bronchiolites (2). L'épidémie est hivernale et touche environ un tiers des nourris-

sons, avec pour expression clinique une rhinite dans la plupart des cas. Cependant 2 à 3 % d'entre eux ont une forme sévère et nécessitent une hospitalisation pour insuffisance respiratoire aiguë (<1 % de décès). Outre la bronchiolite, l'impact des infections à VRS serait plus large et responsable d'otites moyennes aiguës et de pneumopathies (3). Il existe également des conséquences à long terme comme l'asthme du nourrisson défini



par 3 épisodes de dyspnée avant 3 ans. La relation VRS et asthme est suspectée depuis longtemps. L'étude INSPIRE (4) est basée sur une cohorte américaine de 1946 enfants, nés à terme entre juin et décembre 2012, ou entre juin et décembre 2013, et recrutés dans 11 cabinets pédiatriques à travers le centre du Tennessee, aux États-Unis. La proportion d'enfants infectés par ce virus durant leur première année de vie était de 54 % (IC95% [52–57]), soit 944 sur 1741 enfants (les données sur le statut infectieux étaient disponibles pour 89 % de la cohorte). Les auteurs avaient alors trouvé que la proportion d'enfants développant un asthme dans les 5 années suivantes était plus faible chez les non infectés (16 %) que chez ceux

ayant fait une infection à VRS (21 % ; $p=0,016$), soit une diminution de risque de 26 % (adjusted RR 0,74, IC95% [0,58–0,94], $p=0,014$). La proportion estimée de cas actuels d'asthme sur 5 ans pouvant être évités en évitant l'infection au VRS pendant la petite enfance était de 15 % (IC95 % [2,2–26,8]). Les auteurs restaient tout de même prudents quant à la causalité entre VRS et asthme, pouvant être multifactorielle. Des études supplémentaires restent nécessaires. Outre les conséquences médicales, il existe également des conséquences socio-économiques avec une surcharge des services d'urgences et de pédiatrie au moment de l'épidémie hivernale et un absentéisme parental conséquent.

Épidémiologie : bilan avant et après la mise en place de la vaccination maternelle

Regardons l'évolution des données épidémiologiques de Santé publique France concernant le VRS. Les saisons 2021-2022 et 2022-2023 avaient été marquées par des épidémies de bronchiolite plus précoces, prolongées et intenses, probablement en lien avec les levées des mesures de gestes barrières après la pandémie de Covid-19. Le bulletin sur la saison 2024-2025 avait fait état d'une épidémie plus courte (8 semaines) et de faible intensité, inférieure à celle des épidémies précédentes. La part de bronchiolites ayant nécessité un passage aux urgences et une hospitalisation est inférieure aux précédentes années. Cette faible épidémie est probablement liée aux campagnes d'immunisation qui ont été mises en place pour la première fois en début de saison 2024. Le VRS a été tout de même impliqué dans 60 % des cas admis en réanimation pour bronchiolite, soit un niveau comparable aux saisons précédentes : 572 cas graves de bronchiolites ont été signalés en réanimation dont 342 cas liés au VRS. Le traitement par anticorps monoclonaux avait été administré dans 36 % des cas et une immunisation maternelle passive avait eu lieu dans au moins 9 % des cas (données incomplètes) (5).

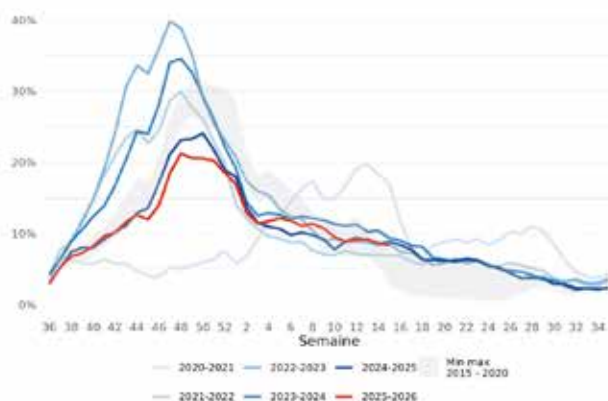
Le bulletin de la saison 2025-2026 semble similaire à celui de l'année précédente. L'épidémie a été courte, 8 semaines entre mi-novembre et mi-janvier, et peu intense. Le nombre de passages aux urgences et d'hospitalisations lié à une infection des voies respiratoires par le VRS est légèrement plus faible que l'année précédente chez les 3-5 mois et similaire chez les nourrissons de 6 mois et plus. Un nombre plus faible de cas graves a été signalé : 507 dont 321 lié au VRS. Pour précisions, 66 % avaient moins de 6 mois, 28 % avaient une comorbidité identifiée ou étaient nés prématurément. Un traitement préventif monoclonal avait été administré dans 33 % des cas et une immunisation maternelle a eu lieu dans 23 % des cas (pour les cas renseignés) (6).

Par ailleurs, le bulletin de l'ARS Île-de-France sur la campagne d'immunisation 2025-2026 a mis en évidence une meilleure couverture vaccinale : 30 000 femmes ont reçu le RSVpreF contre 1500 femmes lors de la campagne 2024/2025. À noter, le vaccin avait été disponible tardivement lors de la première campagne. On aperçoit donc une forte progression de la vaccination par RSVpreF en Île-de-France grâce notamment à une forte implication des professionnels de santé (7).



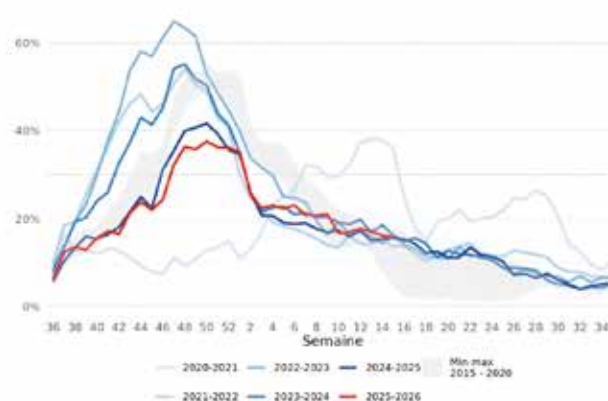
Part de la bronchiolite chez les enfants de moins de 1 an (6)

Passages aux urgences



Source : réseau OSCOUR®

Hospitalisations après passage



Source : réseau OSCOUR®

Retour sur l'efficacité du vaccin RSVpreF

Le vaccin RSVpreF a obtenu son AMM en août 2023 et est entré dans les recommandations vaccinales de la HAS le 6 juin 2024. Pour s'assurer de l'efficacité et de la sécurité vaccinale, la HAS s'est notamment basée sur les données obtenues entre juin 2020 et octobre 2023 dans l'essai MATISSE (8). C'est une étude de phase 3 avec une randomisation (1:1) en double aveugle, contrôlée par placebo, multicentrique et conduite dans 18 pays. À l'issue de l'analyse finale de l'étude, l'efficacité vaccinale contre les formes sévères dans les 90 premiers jours de vie s'élevait à 82,4 % (IC95% [57,5–93,9]), et restait significative jusqu'à 180 jours avec 70,0 % (IC95% [50,6–82,5]). Concernant les formes modérées (toutes formes associées à une consultation médicale), l'efficacité observée était de 57,6 % (IC95% [31,3–74,6]) à 90 jours. Une protection contre les hospitalisations liées au VRS a également été démontrée avec une réduction de 69,7 % (IC95% [37,1–86,7]) à 90 jours, et de 55,3 % (IC95% [23,8–74,6]) à 180 jours. L'étude a également confirmé un bon profil de tolérance chez les femmes enceintes ainsi que chez les nourrissons, une bonne immunogénicité avec un transfert placentaire optimal lorsque la vaccination avait eu lieu au moins 14 jours avant l'accouchement.

Plus récemment, l'étude de Jabagi et al. (9) a utilisé le Système national français de données de santé (SNDS) pour évaluer l'efficacité réelle au niveau de la population du vaccin maternel. Les nourrissons nés entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 2024 de mères vaccinées avec le RSVpreF pendant la grossesse ont été appariés 1:1 avec les nourrissons non vaccinés à la date exacte de naissance, à l'âge gestationnel, au sexe et au niveau de désavantage social. L'immunisation maternelle avec le RSVpreF était associée à un risque réduit d'hospitalisation pour une bronchiolite liée au VRS (HR 0,50 ; IC95% [0,45–0,55]), correspondant à une efficacité de 50 % (IC95% [45–55]). La protection était la plus élevée entre les jours 0 et 14 après la naissance (66 % ; IC95% [58–73]) puis a diminué à 38 % (IC95% [19–52]) entre les jours 60 et 75. Des réductions ont également été observées pour des issues graves, notamment pour les admissions en unité de soins intensifs pédiatriques (74 (0,5 %) contre 158 (1,0 %) ; efficacité 51 %, IC95% [43–57]), l'oxygénothérapie (59 (0,4 %) contre 136 (0,9 %) ; efficacité 54 %, IC95 % [46–60]) et le soutien ventilatoire (65 (0,4 %) contre 137 (0,9 %) ; efficacité 53 %, IC95 % [45–59]). La protection est donc forte tôt dans la vie puis diminue par la suite.



La sécurité du vaccin RSVpreF : un réel risque de prématurité induite ?

Au niveau sécurité, la HAS a mis en place une pharmacovigilance renforcée en vue de documenter un éventuel surrisque de naissances prématurées (non significatif pour ce vaccin, mais ayant conduit à l'arrêt du développement d'un vaccin concurrent). Un travail a été mené par Gabet et al. (10) à partir du SNDS également afin d'évaluer la sécurité du RSVpreF. Les femmes vaccinées ayant accouchées après 22 SA, entre le 15 septembre 2024 et le 31 décembre 2024, ont été appariées à des femmes non vaccinées sur plusieurs critères (âge gestationnel, âge maternel, région de résidence, antécédents de prématurité, vaccination anti-grippale au cours de la même grossesse et grossesse multiple). Aucun excès de risque n'a été observé pour la prématurité (rapport d'incidence pondéré (IRRp) = 0,97 ; IC95% [0,89–1,06]), l'accouchement dans la semaine suivant la vaccina-

tion (IRRp 0,81 ; IC95% [0,72–0,90]), dans les trois semaines (IRRp 0,97 ; IC95% [0,93–1,00]), le risque de mort-né (IRRp 0,77 ; IC95% [0,45–1,32]), la césarienne (IRRp 1,00 ; IC95% [0,96–1,03]), le petit poids de naissance pour l'âge gestationnel (IRRp 1,01 ; IC95% [0,96–1,07]), l'hémorragie du péri/post-partum (IRRp 1,03 ; IC95% [0,97–1,10]), la pré-éclampsie/éclampsie/HELLP syndrome (IRRp 1,02 ; IC95% [0,85–1,22]) ou les événements cardiovasculaires graves (IRRp 0,60 ; IC95% [0,26–1,40]). Dans les analyses de sous-groupes, un excès de risque non significatif de prématurité a été observé chez les femmes vaccinées avant 32 semaines d'aménorrhée (IRRp 1,13 ; IC95% [0,98–1,31]). Cela invite à poursuivre les recommandations en vigueur de vaccination entre 32 et 36 SA.

Délai entre le vaccin et la naissance augmenté, efficacité en amélioration

En juin 2026 est sortie une nouvelle étude de cohorte rétrospective réalisée par Valtuille et al. (11) afin de comparer l'efficacité de l'immunisation avec le nirsévimab à la naissance par rapport à la vaccination maternelle avec le RSVpreF pour prévenir les hospitalisations liées au VRS chez les enfants avant l'âge de 6 mois. Cette étude est basée sur le SNDS et a inclus tous les enfants nés entre le 1^{er} septembre 2024 et le 28 février 2025 en France métropolitaine, qui ont soit reçu le nirsévimab à la naissance (groupe nirsévimab), soit dont les mères ont reçu le vaccin RSVpreF entre 28 et 36 semaines de gestation (groupe RSVpreF). Les enfants étaient appariés selon la date de naissance, la région de naissance et le sexe. Au cours du suivi de 6 mois, 0,83 % du groupe nirsévimab ont eu une hospitalisation pour infection respiratoire basse liée au VRS contre 0,96 % dans le groupe RSVpreF. Après ajustement, le nirsévimab a été associé à une réduction de 22 % des chances d'hospitalisation par rapport à la vaccination contre le RSVpreF (OR 0,78 [IC 95 % 0,70–0,86]). Différents sous-groupes, selon le délai d'administration du vaccin RSVpreF et la naissance, ont été créés afin d'affiner la comparaison entre les deux méthodes de prévention. La probabilité d'hospitalisation est plus faible avec

le nirsévimab lorsque la vaccination RSVpreF était administrée entre 2 semaines et moins de 4 semaines (0,45 [0,32–0,63]), entre 4 semaines et moins de 6 semaines (0,80 [0,68–0,95]), et entre 6 semaines et moins de 8 semaines avant l'accouchement (0,80 [0,60–0,99]). Cependant, aucune différence significative d'hospitalisation liée au VRS entre le nirsévimab et le vaccin RSVpreF est retrouvée lorsque ce dernier est administré 8 semaines ou plus avant l'accouchement (1,01 [0,77–1,32]). Il semble donc que plus la période entre l'administration du vaccin et la naissance est prolongée, plus il y a une efficacité de cette immunisation in utero. De plus amples études seraient intéressantes sur ce sujet afin d'étudier un potentiel réajustement du schéma vaccinal en France. En attendant celles-ci, il semble intéressant de proposer la vaccination plus proche de 32 SA que de 36 SA aux femmes enceintes. À noter qu'en l'absence de comparaison randomisée et compte tenu des limites inhérentes aux études rétrospectives sur données médico-administratives, ces résultats restent incertains et ne permettent pas de conclure robustement à une différence d'efficacité entre les deux stratégies.



Des données toujours en attente

Actuellement, en France, en l'absence de donnée concernant la sécurité et l'efficacité d'une dose additionnelle de vaccin, en cas de nouvelle grossesse chez une femme préalablement vaccinée contre les infections à VRS au cours d'une grossesse antérieure, la HAS préconise de privilégier l'administration d'anticorps monoclonal chez le nouveau-né dès la naissance ou chez le nourrisson. Au Royaume-Uni et dans d'autres pays tels que l'Australie, l'Argentine, Le Brésil, etc., la vaccination est quant à elle recommandée à chaque grossesse. Une étude internationale multicentrique est actuellement en cours afin d'étudier la sécurité et la tolérance d'une seconde dose de vaccin (étude MARGUERITE (12)).

Deuxième point où des recherches restent à mener : la vaccination pour les grossesses multiples. Au Royaume-Uni, cette vaccination est recommandée dès 28 SA devant le risque de prématurité. Les données de sécurité du vaccin dès ce terme se montrent rassurantes. Aux États-Unis, le vaccin

est recommandé également, comme pour les grossesses uniques, entre 32 et 36 SA, avec une seule dose. Les données concernant la vaccination maternelle lors d'une grossesse multiple contre le VRS ne restent pas suffisantes pour le moment, des études sur cette thématique sont également en cours pour parfaire les préconisations, notamment en France.

Enfin, les différentes études de comparaison des 2 types de prévention contre le VRS, vaccination maternelle par RSVpreF ou anticorps monoclonaux, montrent une efficacité dans la prévention des hospitalisations et des formes sévères liées à ce virus. Plutôt que de rechercher une supériorité d'une des deux méthodes de prévention, une stratégie combinée pourrait peut-être permettre d'optimiser la protection des nourrissons contre le VRS. De plus, il serait intéressant d'avoir une mise à jour des recommandations afin de définir s'il est mieux de vacciner les patientes vers 32 SA que vers 36 SA afin de permettre une immunisation in utero plus efficace.

Mathilde BURGAUD

Sources

1. Haute Autorité de Santé - Vaccination maternelle contre le VRS : une nouvelle possibilité pour protéger le nouveau-né.
2. Meissner HC. Viral Bronchiolitis in Children. *N Engl J Med*. 2016 Jan 7;374(1):62-72. doi: 10.1056/NEJMra1413456c.
3. Microsoft Word - Fiches 2023-VRS-Infovac-Juin.docx.
4. Rosas-Salazar C, Chirkova T, Gebretsadik T et al. Infection du virus syncytial respiratoire pendant la petite enfance et asthme durant l'enfance aux États-Unis (INSPIRE) : une étude de cohorte de naissance prospective basée sur la population. *The Lancet*, 2023 ; 401, 1669-1680.
5. Bulletin Infections respiratoires aiguës. Bilan de la saison 2024-2025 au 15 avril 2025.
6. Bulletin Infections respiratoires aiguës / Semaine 15 / Édition nationale / Publication : 15 avril 2026.
7. Bronchiolite des nourrissons : bilan de la campagne d'immunisation 2025/2026 en Île-de-France | Agence régionale de santé Ile-de-France.
8. Simões EAF, Pahud BA, Madhi SA, Kampmann B, Shittu E, Radley D, et al. Efficacy, Safety, and Immunogenicity of the MATISSE (Maternal Immunization Study for Safety and Efficacy) Maternal Respiratory Syncytial Virus Prefusion F Protein Vaccine Trial. *Obstet Gynecol*. 1 févr 2025;145(2):157-67. doi:10.1097/AOG.0000000000005816 PubMed PMID: 39746212; PubMed Central PMCID: PMC11731064.
9. Gabet A, Bertrand M, Jabagi MJ, Kolla E, Olié V, Zureik M. Maternal and Neonatal Outcomes After Respiratory Syncytial Virus Prefusion F Protein Vaccination During Pregnancy: Analysis From the 2024-2025 Immunization Campaign in France. *Obstet Gynecol*. 1 janv 2026;147(1):118-26. doi:10.1097/AOG.0000000000006121 PubMed PMID: 41232114; PubMed Central PMCID: PMC12704682.
10. Jabagi MJ, Bertrand M, Gabet A, Tréluyer L, Kolla E, Rachas A, et al. Maternal RSVpreF Immunisation Against Infant RSV Hospitalisation: Nationwide Population-Based Effectiveness and Durability Study. *Lancet Reg Health - Eur*. 1 août 2026;67:101756. doi:10.1016/j.lanepe.2026.101756.
11. Valtuille Z, Fafi I, Kaguelidou F, Levy C, Cohen R, Mandelbrot L, et al. Effectiveness of nirsevimab immunisation after birth versus RSVpreF maternal vaccination in preventing RSV-related hospitalisations in infants: a population-based retrospective cohort study. *Lancet Child Adolesc Health*. 1 juill 2026;10(7):481-90. doi:10.1016/S2352-4642(26)00075-1.
12. Study Details | NCT06866405 | A Phase 3 Study of Revaccination in Subsequent Pregnancies With Bivalent RSV Vaccine and Duration of Protection of a Single Dose | ClinicalTrials.gov.



Gynécologue et chirurgienne reconstructrice : un parcours à la croisée des spécialités

Interview du Dr Adeline Turpin

Gynécologue-obstétricienne de formation, Adeline Turpin a choisi de poursuivre son parcours au sein du service de chirurgie plastique et reconstructrice de Gustave Roussy. Depuis deux ans, elle se consacre à la chirurgie du cancer du sein et à la reconstruction mammaire, à la croisée de la sénologie, de l'oncologie et de la chirurgie plastique.

Une orientation peu commune pour une gynécologue-obstétricienne, mais qui paraît presque évidente lorsque l'on considère la continuité entre le traitement carcinologique, la reconstruction et l'accompagnement global des patientes. Elle nous explique la naissance de cette vocation, son parcours de formation et sa vision de l'avenir de la sénologie pour les gynécologues-obstétriciens.



Pour commencer, peux-tu nous raconter ton parcours et ce qui t'a initialement conduite vers la gynécologie-obstétrique ?

Dr Adeline Turpin.- Tout d'abord, merci de me recevoir pour cet entretien. Je suis gynécologue-obstétricienne. Originaire de l'île de La Réunion, j'ai fait mon externat à Bordeaux après ma première année sur mon île. À l'internat, j'ai initialement choisi de poursuivre une formation en médecine générale. Très rapidement, je me suis aperçue que cette spécialité purement médicale ne me convenait pas. Le bloc m'a toujours plu, l'aspect manuel de la chirurgie m'a toujours séduite et j'ai souhaité m'orienter vers une spécialité médico-chirurgicale.

J'ai donc pris la décision radicale de renoncer à mon poste (quand tu signes ce document, ça fait quelque chose !) et de repasser les ECN, sans avoir la garantie de pouvoir devenir gynécologue-obstétricienne. À force de travail acharné, conciliant stage chez le praticien et révisions intensives, j'ai obtenu un poste d'interne de gynécologie-obstétrique à l'île de La Réunion.

GYNÉCO, MAIS PAS QUE...



À quel moment as-tu découvert la chirurgie sénologique et reconstructrice ? Y a-t-il eu une rencontre, un stage ou une intervention qui a constitué un véritable déclic ?

D^r A. T.- L'internat de gynécologie-obstétrique à La Réunion est très orienté vers la prise en charge chirurgicale du pelvis (bénin ou non), mais très peu vers la sénologie. En effet, cette activité est plutôt concentrée dans le secteur privé, auquel nous n'avions pas vraiment accès en tant qu'internes. Mais la force de l'internat à l'île de La Réunion réside dans la possibilité de partir en stage inter-CHU pendant le cursus et, pour ma part, j'ai pu partir à Lille pendant un an — à l'hôpital Jeanne de Flandre puis au CLCC Oscar Lambret. Lors de mon deuxième stage, axé sur l'oncologie au centre de lutte contre le cancer, je n'avais qu'une seule idée en tête : me consacrer à l'oncologie pelvienne.

Je me suis cependant rapidement aperçue que la sénologie occupait une place importante dans l'activité des gynécologues oncologues, alors même qu'elle était souvent pas aussi attractive. Je dois reconnaître que c'était également mon cas au début du stage.

Il m'a fallu, pour cela, rencontrer des personnes passionnées et extrêmement investies, qui m'ont fait découvrir cette merveilleuse spécialité. J'ai ainsi poursuivi ma formation dans le service de sénologie de l'hôpital Saint-Louis. Je dois reconnaître que cette année de docteur junior à l'hôpital Saint-Louis (AP-HP) m'a confortée dans mon souhait de poursuivre en sénologie.

Choisir, après un DES de gynécologie-obstétrique, de se former au sein d'un service de chirurgie plastique reste un parcours assez original. Comment cette possibilité s'est-elle présentée et comment as-tu construit ce projet ?

D^r A. T.- Je dois avouer que cette arrivée dans un service de chirurgie plastique a été totalement fortuite. J'avais l'idée de poursuivre la fin de mes études dans un centre spécialisé en sénologie et en reconstruction. J'ai toujours connu une sénologie et une reconstruction pratiquées par des gynécologues, que ce soit à La Réunion ou à Lille, mais, dans les centres parisiens, l'organisation est parfois différente. Tout naturellement, j'ai donc postulé directement dans le service de chirurgie plastique à l'Institut Gustave Roussy. À aucun moment, il ne m'a paru étonnant de travailler avec des plasticiens, car nous nous complétons mutuellement dans la prise en charge

“

À aucun moment, il ne m'a paru étonnant de travailler avec des plasticiens, car nous nous complétons mutuellement dans la prise en charge sénologique.

”

sénologique. Travailler à leurs côtés m'a permis de reconsidérer certains aspects oncologiques de la prise en charge du cancer du sein.

Comment s'est passée ton arrivée dans une équipe majoritairement composée de chirurgiens plasticiens ?

D^r A. T.- Bien sûr, arriver dans une équipe relevant d'une spécialité totalement différente de la mienne a été source d'inquiétude. Mais j'ai eu le bonheur d'intégrer une équipe chaleureuse et bienveillante,

avec des collègues qui sont maintenant devenus des amis. J'ai été accompagnée dans mon activité et j'ai redécouvert le mot « entraide » au sein de cette formidable équipe.



À quoi ressemble aujourd'hui ton activité quotidienne à Gustave Roussy ?

D^r A. T.- J'ai la chance d'avoir une activité à mon propre nom, ce qui n'est pas la règle pendant tous les clinicats ou assistanats. J'ai deux journées opératoires par semaine, une consultation avec des

patientes que je suis maintenant depuis deux ans, ainsi que des activités de recherche et de formation personnelle. Tout cela est bien entendu dense, mais extrêmement enrichissant.

Qu'apporte, selon toi, ta formation de gynécologue-obstétricienne à la prise en charge des patientes atteintes d'un cancer du sein ?

D^r A. T.- À mon sens, la formation de gynécologue-obstétricienne nous ouvre à une approche globale de la femme. Cette spécialité nous sensibilise à tous les aspects de la vie d'une femme et il paraît évident de penser, par exemple, à la contraception pendant et à l'issue du traitement du cancer

du sein, au projet de grossesse et à la place de la PMA dans le parcours de soins. Bien entendu, les connaissances relatives à la ménopause et à son accompagnement constituent un point fort de la pratique du gynécologue, facilement transposable au suivi du cancer du sein.

Les journées en salle de naissance te manquent-elles parfois ? Envisages-tu, à terme, de reprendre une activité dans un autre champ de la gynécologie-obstétrique ?

D^r A. T.- Parfois, je ressens un manque vis-à-vis de l'adrénaline et de l'excitation de la salle de naissance. La chirurgie programmée et la prise en charge des patientes ont aussi leurs avantages et

un côté très apaisant. Je n'exclus pas la possibilité de reprendre une activité d'obstétrique dans le futur, mais, pour l'instant, l'activité de sénologie et de reconstruction occupe tout mon emploi du temps.

“

Parfois, je ressens un manque vis-à-vis de l'adrénaline et de l'excitation de la salle de naissance.

”



GYNÉCO, MAIS PAS QUE...



Après deux années dans cet exercice très exigeant, comment parviens-tu à préserver un équilibre personnel en dehors de l'hôpital ? Qu'est-ce qui t'aide à prendre du recul ?

D^r A. T.- L'équilibre entre la vie privée et la vie professionnelle est parfois périlleux. Le travail en centre de lutte contre le cancer est incessant et peut parfois être prenant. Heureusement, la bonne ambiance professionnelle permet d'adoucir les journées (notamment notre baby-foot). Il

m'est essentiel d'avoir une vie hors de l'hôpital, avec mes amis et ma famille. Je prends également du temps pour moi, avec des activités qui me tiennent à cœur. Enfin, n'étant pas de Paris, je profite de mon temps libre pour découvrir cette magnifique ville.

Une formation spécialisée transversale (FST) en sénologie devrait être mise en place dans les prochaines années. Quel regard portes-tu sur ce projet ? Quelles compétences devrait-elle impérativement transmettre et quelle place les gynécologues-obstétriciens pourraient-ils occuper dans la chirurgie mammaire de demain ?

D^r A. T.- La mise en place d'une FST de sénologie me semble une excellente idée. Il s'agit d'une spécialité hybride, à mi-chemin entre l'oncologie et la chirurgie. Elle est souvent délaissée au profit de chirurgies du pelvis considérées comme plus « nobles ». Valoriser cette spécialité lui donnera une meilleure visibilité et la rendra plus accessible.

La sénologie ne se limite pas à la chirurgie, mais englobe la prise en charge globale du cancer du sein et des pathologies bénignes. Un apprentissage théorique rigoureux, portant sur tous les aspects de la sénologie (imagerie, traitement médical, chirurgie, anatomopathologie), me semble fondamental pour la pratique. J'aurais aimé que cette FST existe au cours de ma formation.

Que conseillerais-tu à un ou une interne de gynécologie-obstétrique attiré(e) par la sénologie ou la reconstruction mammaire, mais qui hésiterait à emprunter un parcours encore peu balisé ?

D^r A. T.- Il ne faut surtout pas hésiter lorsque l'on est attiré par cette spécialité. D'un regard extérieur, elle peut sembler encore peu balisée, mais il existe de nombreuses formations complémentaires, des services entièrement dédiés et des professionnels extrêmement passionnés, qui pour-

ront vous transmettre toutes les techniques. Bien sûr, ce parcours non fléché encore risque d'être plus difficile et de nécessiter un investissement personnel plus important afin d'obtenir les stages ou les formations nécessaires, mais, au final, tout cela en vaudra la peine.

Radostina VASILEVA

Présidente de l'AGOF



Le ganglion sentinelle est-il en train de disparaître ?



Michel-Gabriel Cazenave.- Dr Benoît, avant d'entrer dans le vif du sujet, quelques mots sur votre parcours ?

D^r Louise Benoît.- J'ai effectué ma formation à Paris, puis passé un an à Toronto avant de revenir en Europe, où je suis actuellement en train de m'installer en Suisse. Merci de m'avoir invitée à parler du ganglion sentinelle : c'est un sujet passionnant, parce que nous sommes en plein débat sur la désescalade chirurgicale en sénologie.

M.-G. C.- Justement, après avoir progressivement réduit les indications du curage axillaire, nous commençons maintenant à discuter de l'omission du ganglion sentinelle lui-même. A-t-il encore aujourd'hui une véritable fonction thérapeutique ?

D^r L. B.- Sa fonction thérapeutique propre est devenue très limitée. Aujourd'hui, le ganglion sentinelle est avant tout un outil de stadification, de pronostic et d'aide à la décision thérapeutique.

C'est un changement de paradigme important. Historiquement, la chirurgie axillaire reposait sur l'idée qu'il fallait contrôler chirurgicalement une maladie progressant du sein vers les ganglions. Les essais successifs ont progressivement remis en cause cette logique.

Nous avons d'abord appris que certaines micro-métastases ne justifiaient pas de curage complémentaire. Puis ACOSOG Z0011, AMAROS et plus récemment SENOMAC ont considérablement réduit les indications du curage axillaire.

La question suivante est donc devenue logique : si l'information apportée par le ganglion sentinelle ne change plus le traitement de certaines patientes, pourquoi continuer à leur imposer sa morbidité ?

M.-G. C.- SOUND a beaucoup contribué à cette réflexion. Quel est, selon vous, son principal enseignement ?

D^r L. B.- SOUND est particulièrement intéressant parce qu'il montre deux choses différentes.

La première est que l'omission de la chirurgie axillaire peut être oncologiquement sûre chez certaines patientes très sélectionnées présentant une petite tumeur et une échographie axillaire négative.

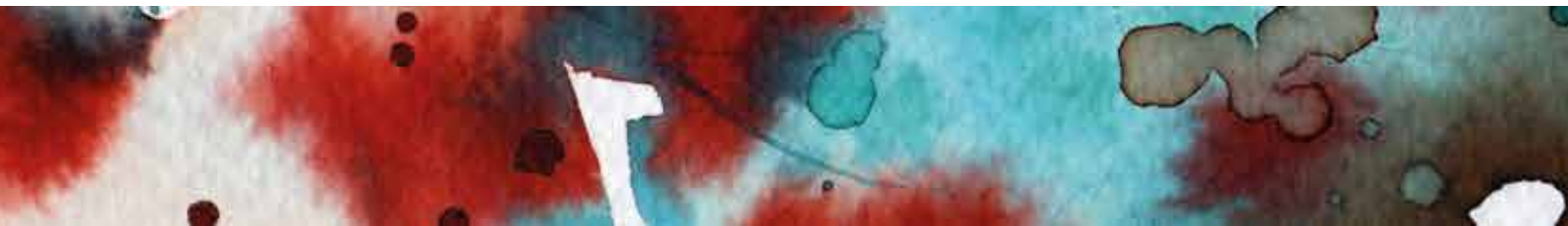
Mais il ne faut surtout pas oublier le profil des patientes incluses : l'âge médian était de 60 ans, la taille tumorale médiane de 1,1 cm et près de 88 % des tumeurs étaient RH positives/HER2 négatives. Il s'agissait donc d'une population extrêmement favorable.

Et surtout, 13,7 % des patientes ayant effectivement bénéficié d'un ganglion sentinelle présentaient malgré tout une atteinte ganglionnaire.

C'est probablement l'enseignement le plus intéressant : **une échographie de l'aire axillaire négative ne signifie pas que l'aire axillaire est réellement indemne.**

Pourtant, chez ces patientes à faible risque, laisser potentiellement en place une faible charge tumorale ganglionnaire n'a pas entraîné de dégradation du pronostic.

Le véritable message de SOUND n'est donc pas : « l'échographie permet de démontrer qu'une patiente est N0 ». C'est plutôt : « chez certaines patientes, nous n'avons peut-être plus besoin de savoir avec certitude si elle est N0 ». (JAMA Network)



M.-G. C.- INSEMA a ensuite apporté des données encore plus importantes. Est-ce l'étude qui doit véritablement faire changer nos pratiques ?

D^r L. B.- Probablement, oui.

INSEMA porte sur près de 5 000 patientes et dispose d'un suivi médian d'environ six ans. L'omission de la chirurgie axillaire s'est révélée non inférieure au ganglion sentinelle en termes de survie sans événement invasif.

En revanche, la différence en termes de morbidité est très concrète : moins de lymphœdème, moins de douleurs du bras et de l'épaule et une meilleure mobilité.

Il existait un léger excès de récidives axillaires — environ 1 % sans chirurgie axillaire contre 0,3 %

avec ganglion sentinelle — mais sans impact démontré sur le critère principal.

Cela nous oblige donc à nous poser une question simple : quelle valeur apporte réellement une information ganglionnaire si son acquisition entraîne une morbidité sans améliorer le pronostic ?

Il faut néanmoins rester prudent. Dans INSEMA, 90 % des patientes avaient une tumeur cliniquement T1 et la population était très largement favorable sur le plan biologique. On ne peut évidemment pas extrapoler ces résultats à une femme jeune présentant un cancer triple négatif ou une tumeur biologiquement agressive.

M.-G. C.- Peut-on alors remplacer le ganglion sentinelle par l'échographie axillaire ?

D^r L. B.- Je serais très prudente avec le terme « remplacer ».

L'échographie ne remplace pas le ganglion sentinelle pour déterminer le statut pathologique de l'aire axillaire. SOUND nous l'a très clairement montré : près de 14 % des patientes ayant une échographie négative avaient malgré tout une atteinte ganglionnaire.

En revanche, l'échographie peut devenir un **outil de sélection du risque**.

Ce que nous cherchons désormais n'est peut-être plus à démontrer que l'aire axillaire est absolument indemne, mais à identifier une population chez laquelle le risque d'une atteinte ganglionnaire cliniquement pertinente est suffisamment faible pour que connaître précisément ce statut n'apporte rien.

Dans SOUND, seulement 0,6 % des patientes du bras ganglion sentinelle avaient quatre ganglions positifs ou plus. C'est ce type de maladie ganglionnaire importante que nous devons surtout éviter de méconnaître.

M.-G. C.- Concrètement, quel serait aujourd'hui le profil idéal d'une patiente chez laquelle omettre le ganglion sentinelle ?

D^r L. B.- Aujourd'hui, je resterais proche des recommandations récentes.

La candidate idéale est une femme ménopausée, âgée d'au moins 50 ans, présentant un carcinome invasif canalaire unifocal de 2 cm ou moins, de grade 1 ou 2, RH positif et HER2 négatif, peu agressive, avec une aire axillaire non suspecte à l'échographie, et devant bénéficier d'une chirurgie conservatrice.

L'idée centrale est surtout que la découverte éventuelle d'un ganglion positif ne doit pas modifier les décisions thérapeutiques ultérieures.

C'est beaucoup plus important que de retenir arbitrairement un âge ou un Ki-67 précis.

Chez les patientes jeunes, préménopausées, avec une tumeur de grade 3, triple négative, HER2 positive ou lobulaire, les données restent beaucoup moins robustes et je serais nettement plus prudente.



M.-G. C.- C'est justement la principale critique de cette désescalade : sans statut ganglionnaire, ne risque-t-on pas de sous-traiter certaines patientes ?

D^r L. B.- Oui, et c'est probablement aujourd'hui la principale réserve.

Le ganglion sentinelle n'est plus vraiment thérapeutique, mais son information peut encore l'être.

Chez certaines patientes, le statut ganglionnaire peut modifier une indication de chimiothérapie, de radiothérapie ganglionnaire ou de traitement systémique adjuvant.

Cette question est particulièrement importante chez les femmes préménopausées, chez lesquelles

la découverte d'une atteinte ganglionnaire peut modifier la stratégie systémique.

La connaissance d'une atteinte ganglionnaire importante reste également pertinente pour certaines indications de traitements comme les inhibiteurs de CDK4/6.

C'est précisément pour cette raison que l'omission doit concerner en priorité les patientes chez lesquelles nous pouvons anticiper, avant même l'intervention, que le résultat du ganglion sentinelle ne modifiera pas la prise en charge.

M.-G. C.- Finalement, la meilleure question à se poser avant l'intervention ne serait-elle donc pas : « Si le ganglion sentinelle est positif, est-ce que cela changera quelque chose ? »

D^r Louise Benoît.- Absolument. C'est probablement la question la plus importante de toute cette discussion.

Avant de réaliser le geste, il faut se demander : est-ce que son résultat modifierait la chimiothérapie ? La radiothérapie ? L'hormonothérapie ? Une éventuelle indication de traitement systémique supplémentaire ?

Si la réponse est non, quelle est alors la justification d'un geste chirurgical qui, même limité, possède une morbidité ?

C'est exactement la philosophie actuelle de la désescalade : **ne pas supprimer une information utile, mais arrêter de rechercher une information qui ne changera rien.**

M.-G. C.- La radiothérapie a probablement joué un rôle important dans SOUND et INSEMA. Peut-on imaginer demain omettre à la fois le ganglion sentinelle et la radiothérapie ?

D^r L. B.- Il faut distinguer les situations.

Une partie du contrôle axillaire observé dans ces essais peut effectivement être liée à la radiothérapie mammaire, notamment par la dose reçue indirectement par les premiers étages axillaires avec certaines irradiations tangentiellles.

Mais cela ne signifie pas que la radiothérapie doit systématiquement compenser l'absence de chirurgie axillaire.

D'ailleurs, les recommandations évoluent déjà : chez certaines patientes âgées d'au moins 65 ans, ménopausées, présentant une petite tumeur RH positive/HER2 négative de faible grade et devant recevoir une hormonothérapie, l'omission

du ganglion sentinelle et de la radiothérapie peut maintenant être discutée dans une approche individualisée.

Nous entrons donc dans une logique de désescalade globale, et non plus simplement chirurgicale.





M.-G. C.- Peut-on déjà parler d'un changement de standard ?

D^r L. B.- Pour une population très favorable, oui, je pense que nous sommes désormais dans un changement de pratique.

Les recommandations ASCO ne préconisent déjà plus le ganglion sentinelle de routine chez certaines patientes ménopausées d'au moins 50 ans, avec une petite tumeur RH positive/HER2 négative de grade 1 ou 2 et une évaluation axillaire préopératoire rassurante.

En revanche, cela ne signifie absolument pas que le ganglion sentinelle doit disparaître chez toutes les patientes ayant un cancer du sein précoce.

Nous disposons d'environ six ans de recul pour INSEMA et 5,7 ans pour SOUND. Or les cancers luminaux peuvent récidiver tardivement. Le suivi à dix ans sera donc important.

Et surtout, les femmes jeunes, les patientes préménopausées, les cancers lobulaires, les grades 3, les cancers triple négatifs ou HER2 positifs restent sous-représentés dans ces essais.

Le changement de standard existe donc déjà, mais **pour une population précisément définie.**

M.-G. C.- Cette stratégie est-elle transposable dans tous les systèmes de soins, notamment lorsque l'accès à une échographie experte, aux signatures génomiques ou à la radiothérapie est plus limité ?

D^r L. B.- C'est un point essentiel.

Une désescalade n'est sûre que si l'ensemble de la prise en charge qui l'entoure reste de qualité.

Il faut une bonne évaluation préopératoire, une discussion multidisciplinaire et un accès aux traitements adjuvants lorsqu'ils sont nécessaires.

Mais il ne faut pas non plus transformer ces résultats en une stratégie réservée à quelques centres

hyperspécialisés. SOUND montre justement qu'une échographie négative n'est pas parfaite : elle n'a pas besoin de détecter chaque micrométastase pour que la stratégie soit sûre.

Il faut surtout respecter les critères de sélection et s'assurer que l'absence d'information ganglionnaire ne prive pas la patiente d'un traitement qui modifierait son pronostic.



M.-G. C.- Si l'on se projette dans dix ans, le ganglion sentinelle sera-t-il devenu exceptionnel dans les cancers du sein précoces ?

D^r L. B.- Je pense qu'il sera beaucoup moins fréquent.

Mais je ne pense pas qu'il disparaîtra complètement.

Les cancers lobulaires, par exemple, restent difficiles à stadifier avec précision par l'imagerie et peuvent réserver des surprises pathologiques. Pour les cancers triple négatifs ou HER2 positifs, l'information ganglionnaire peut également rester importante dans la stratégie thérapeutique.

M.-G. C.- Un dernier message pour nos lecteurs ?

D^r L. B.- Oui : **une échographie axillaire négative ne signifie pas que la patiente est N0.**

Et aucune étude n'a démontré que le ganglion sentinelle « ne servait plus à rien ».

Ce que les essais récents nous montrent est beaucoup plus subtil : chez certaines patientes à très faible risque, connaître le statut ganglionnaire ne

Peut-être que de nouveaux biomarqueurs, l'imagerie ou les traitements systémiques rendront un jour cette information inutile.

Mais aujourd'hui, nous ne sommes pas en train d'enterrer le ganglion sentinelle. Nous apprenons simplement à mieux choisir les patientes chez lesquelles il apporte réellement quelque chose.

modifie plus le traitement ni le pronostic attendu. Dans cette situation, la morbidité du geste peut devenir supérieure à la valeur de l'information qu'il apporte.

C'est cela, finalement, la véritable désescalade : **ne pas faire moins pour faire moins, mais ne plus faire ce qui n'apporte rien à la patiente.**

Michel-Gabriel CAZENAVE

Pour l'AGOF



Insuffisance rénale chronique terminale et grossesse

Allier insuffisance rénale terminale et grossesse a pendant longtemps rimé avec mission impossible. Du fait de la lourdeur des traitements, de l'incertitude sur l'impact de la grossesse sur la fonction rénale, de la possible tératogénicité des médicaments administrés, du surrisque de pathologies vasculaires à retentissement maternel et fœtal (pré-éclampsie en premier lieu), les risques paraissaient largement déraisonnables. Ou tout simplement du fait de l'infertilité induite par l'insuffisance rénale, entre hypogonadisme central, insuffisance lutéale et insuffisance ovarienne prématurée. Finalement, les troubles métaboliques associés comme l'hyperurémie ne sont pas tous compatibles avec la grossesse. Historiquement d'ailleurs, l'urée était utilisée en injection intra-amniotique pour les interruptions médicales de grossesse !

Le cap de discuter de grossesse n'a réellement été franchi que dans la deuxième moitié des années 2010. Entre la dialyse péritonéale, l'hémodialyse et la greffe rénale, les patientes se sont vues proposer des suivis conjoints entre néphrologues et obstétriciens, dans des centres spécialisés plus souvent liés à des maternités de niveau 3 devant le taux élevé de morbi-mortalité à la fois maternelle et fœtale. En effet, la grossesse est devenue possible mais loin d'être sans risques, comme évoqué précédemment ! La littérature rapporte plus de pertes de grossesse à tout terme, de diabète gestationnel, de pré-éclampsies, d'accouchement prématuré pouvant par exemple être dû à un hydramnios, de rupture prématurée des membranes, et sur le versant pédiatrique de petit poids de naissance et plus de soins néonataux (imputables en partie à la prématurité spontanée ou induite). En revanche, il ne semble pas y avoir de surrisque de malformations fœtales par rapport à la population générale du moment que les médicaments tératogènes sont arrêtés à temps.

Anticipation est donc le mot-clé de la prise en charge de ces grossesses à haut risque. Dans un premier temps, il s'agit de prendre en charge l'infertilité dont les troubles du cycle qui ne sont pas toujours rétablis après la greffe rénale (20 à 30 % de persistance). Ensuite, une consultation prénatale précoce permettra de suspendre les traitements à risque (parfois 1 mois avant la conception en cas de tératogénicité avérée comme avec le mycophénolate mofétil), de réaliser des vaccinations si nécessaire, d'informer sur les risques spécifiques de la grossesse. Dans le cas d'une grossesse après transplantation rénale, un délai d'une année est recommandé et la prescription d'aspirine avant 16 SA permet de réduire le risque de complications vasculaires.





De manière plus globale, un accompagnement psychologique est largement recommandé ainsi qu'un dépistage large de la dépression per et post-partum. Sur le plan maternel, un contrôle strict de la pression artérielle et un dépistage régulier des infections urinaires sera également nécessaire. Une surveillance de la croissance fœtale est nécessaire après l'échographie morphologique du 2^e trimestre, ainsi que du bien-être fœtal par des monitorings dès 32 SA et une organisation de la naissance à envisager dès la sortie de la prématurité (37 SA).

Ainsi donc, les projets parentaux de patientes suivies pour une insuffisance rénale terminale peuvent à présent être accompagnés grâce à des progrès techniques considérables. Restent en suspens des questions comme les modalités de dialyse idéales, la fréquence idéale de suivi et la gestion optimale des soins maternels en post-partum. Un accompagnement psychologique se révèle souvent nécessaire afin d'accompagner au mieux ces situations à haut risque, même s'il est parfois déjà implémenté en contexte de maladie chronique.

Morgane GOETZ-FU

Rédactrice en chef de la revue le Cordon Rouge

Bibliographie

1. A.-S. Delesalle, G. Robin, F. Provôt, D. Dewailly, M. Leroy-Billiard, M. Peigné - Impact de l'insuffisance rénale chronique et de la greffe rénale sur la fonction reproductive, *Gynécologie Obstétrique & Fertilité*, Volume 43, Issue 1, 2015, Pages 33-40, ISSN 1297-9589, <https://doi.org/10.1016/j.gyobfe.2014.11.013>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S129795891400366X>)
2. Bramham K. Dialysis and pregnancy: no longer the impossible. *Nephrol Dial Transplant*. 2016 Nov 1;31(11):1763-5. doi:10.1093/ndt/gfw216
3. Baouche H, Couchoud C, Boulanger H, Ahriz-Saksi S, Mansouri I, Hamani A, et al. Pregnancy Among Women Receiving Chronic Dialysis in France (2006–2020). *Kidney International Reports*. 2024 Aug 1;9(8):2432–42. doi:10.1016/j.ekir.2024.05.008
4. Baouche H, Jais JP, Meriem S, Kareche M, Moranne O, Vigneau C, et al. Pregnancy in women on chronic dialysis in the last decade (2010–2020): a systematic review. *Clin Kidney J*. 2023 Jan 1;16(1):138–50. doi:10.1093/ckj/sfac204
5. Irani RA, Coscia LA, Chang E, Lappen JR. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #66: Prepregnancy evaluation and pregnancy management of patients with solid organ transplants. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2023 Aug 1;229(2):B10–32. doi:10.1016/j.ajog.2023.04.022
6. Elali I, Nelson CK, Szymanski LM, Lemke AI, Riad SM, Hinojosa RJ, et al. Pregnancy in Patients With Renal Transplant. *O G Open*. 2026 May 14;3(3):e169. doi:10.1097/og9.000000000000169 PubMed PMID: 42147776; PubMed Central PMCID: PMC13179033.
7. Akcay OF, Yeter HH, Karcaaltincaba D, Bayram M, Guz G, Erten Y. Obstetric and long-term graft outcomes in pregnant kidney transplant recipients: A single-center experience. *Clinical Transplantation*. 2021;35(8):e14349. doi:10.1111/ctr.14349
8. Gad D. #1844 Pregnancy outcome among kidney transplant recipients. *Nephrol Dial Transplant*. 2024 May 1;39(Supplement_1):gfae069-1023-844. doi:10.1093/ndt/gfae069.1023



Dans les coulisses du "Kit de survie du néo-interne" en Gynéco-Obstétrique

Un livret pensé par une interne, pour les internes, afin d'accompagner les premiers pas dans une spécialité aussi passionnante qu'exigeante.

Parce que les débuts en GO peuvent être... intenses

Les premiers pas en tant qu'interne en Gynécologie-Obstétrique (GO), c'est un peu le grand bain. Un mélange de grande fierté — celle d'avoir décroché la plus belle des spécialités — et un vertige immédiat face à la réalité du terrain.

On découvre une multitude de services et de postes, un nouveau jargon à apprivoiser, des gestes techniques qu'on pensait connaître mais qu'il faut finalement apprendre « en vrai », une posture à trouver face aux patientes... le tout avec un rythme parfois soutenu et une maquette de DES à comprendre en parallèle.

Ajoutons à cela le fait que nos bases théoriques de l'EDN ne répondent pas toujours aux questions que l'on se pose sur le terrain et ne préparent pas forcément à affronter la réalité du service...

Et voilà comment les premiers mois peuvent vite devenir quelque peu chaotiques.

C'est de ce constat qu'est née l'idée d'un « livret de survie », afin d'accompagner les plus jeunes avec honnêteté, en partageant des repères simples, des conseils pratiques et quelques clés qu'il m'a parfois fallu du temps à trouver.



agof.info/kitdesurviego.pdf





Créer l'outil qu'on aurait aimé avoir

Le projet a commencé l'été 2025, seule dans mon bureau, avec une page blanche sur mon ordinateur et une idée assez simple : **rassembler dans un même livret tout ce qui peut aider quand on débute**. Je l'ai donc pensé un peu comme une petite boussole pour aider à trouver ses repères dans ce nouvel univers.

J'ai essayé de l'écrire comme j'aurais aimé qu'on me l'explique : de manière claire, concrète et accessible, en m'adressant directement au lecteur. D'où le ton parfois léger, quelques pointes d'ironie et d'autodérision — non pas pour minimiser les difficultés de la spécialité, mais pour apporter un peu de légèreté là où elle n'a pas toujours sa place dans la réalité du terrain.

Au fil des mois, le livret s'est enrichi grâce aux relectures, aux retours de mes co-internes, de mes chefs et de plusieurs enseignants. Il a finalement été présenté au **CEGO**, qui en a validé le contenu pédagogique, et soutenu par l'**AGOF** dans sa diffusion à l'échelle nationale.

Alors, concrètement, qu'est-ce qu'on y trouve ?

Le livret aborde les différentes situations auxquelles un néo-interne peut être confronté dans ses premiers mois :

- **Le déroulement de l'internat** : Pour comprendre dès le début ce qu'on attendra de toi au cours des 6 prochaines années, avec la maquette détaillée et les modalités de validation du DES.
- **Les fondamentaux de la consultation & de l'examen** : Les grandes étapes d'une consultation, les bases de l'examen gynécologique et mammaire, les principaux gestes à connaître et les RED FLAGS à ne pas manquer.
- **Le focus échographie** : Les bases à connaître et surtout les images « types » qu'il faut apprendre à reconnaître.
- **Les examens complémentaires** : De l'interprétation des HCG aux bilans biologiques, en

2. Le déroulement de ton internat

Comment aborder les débuts ?

Au départ, sois curieuse et intéresse-toi à tout, même si tu as déjà une préférence pour l'obstétrique ou la gynécologie. La polyvalence, c'est la clé pour traverser les premiers stades sereinement.

Ne t'éparpille pas trop vite avec les DU, masters, PST... Si tu sais ce que tu veux, tant mieux. Sinon, inutile de te mettre la pression dès la première année : tu auras le temps d'affiner tes projets.

Avant de vouloir courir, apprend déjà à faire les premiers pas.

Quel est la structure de l'internat de GO et comment le valider ?

Il est essentiel de savoir dès le début ce que l'on attend de toi !

Maquette D.E.S. de Gynécologie-Obstétrique

Durée : 12 semestres

Stages :

- 8 stages en Gynéco-Obst minimum
- 5 stages universitaires (CHU) dont 4 en Gynéco-Obst
- 3 stages hors CHU minimum
- 2 stages hors-filière outre spécialité chirurgicale

PST (optionnels) :

- Généraliste – Traitements médicaux des cancers
- Expertise médicale – Préjudice corporel
- Pathologie de la reproduction – Andrologie

1 seul stage en Sbréal autorité, en phase (2) uniquement

Le stage de phase (3) doit être en GO, sauf exception encadrée

PHASE SOCLE (1) 1 an (2 semestres)		PHASE D'APPROFONDISSEMENT (2) 3 ans (6 semestres)						PHASE DE CONSOLIDATION (3) 2 ans (4 semestres)			
1 stage en GO + 1 hors-filière ou 1 stage libre		3 stages en GO + 2 hors-filières + 1 stage libre						Docteur Junior 1 en GO		Docteur Junior 2 en GO	
S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12

Et la validation, alors ?

Tu valides ton internat si tu remplis tous les critères suivants :

- Stages conformes à la maquette
- Soutenance de la thèse avant la fin de la phase (2)
- Participation active aux enseignements et validation des contrôles de connaissances (1 examen / an = note ≥ 10/20, cours à retrouver sur formation.univ-st.fr)
- Validation des objectifs de la maquette de simulation nationale (obligatoire depuis 2023)
- Au moins un article soumis à une revue scientifique avec ton nom parmi les 3 premiers auteurs
- Une présentation orale ou affichée en congrès (même local !)

Retrouve toutes les informations et dates d'examen officielles sur le site du CEGO.

Des particularités peuvent exister selon les subdivisions, donc n'hésite pas à vérifier les modalités de validation auprès de ton/ta chef-fe de DES.

Pense à garder une trace de tes stages, de tes différents travaux écrits et oraux, ainsi que de tes formations (DU, PST, master, ...) dans un tableau ou une appli perso, car tu devras justifier d'avoir rempli toutes les exigences auprès de tes coordinateurs.

passant par les indications de prélèvements vaginaux et les petits gestes techniques indispensables.

- **Les services & situations fréquentes** : Un tour d'horizon des différents terrains de stage, du rôle de l'interne, des situations fréquentes et des connaissances à avoir en priorité.
- **Côté gardes** : Une Check-list de l'interne de garde pour survivre aux 24h (et optimiser sa récupération !).
- **Le staff quotidien** : Comprendre les rôles de chacun, savoir quoi présenter et structurer un dossier obstétrical sans bafouiller.
- **La boîte à outils** : Un dictionnaire de poche des abréviations indispensables, des observations types, des ordonnances utiles, des scores, des applis pratiques et un tableau d'objectifs personnels.

PROJET D'INTERNE



6. Gardes : survivre aux 24h

C'est ta 1ère garde ! T'inquiète, on est tous passés par là ! Respire un bon coup, ça va aller.
→ Voici un petit guide qui te l'espère l'aidera à appréhender tes premières gardes de manière (un peu) plus sereine.

Avant de rentrer dans les détails, n'oublie pas ceci :

- TU N'ES PAS SEUL-E !** Ton chef et toi formez un duo, il est là pour t'aider quand ça devient trop compliqué ou si tu te sens dépassé(e). Même si tu n'as pas envie de déranger, même si tu appréhendes sa réaction à 3h du mat : **ase toujours demander plutôt que de mettre une patiente en danger !**
- Une garde, c'est long et imprévisible, mais toute garde a une FIN.
- C'est là que tu progresses le plus rapidement donc profite-en !

Check-list de l'interne de garde

- AVANT LA GARDE**
- ✓ **What's in my bag (ou blouse)**
 - ✓ Badge (fonctionnel !)
 - ✓ Stylos, carnet de notes/brouillon, surligneurs
 - ✓ Carnet de protocoles (si fourni par ton service ou le fameux livre des 11 Protocoles en GO n° du CHGOF par Elvire Masson)
 - ✓ Stétho (travaillant utile... mais peut servir)
 - ✓ Ton color favori et tes sabots (si tu en as)
 - ✓ Chaussettes/bas de contention et chaussures adaptées
 - ✓ Pâte troussée de toilette et vêtements/chaussettes de rechange (utile quand après une extraction tu finis trempé(e) de sang, LA ou méconium...)
 - ✓ Ton repas (à moins que tu veuilles tester ta résilience avec les plateaux de l'hôpital)
 - ✓ Des snacks bourrés de sucre (energybomb)
 - ✓ Gourde d'eau remplie
 - ✓ Téléphone perso + chargeur
 - ✓ Un conseil pour anticiper l'éventualité d'une garde très sportive (parce que ça ne prévient pas) : Pars toujours du principe que tu **ne dorseras pas** pendant 24h et que tu mangeras sur le pouce ou à des heures imprévisibles.
 - ✓ Fais une vraie nuit la veille et prend un bon petit-déj le matin, c'est ton capital survie.
- Les infos à avoir absolument avant de commencer :**
- ✓ Connais (à peu près) le **plan de la mat** pour plus d'efficacité :
 - zones d'action → urgences gynéco (respère le box, le matos, les codes), salle de naissance (là où tu cours quand ça bippe)
 - zones de repli → salle de pause, chambre de garde, coffre/micro-ondes
 - ✓ **Numéro DÉCT** du chef de garde (il doit être sous-carnet !)
 - ✓ Logiciels, codes, impression : vérifie tout en arrivant ! Idéalement, **familiarise-toi** avec les outils et les services avant ta 1ère garde : UGO, SDN, bloc, service.
- DÉBUT DE GARDE**
- ✓ **Présente-toi** aux sages-femmes, AS, infirmières et bien sûr au sénior (en rappelant ton semestre)
 - ✓ **Fais un repérage rapide** : récupère ou imprime des feuilles de transmissions, demande à tes co-internes s'ils ont des dossiers en cours à te transmettre dans chaque unité
 - ✓ **N'oublie pas de récupérer les DÉCT**, et ne t'en oublie JAMAIS !
 - *insultes variées* : une nuit, j'ai trouvé les DÉCT de ce jour et des heures après une extraction, on me voit rechercher rapidement le dé, s'arrêter à 3h du matin, faire un bon petit-déj, et puis... (après l'examen, que l'on a pu passer les 24 heures, j'ai pu dormir à l'hôpital).
 - *transmission* : j'ai eu à écrire des échanges, mais... j'ai écrit des échanges et je n'ai pas pu écrire autre chose. Dépense, le dévotion DÉCT, etc.

Classifications, tableaux & scores utiles

EN SALLE DE NAISSANCE

Score de Bishop

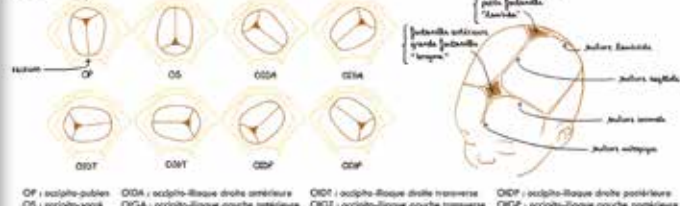
Évaluer l'état du col utérin en début de travail ou avant un déclenchement

- Score ≥ 7 = col **adéquat**, **favorable**
- Score ≥ 7 = col **favorable**, **nature**

	0	1	2	3
Dilatation	fermé	1 - 2 cm	3 - 4 cm	5 cm
Effacement	long (0 - 30 %)	mi-long (40 - 50 %)	court (60 - 70 %)	effacé (≥ 80 %)
Consistance	ferme	moyenne	molle	-
Position	postérieure	centrale	antérieure	-
Présentation de la tête fœtale	haute et mobile	appliquée	fixée	engagée

Présentation fœtale

Évaluer la position de la tête fœtale au cours du travail



Classification des lésions obstétricales périnéales

Classification RCOG - OMS	1er degré	2ème degré	3ème degré - A	3ème degré - B	3ème degré - C	4ème degré
Lésions anatomiques	Épithélium vaginal ou vulvaire	Muscles du périnée	< 50% du sphincter anal externe	> 50% du sphincter anal externe	Sphincter anal interne (muscle recto-anal)	Muscle recto-anal

Les codes de la césarienne

CODE VERT Naissance ≤ 1 heure	CODE ORANGE Naissance ≤ 30 min	CODE ROUGE Naissance ≤ 15 min
• Échec de déclenchement • Stagnation de la dilatation ou non engagement • Présentation dystocique • Travail spontané chez une patiente ayant initialement une césarienne programmée	• ARCF (hors bradycardie) • Échec extraction instrumentale sans ARCF	• Bradycardie fœtale (ralentissement ≥ 10 min) • Échec extraction instrumentale sans ARCF • Présence du cordon • Rupture utérine • Hématome rétro-placentaire • Crise d'éclampsie • Hémorragie maternelle sur placenta praevia • Besscher

Et surtout : un petit rappel de bienveillance

Au-delà des connaissances et des gestes techniques, ce livret porte aussi un message qui me tient particulièrement à cœur : **derrière chaque motif de consultation, il y a une personne.**

La Gynécologie-Obstétrique touche à ce qu'il y a de plus intime — le corps, la sexualité, la maternité — et nous confronte parfois à des situations particulièrement difficiles. Apprendre à examiner, diagnostiquer et prendre en charge est indispensable ; apprendre à écouter, communiquer, recueillir le consentement et accompagner les patientes l'est tout autant.

Et parce que l'internat peut aussi être difficile pour celui ou celle qui le vit, j'ai voulu laisser une petite place à la prévention, à la santé mentale et au droit de demander de l'aide quand on en a besoin.

Ce livret n'a évidemment pas vocation à remplacer les recommandations officielles, les protocoles locaux ou l'accompagnement des seniors. Il se veut simplement un compagnon de route : un petit outil à garder dans sa poche de blouse, à ouvrir quand on doute, quand on a besoin d'y voir plus clair... ou quand on se demande encore une fois ce que veut dire cette fichue abréviation.

Alors aux nouveaux internes qui nous rejoignent : bienvenue en Gynécologie-Obstétrique ! Soyez curieux, posez des questions, intéressez-vous à tout, acceptez de ne pas tout savoir tout de suite... et surtout, n'oubliez pas qu'on est tous passés par là.

Belle aventure à vous ! 🌸

Lyndie VESPASIE



Histoire de la découverte de l'hyperclarté nucale

Mesurée aujourd'hui en routine lors de l'échographie du premier trimestre, la clarté nucale est devenue un repère familier du dépistage prénatal. Son augmentation peut signaler une anomalie chromosomique (T21, monosomie X...), mais aussi une cardiopathie, une maladie lymphatique (Sd de Noonan) ou certains syndromes génétiques.

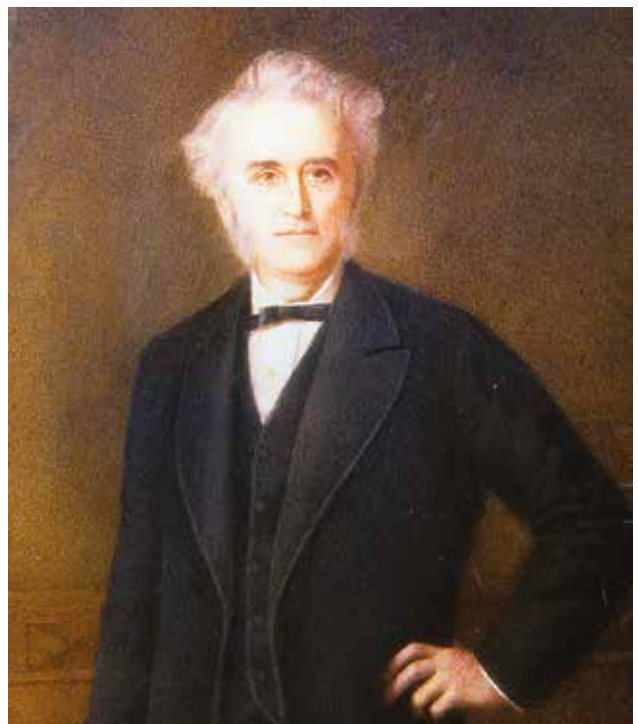
Cette mesure n'est pourtant entrée dans la pratique qu'au début des années 1990. Son histoire résulte de la rencontre entre une ancienne observation clinique, les progrès de l'échographie et plusieurs études qui ont transformé une image inhabituelle en véritable marqueur de risque.

Nous allons faire un retour dans le passé pour reprendre l'historique de cette découverte qui a profondément modifié l'échographie fœtale.

Avant l'échographie, la nuque était déjà un signe clinique

En 1866, le médecin britannique John Langdon Down publie une description clinique du syndrome qui portera plus tard son nom. Il y mentionne notamment une peau peu élastique, donnant l'impression d'être trop abondante pour le corps. Cette observation ne décrit évidemment pas la clarté nucale fœtale, invisible à l'époque, mais elle constitue un lointain écho à l'attention que les médecins porteront ensuite aux tissus de la nuque.

Il faut attendre le développement de l'échographie pour pouvoir observer le fœtus avant la naissance. En 1958, Ian Donald, John MacVicar et l'ingénieur Tom Brown publient dans *The Lancet* leurs travaux fondateurs sur l'utilisation des ultrasons en gynécologie et en obstétrique. Les premières images sont encore rudimentaires. Au cours des décennies suivantes, le temps réel, l'amélioration de la résolution et les sondes endovaginales rendent progressivement accessible l'anatomie du premier trimestre.



Portrait de John Langdon Haydon Down (1828-1896), peinture de Sydney Hodges, vers 1870 - Sources : © Wikimedia



1985 : le précédent du pli nuchal au deuxième trimestre

Une première étape décisive survient en 1985. La radiologue américaine Beryl Benacerraf et ses collaboratrices décrivent l'association entre un épaissement des tissus de la nuque au deuxième trimestre et la trisomie 21. Le « pli nuchal » devient l'un des premiers signes échographiques utilisés pour modifier le risque d'aneuploïdie.

Le pli nuchal et la clarté nucale ne doivent toutefois pas être confondus. Le premier correspond à l'épaisseur des tissus mous mesurée au deuxième trimestre ; la seconde est un espace liquidien transitoire visible sous la peau de la nuque au premier trimestre. L'intuition était néanmoins posée : la région nucale pouvait porter une information sur le développement fœtal.

1990 : une lettre d'une page à l'origine d'un nouveau marqueur

En novembre 1990, les obstétriciens hongrois János Szabó et János Gellén publient dans *The Lancet* une courte lettre intitulée « Nuchal fluid accumulation in trisomy-21 detected by vaginasonography in first trimester ». Grâce à l'échographie endovaginale, ils rapportent l'existence d'une accumulation liquidienne nucale chez un fœtus porteur d'une trisomie 21.

La publication est très brève, sans vaste série ni calcul de performance. Elle contient pourtant l'idée fondatrice : un espace liquidien situé derrière la nuque peut être identifié dès le premier trimestre et être associé à une anomalie chromosomique. D'autres équipes décrivent rapidement des anomalies nuchales entre 9 et 14 semaines, tout en apprenant à distinguer la simple clarté nucale des hygromas kystiques, plus volumineux et souvent cloisonnés.

1992 : de l'observation à la mesure

L'étape suivante est franchie en 1992 par Kypros Nicolaides, G. Azar, D. Byrne, C. Mansur et K. Marks au *Harris Birthright Research Centre* de Londres. Leur étude prospective, publiée dans le *BMJ*, porte sur 827 fœtus examinés entre 10 et 14 semaines avant un prélèvement invasif pour caryotype.

Une clarté nucale comprise entre 3 et 8 mm est observée chez 51 fœtus. Parmi eux, 18, soit 35 %, présentent une anomalie chromosomique. À l'inverse, seulement 10 des 776 fœtus dont la mesure

est inférieure à 3 mm ont un caryotype anormal. Pour la première fois, l'image est mesurée selon une méthode reproductible et évaluée comme outil de dépistage.

Le choix du terme anglais nuchal translucency souligne son aspect échographique translucide. La mesure n'est pas un diagnostic : elle transforme un risque préalable en risque individuel. Cette distinction entre dépistage et diagnostic restera centrale dans toute son histoire.

1994-1998 : les grandes études transforment le signe en dépistage

Les travaux suivants montrent que la clarté nucale augmente normalement avec la longueur crânio-caudale. Un seuil fixe ne suffit donc pas : la mesure doit être interprétée en fonction du terme. En 1995, Pandya et ses collaborateurs publient une étude portant sur 20 804 grossesses. Une mesure supérieure au 95^e percentile est retrouvée chez 66 des 86 fœtus porteurs d'une trisomie 21. Les auteurs proposent alors de combiner l'âge maternel, la longueur crânio-caudale et la clarté nucale pour calculer un risque personnalisé.

La validation change d'échelle en 1998 avec le projet multicentrique britannique coordonné par Rosalinde Snijders. Plus de 96 000 grossesses sont examinées par 306 échographistes formés dans 22 centres. Avec un seuil de risque de 1/300, le dépistage identifie 268 des 326 fœtus porteurs d'une trisomie 21, soit 82,2 %, tandis que 8,3 % des grossesses non atteintes sont classées à risque. L'étude démontre à la fois la puissance du marqueur et une condition essentielle de son utilisation : une technique standardisée, une formation spécifique et un contrôle continu de la qualité.



De la trisomie 21 au phénotype fœtal

À la fin des années 1990, la clarté nucale cesse d'être considérée comme un simple marqueur de trisomie 21. Les études de Jon Hyett et de ses collaborateurs montrent que, même lorsque le caryotype est normal, son augmentation est associée aux cardiopathies majeures. Dans une série publiée en 1997, la fréquence des anomalies cardiaques augmente de 5,4 pour 1 000 lorsque la mesure est comprise entre 2,5 et 3,4 mm à 233 pour 1 000 lorsqu'elle atteint au moins 5,5 mm.

D'autres associations sont ensuite établies avec des anomalies lymphatiques, des malformations, des dysplasies squelettiques et des syndromes génétiques, notamment les RASopathies. L'hyperclarté nucale apparaît alors comme un phénotype commun à plusieurs mécanismes possibles : retard du drainage lymphatique, augmentation de la pression veineuse, dysfonction cardiaque ou modification de la matrice extracellulaire.

Les années 2000 : du marqueur isolé au dépistage combiné

La mesure échographique est progressivement associée aux marqueurs sériques maternels du premier trimestre, principalement la PAPP-A et la fraction libre de la β -hCG. Les études de Spencer en 1999 puis le modèle de consultation en un temps évalué par Bindra en 2002 installent le « test combiné » : âge maternel, biochimie et clarté nucale sont réunis dans un même calcul de risque.

En France, l'arrêté du 23 juin 2009 formalise ce dépistage combiné. Il fixe la fenêtre de mesure entre 11 SA et 13 SA + 6 jours, pour une longueur cranio-caudale comprise entre 45 et 84 mm, et institue une démarche d'assurance qualité. Une découverte née d'une observation isolée devient ainsi une pratique nationale réglementée.



Et aujourd'hui ?

À partir de 2011, l'analyse de l'ADN libre circulant dans le sang maternel bouleverse à nouveau le dépistage des trisomies. Beaucoup plus performante pour les aneuploïdies communes, elle réduit le nombre de prélèvements invasifs et modifie la place historique du test combiné. La France l'intègre progressivement à sa stratégie de dépistage à partir des recommandations de 2017.

La clarté nucale n'a pourtant pas disparu. Contrairement à un test ciblant principalement un déséquilibre chromosomique, elle renseigne sur le phénotype précoce du fœtus. Une mesure très augmentée demeure un signal pouvant conduire

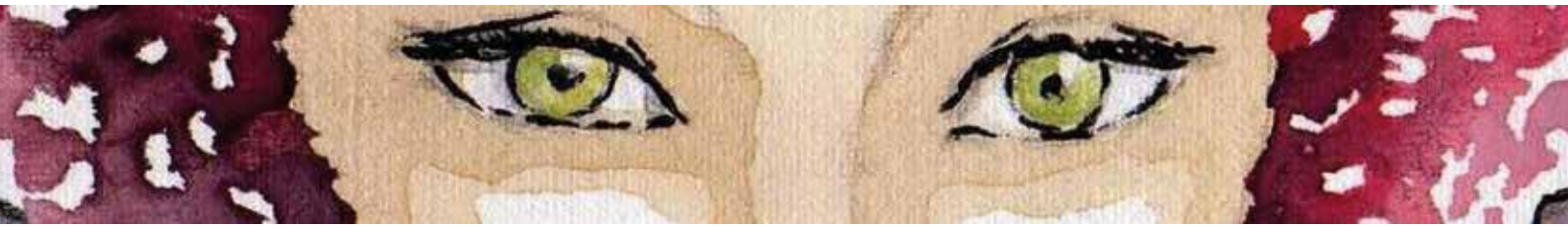
à rechercher des anomalies chromosomiques plus larges, une cardiopathie ou une maladie monogénique, y compris lorsque le dépistage par ADN libre circulant est rassurant.

En un peu plus de trente ans, une fine zone noire observée derrière la nuque est donc passée du statut de curiosité échographique à celui de fenêtré sur le développement fœtal. Son histoire rappelle qu'une image ne devient un marqueur médical qu'après avoir été nommée, mesurée, validée puis replacée dans un raisonnement clinique plus vaste.

Frédéric GLICENSTEIN

Bibliographie

1. Down JH. Observations on an Ethnic Classification of Idiots. London Hospital Reports. 1866;3:259-262.
2. Donald I, MacVicar J, Brown TG. Investigation of abdominal masses by pulsed ultrasound. Lancet. 1958;1:1188-1195. doi:10.1016/S0140-6736(58)91905-6.
3. Benacerraf BR, Barss VA, Laboda LA. A sonographic sign for the detection in the second trimester of the fetus with Down's syndrome. Am J Obstet Gynecol. 1985;151:1078-1079. doi:10.1016/0002-9378(85)90385-0.
4. Szabó J, Gellén J. Nuchal fluid accumulation in trisomy-21 detected by vaginosonography in first trimester. Lancet. 1990;336:1133. doi:10.1016/0140-6736(90)92614-N.
5. Nicolaides KH, Azar G, Byrne D, Mansur C, Marks K. Fetal nuchal translucency: ultrasound screening for chromosomal defects in first trimester of pregnancy. BMJ. 1992;304:867-869. doi:10.1136/bmj.304.6831.867.
6. Ville Y, Lalonde C, Doumerc S, et al. First-trimester diagnosis of nuchal anomalies: significance and fetal outcome. Ultrasound Obstet Gynecol. 1992;2:314-316. doi:10.1046/j.1469-0705.1992.02050314.x.
7. Pandya PP, Snijders RJM, Johnson SP, Brizot ML, Nicolaides KH. Screening for fetal trisomies by maternal age and fetal nuchal translucency thickness at 10 to 14 weeks of gestation. Br J Obstet Gynaecol. 1995;102:957-962. doi:10.1111/j.1471-0528.1995.tb10902.x.
8. Snijders RJM, Noble P, Sebire N, Souka A, Nicolaides KH. UK multicentre project on assessment of risk of trisomy 21 by maternal age and fetal nuchal-translucency thickness at 10-14 weeks of gestation. Lancet. 1998;352:343-346. doi:10.1016/S0140-6736(97)11280-6.
9. Hyett JA, Perdu M, Sharland GK, Snijders RJM, Nicolaides KH. Increased nuchal translucency at 10-14 weeks of gestation as a marker for major cardiac defects. Ultrasound Obstet Gynecol. 1997;10:242-246.
10. Spencer K, Souter V, Tul N, Snijders R, Nicolaides KH. A screening program for trisomy 21 at 10-14 weeks using fetal nuchal translucency, maternal serum free β -hCG and PAPP-A. Ultrasound Obstet Gynecol. 1999;13:231-237.
11. Bindra R, Heath V, Liao A, Spencer K, Nicolaides KH. One-stop clinic for assessment of risk for trisomy 21 at 11-14 weeks: a prospective study of 15 030 pregnancies. Ultrasound Obstet Gynecol. 2002;20:219-225.
12. Arrêté du 23 juin 2009 fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de trisomie 21.
13. Palomaki GE, Kloza EM, Lambert-Messerlian GM, et al. DNA sequencing of maternal plasma to detect Down syndrome: an international clinical validation study. Genet Med. 2011;13:913-920. doi:10.1097/GIM.0b013e3182368a0e.
14. Haute Autorité de santé. Place des tests ADN libre circulant dans le sang maternel dans le dépistage de la trisomie 21 fœtale. Recommandation en santé publique. 2017.



Évolution de la contraception

La contraception fait aujourd'hui partie du quotidien de millions de femmes et de la pratique courante de la gynécologie. Pilules, dispositifs intra-utérins (DIU), implants et bien d'autres sont autant de méthodes permettant désormais de contrôler sa fertilité tout en s'adaptant aux choix et modes de vie de chacun.

Toutefois, si elle n'est désormais plus un tabou dans nos sociétés modernes, son accès constitue l'un des symboles marquants de l'émancipation des femmes au cours des dernières générations.

Retour sur plus de 2000 ans d'histoire de la contraception.



De l'Antiquité au Moyen-Âge, les premières méthodes contraceptives

Relativement acceptée dans certaines sociétés pré-chrétiennes, la contraception repose principalement sur des pratiques empiriques pendant l'Antiquité. Selon Soranos d'Ephèse (considéré comme l'un des pères de l'obstétrique du II^{ème} siècle après J.C) dans son *Traité des maladies des femmes*, le retrait ou coït interrompu est l'une des premières méthodes utilisées. Les pratiques sexuelles non fécondantes et des croyances comme le fait se lever, d'éternuer ou de boire de l'eau après un rapport sont recommandées afin de prévenir une éventuelle grossesse.

Des potions, tampons ou pessaires à visée contraceptive et abortive sont également employées. Ils contiennent des concoctions à base de silphium ou d'opopanax mais aussi de miel, citron ou encore de vinaigre.

Cependant, les effets toxiques de ces préparations mettent régulièrement en jeu la vie des femmes qui les utilisent. Dans son serment, Hippocrate refuse ainsi de remettre aux femmes un pessaire

abortif (sans pour autant condamner l'ensemble des méthodes contraceptives).

L'allaitement est également déjà utilisée dès l'Antiquité afin d'espacer les grossesses.

Par ailleurs, l'histoire de la contraception antique s'entremêle volontiers à celle de l'avortement. L'introduction intra-utérine de tiges végétales d'abord comme la tige de chou, perdurera malheureusement pendant des siècles.

Au Moyen-Âge, la perception du corps et de la sexualité évolue profondément. L'expansion religieuse chrétienne en Europe et la volonté des États à augmenter leur population mènent à une répression souvent sévère de la contraception. L'abstinence (notamment périodique) est la seule méthode contraceptive tolérée dans une société où la sexualité s'envisage uniquement dans une perspective procréative. Le coït interrompu est par exemple assimilé au "péché d'Onan" et condamné par l'Église catholique.



Du renouveau de la contraception au XVIII^{ème} siècle

À partir du XVIII^{ème} siècle, de nouvelles méthodes apparaissent progressivement. Leur développement répond notamment à l'essor de certaines maladies vénériennes comme la syphilis, aussi appelée "grande vérole" plutôt que dans un objectif contraceptif. Les premiers préservatifs à base de boyaux animaux sont élaborés. D'autres méthodes de contraception issues des progrès pharmaceutiques voient le jour. Les douches vaginales ou l'utilisation d'éponges et tampons imbibés de solutions acides permettent d'altérer la muqueuse utérine et de la rendre infertile et se démocratisent avec l'apparition du bidet dans les salles de bain des classes sociales favorisées.

Le XX^{ème} siècle, la révolution contraceptive

Le XX^{ème} siècle constitue un tournant majeur dans l'histoire de la contraception. Les progrès médicaux et le recul de l'influence religieuse favorisent l'apparition et la diffusion de nouvelles méthodes.

En France, la contraception et l'avortement sont cependant interdits par la loi de 1920. Après la Première Guerre mondiale, plusieurs États adoptent également des politiques natalistes similaires pour favoriser le repeuplement.

Les connaissances sur le cycle menstruel progressent grâce aux travaux d'Ogino et Knaus en 1924 qui formalisent la méthode d'abstinence périodique selon l'identification de la période de fertilité.

Le dispositif intra-utérin (DIU) apparaît en 1929, initialement constitué d'un anneau de fils d'argent et de cuivre. Il n'adoptera sa forme actuelle en "T" qu'à partir des années 1970.

Les progrès de la stérilisation chirurgicale à la même période sont sinistrement associés à certaines politiques eugénistes dans l'Allemagne nazie, puis en Suède ou aux États-Unis.

Il faudra attendre la loi de Neuwirth en 1967, puis son application réelle 5 ans plus tard pour que la

Au XIX^{ème} siècle, la décroissance démographique en Europe est en partie attribuée à l'amélioration des techniques contraceptives. Le préservatif se perfectionne et est désormais produit industriellement à partir de caoutchouc. Le diaphragme fait son apparition et peut être associé aux douches vaginales pour en optimiser l'efficacité.

La ligature tubaire est pratiquée pour la première fois par James Bundell, en 1823 afin d'éviter la survenue de grossesse à haut risque.

Face à cette décroissance démographique, de nombreux États renforcent leurs politiques de contrôle des naissances et condamnent plus fermement l'avortement, puis la contraception.

contraception soit enfin légalisée en France. Pourtant, l'histoire de la contraception ne s'arrête pas entre ces deux dates bien au contraire.

Après la Seconde Guerre Mondiale, plusieurs mouvements en faveur de la contraception s'organisent. L'association "Maternité Heureuse" créée en 1956 et qui deviendra plus tard le Planning Familial participe activement à la lutte pour l'accès à la contraception et à l'information sur la sexualité.

La mise au point de la pilule contraceptive en 1950 par Margaret Sanger et Gregory Pincus est un nouveau tournant majeur pour la maîtrise de la fécondité des femmes. Sa légalisation intervient en France avec la loi de Neuwirth en 1967, dont l'application sera effective 5 ans plus tard.

La loi Veil de 1974 qui permet le remboursement de la contraception par la sécurité sociale contribue ensuite largement à sa diffusion auprès de la population.

Parallèlement, les méthodes de contraceptions continuent de se diversifier. Les spermicides, les patches, implants complètent l'arsenal thérapeutique. La loi du 4 juillet 2001 autorise la contraception définitive, plus sûre avec le développement de la coelioscopie.



Depuis les années 2000s, peu de nouvelles techniques voient le jour mais les méthodes déjà existantes sont largement perfectionnées, améliorant

Et aujourd'hui ?

Depuis les années 2000, peu de nouvelles grandes familles de contraceptifs apparaissent et les recherches se concentrent davantage sur le perfectionnement des méthodes existantes (efficacité, tolérance, ...).

À partir des années 2010s la pilule perd peu à peu sa place de première méthode contraceptive

régulièrement la tolérance, l'efficacité et la durée d'efficacité des contraceptifs.

en France. En France en 2023, le DIU représente 27,9 % des méthodes utilisées contre 26,6 % pour la pilule. Les méthodes non médicalisées occupent une place croissante et représentent 28,3 % des méthodes utilisées en 2023.

Seuls 8,3 % des femmes en période d'activité sexuelle ne souhaitant pas de grossesse n'utilisent aucune méthode de contraception.

Et les hommes dans tout ça ?

En dehors du préservatif masculin dont nous avons déjà parlé plus haut, les méthodes de contraception masculine restent relativement méconnues, tant du grand public que des professionnels de santé.

Deux méthodes sont actuellement utilisées dans ce contexte. La première, définitive, est la vasectomie dont les premières pratiques remontent à 1899. Son histoire présente de nombreuses similitudes avec celle de la stérilisation tubaire. Comme cette dernière, elle est malheureusement associée au XX^{ème} siècle aux campagnes d'eugénisme avant d'être progressivement acceptée comme méthode contraceptive à partir des années 1970 aux États-Unis puis légalisée en France en 2001.

La seconde technique, réversible, est la méthode thermique masculine développée à partir des années 1980. Son principe repose sur l'élévation prolongée de la température testiculaire en maintenant les testicules au contact de la peau afin d'inhiber la spermatogenèse. Malgré son efficacité démontrée après 3 mois d'efficacité, son utilisation reste limitée. La nécessité du port quotidien et prolongé (> 12-15 heures par jour) du dispositif (anneau ou sous-vêtements adaptés) constitue notamment un frein à sa diffusion à grande échelle.

D'autres méthodes masculines sont en cours de développement. Les recherches sur la contraception hormonale masculine initiées depuis les an-

nées 1950 montrent des résultats prometteurs dans les études pré-cliniques. Sa commercialisation nécessite toutefois encore des données cliniques supplémentaires, notamment concernant la tolérance ou la sécurité à long terme. En parallèle, une méthode non hormonale et réversible par injection de gel ou de polymère dans les canaux déférents est également à l'étude.

En définitive, la contraception reste une préoccupation majeure dans la vie des femmes mais pas que. Depuis plusieurs années, de nouvelles techniques sont testées à destination des hommes car la contraception ne doit pas être considérée comme la responsabilité propre des femmes mais faire partie d'une démarche partagée entre les partenaires.

Agathe BRULIARD

Bibliographie

- ANSM, *utilisation des contraceptions hormonales en France : quelques chiffres*, publié le 03/10/2025.
- *L'histoire de la contraception*, Alexa Roux.
- *La contraception, une pratique millénaire*, Elsa Mourgues pour France Culture.
- *Une brève histoire de la contraception et du contrôle des naissances*, Lea Keller, HAL open science.
- *La contraception au fil du temps, entre dynamiques émancipatrice et coercitive*, Manon Aussillou Bourreau, 11 juin 2025, Université de Limoges.



JARCA 2026 : Immersion au cœur de la robotique et de l'anatomie

Formation pratique, compagnonnage interdisciplinaire et gratuité : retour sur l'édition 2026 des Journées Associatives de Robotique, de Chirurgie et d'Anatomie

Proposer une formation chirurgicale sur simulateurs robotiques et pièces anatomiques en accès gratuit pour les jeunes praticiens demeure un des objectifs de l'AGOF, aux côtés des jeunes urologues de l'AFUF et des chirurgiens digestifs de l'AJCV.





Historique et itinérance des JARCA

Les JARCA sont nées en 2023 à l'initiative de Frédéric Glicenstein (AGOF) et de Sébastien Frey (AJCV), dans le prolongement de plusieurs années d'organisation d'ateliers pratiques par l'AGOF lors de congrès, puis de masterclasses dédiées. Le constat était celui d'un accès encore trop limité des internes, assistants et CCA à certaines formations pourtant essentielles à leur pratique : dissection, anatomie appliquée, simulation gestuelle et formation robotique. L'objectif était donc de réunir, sur un temps court et dans un même lieu, des moyens pédagogiques habituellement difficiles d'accès, tout en favorisant les échanges entre gynécologues-obstétriciens, chirurgiens viscéraux et urologues. Le projet a d'emblée été pensé comme interspécialités, itinérant et accessible, avec captation de certains enseignements et mise à disposition de contenus à distance.

La première édition a été organisée à Rennes en 2023 avec La Professeure Krystel Nyangoh Timoh, autour du laboratoire d'anatomie rennais, avec dès cette première année une retransmission d'enseignements et de dissections depuis Nice. La deuxième édition, à Nice en 2024, organisée autour de Sébastien Frey et du Professeur Patrick Baqué, a marqué une montée en puissance du projet : session complète, développement des échanges entre spécialités et création des premières Olympiades d'anatomie, pensées comme un challenge pédagogique en équipes mixtes. En 2025, Alice Pitout (AFUF) a repris le relais pour organiser la troisième édition à Nancy, qui a confirmé le succès du format et la représentation équilibrée des trois spécialités ; les données recueillies sur les premières éditions ont également permis une première valorisation scientifique du dispositif. Cette dynamique s'est poursuivie à Rouen en juillet 2026, avec une quatrième édition organisée avec Chloé Rodriguez-Villa (AGOF) au sein d'un centre particulièrement développé en simulation et en formation robotique, illustrant la volonté initiale de faire vivre les JARCA d'un centre à l'autre et d'en transmettre progressivement l'organisation à une nouvelle génération.

PROJET AGOF



L'édition 2026 au Medical Training Center de Rouen

Cette année, le Medical Training Center (MTC) de Rouen a accueilli l'événement, réunissant 40 internes et Docteur Juniors issus des trois spécialités. La tenue de cette édition résulte d'un travail d'équipe. La conduite du projet a été assurée par Chloé Rodriguez-Villa, interne en gynécologie-obstétrique, appuyée par les bénévoles des trois associations. La gestion et la représentation institutionnelle ont été portées par Radostina Vasileva, présidente de l'AGOF avec l'aide indispensable de Laura Cochain, notre coordinatrice de projet. La mise à disposition des installations par le MTC de Rouen, la disponibilité des orateurs pour l'encadrement, le soutien financier des partenaires ainsi que l'investissement des 40 participants ont garanti le bon déroulement de ces deux journées.

En amont du regroupement, l'équipe d'organisation (Chloé, Radostina et Laura) s'est rendue sur place dès le 16 mars pour repérer les lieux. La qualité des infrastructures et la rigueur de l'équipe locale ont d'emblé répondu aux exigences théoriques et pratiques des JARCA. Lors de l'ouverture des inscriptions au début du mois de juillet, l'engouement a confirmé l'intérêt croissant des jeunes chirurgiens pour ce format de formation.

Cette édition des JARCA a été consacrée à la gestion des situations critiques au bloc opératoire, avec un travail particulier autour du damage control et du dé-docking en urgence en chirurgie robotique. L'encadrement a pu compter sur l'implication des enseignants locaux coordonnées par le Professeur Louis Sibert et le Professeur Patrice Crochet mais aussi des intervenants de toute la France. Les participants ont pu revoir les principes de reconnaissance précoce d'une complication peropératoire, de hiérarchisation des priorités et de contrôle rapide d'une hémorragie ou d'une situation d'instabilité. Une attention particulière a également été portée à l'organisation de l'équipe en situation d'urgence, à la communication au bloc mais aussi aux enjeux médico-légaux. La dissection anatomique a complété cette approche en revenant sur les repères indispensables pour intervenir rapidement et de manière sécurisée dans les zones à risque. Enfin ces deux journées ont également permis de l'entraînement sur simulateur avec 3 salles et 20 postes disponibles pour se perfectionner en coelioscopie classique ou robot-assistée, en hysteroscopie et urétéroscopie ou encore la dissection virtuelle.



Un modèle financé par l'engagement associatif et les partenaires

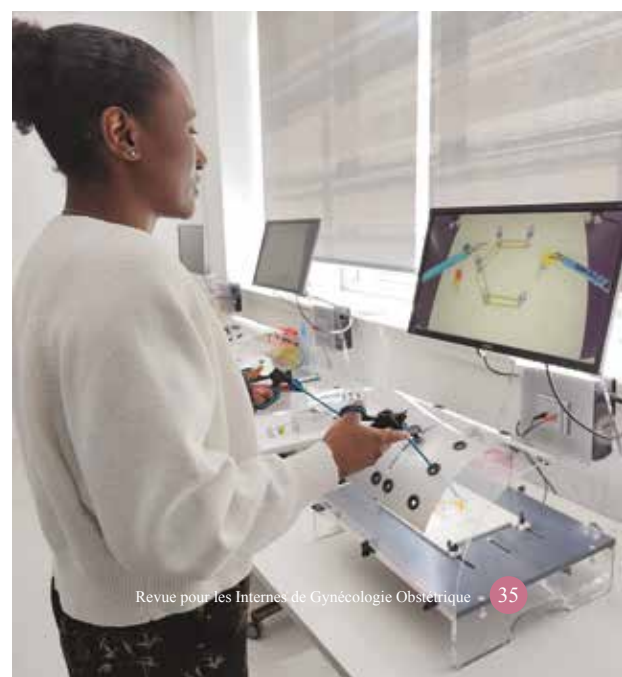
La gratuité offerte aux participants repose sur une gestion rigoureuse. La trésorerie de l'AGOF assume et avance les coûts structurels, incluant la mise à disposition des plateaux techniques, le matériel pédagogique, les sujets anatomiques

et la restauration. Cette organisation est rendue possible par le concours indispensable des partenaires industriels ainsi que par l'appui logistique bienveillant du MTC qui nous a accompagné tout le long !

Une parenthèse conviviale et interdisciplinaire

Au-delà des ateliers techniques, les JARCA créent un espace d'échange privilégié. Les repas partagés et la soirée conviviale permettent de réunir des internes de spécialités différentes. Lors de la soirée, le quiz d'anatomie a suscité une réelle émulation

entre trois équipes désireuses de remporter le fameux « diplôme bachelor en chirurgie ». Cet aspect humain et cette découverte inter-spécialités constituent un atout concret pour l'exercice futur et le travail en équipe à l'hôpital.





Retour de Laetitia Schmutz, interne au CHU de Besançon, participante au JARCA

AGOF.- Qu'est-ce que la formation sur robot et sur sujets anatomiques t'a apporté de plus par rapport à ce que tu apprends au quotidien dans ton service ?

Laetitia.- La formation est très intéressante car l'accès aux dissections sur cadavre est rare. Cela permet de voir et faire des gestes de chirurgie laparo qui se font plus rares avec l'accès et le développement des techniques mini invasives. De plus, le très large accès aux simulateurs, y compris robot, permet de faire plus d'exercices et sur les 2 jours, on sent vraiment une progression. C'est très agréable car réussir à accéder au simulateur robot dépend de l'absence de chirurgie en cours, ce qui n'est pas fréquent dans les centres où cet outil est fortement utilisé.

AGOF.- Qu'as-tu pensé des échanges avec les internes des autres spécialités (urologie, chirurgie digestive) durant ces deux jours ?

Laetitia.- L'avantage de la multidisciplinarité est l'échange des points de vue sur notre formation, l'accès au bloc en fonction de notre avancement dans l'internat, les échanges sur les formations de chirurgie qui existent dans les différentes villes... C'est toujours agréable d'échanger avec des internes d'autres spécialités et d'autres villes pour savoir comment cela se passe ailleurs et partager nos meilleures tips formations :)

AGOF.- Si tu devais résumer les JARCA à un interne qui hésite à s'inscrire l'année prochaine, tu lui dirais quoi ?

Laetitia.- 2 jours de formation intense et pertinente dans une ambiance chaleureuse, cela ne se laisse pas passer !





Mon expérience aux JARCA par Lisa Krzepisz, interne au CHU de Lille

Participer aux JARCA a été une expérience aussi enrichissante sur le plan professionnel qu'humain, et surtout un très bon moment !

Dès le début, j'ai été marquée par la qualité de l'organisation, mais aussi par la bienveillance et la gentillesse de toute l'équipe. Tout est fait pour que l'on se sente à l'aise, que l'on puisse poser des questions, essayer, se tromper et apprendre, toujours dans une super ambiance.

Les enseignements étaient de grande qualité, très variés, avec un vrai équilibre entre théorie et pratique. Les ateliers, adaptés pour tous les niveaux, permettent d'apprendre concrètement, de manipuler et d'acquérir des connaissances et des réflexes que l'on pourra réellement réutiliser dans notre quotidien. La diversité des sujets permet aussi à toutes les spécialités d'y trouver leur compte.

J'ai particulièrement aimé le côté pluridisciplinaire des JARCA. C'est assez rare d'avoir autant d'occasions d'échanger avec des internes d'autres spécialités, de découvrir leur façon de travailler et de s'apprendre mutuellement plein de choses. Et tout cela s'est fait très naturellement, dans une ambiance vraiment conviviale : **on a beaucoup échangé, mais aussi beaucoup ri !**

Les encadrants et les enseignants ont largement contribué à cette atmosphère, par leur disponibilité, leur pédagogie et leur envie de transmettre, toujours avec simplicité et bonne humeur.

Je repars donc des JARCA avec de nouvelles connaissances, de nouvelles compétences, de belles rencontres et surtout d'excellents souvenirs. Une formation aussi sérieuse et enrichissante que chaleureuse et conviviale, que je recommande sans hésiter ! à l'année prochaine pour la revanche du Quizz Medical :p

Pour aller plus loin

Les replays de la session sont accessibles directement sur la plateforme AGOF-FMC. Suivez également l'actualité de l'AGOF sur nos réseaux sociaux pour connaître les prochaines dates. Pour mémoire, l'ensemble des replays des éditions précédentes reste également accessible sur la plateforme.

Pour poursuivre cet apprentissage, le Pr Nyangoh Timoh, qui avait accueilli la toute première édition des JARCA, propose depuis 2026 le DIU d'anatomie chirurgicale et sectionnelle abdomino-pelvienne à l'Université de Rennes.

Rédigé à plusieurs plumes

Frédéric GLICENSTEIN

Radostina VASILEVA

Chloé RODRIGUEZ VILLA





Le nouveau Pack Accueil est disponible !

Pensé par et pour les jeunes GO, ce livret a été conçu pour vous accompagner au quotidien et vous partager tous les liens indispensables à votre pratique.

Au sommaire de ce guide pratique

- **Pratique & outils** : des liens vers les outils de consultation, manœuvres obstétricales, calendrier vaccinal et tutoriels VR, websérie.
- **Vie de l'interne & événements** : ateliers, événements à venir, médias.
- **Réseau & soutien** : présentation de l'AGOF, les membres du bureau et les référents, les contacts utiles.

Retrouvez-le dès maintenant en accès libre sur notre site :

<https://agof.info/packaccueil26.pdf> !



Et en version papier lors des événements AGOF !





Les pépites de l'AGOF

Parce qu'il n'y a pas que les protocoles d'urgence et les suivis de grossesse dans la vie, voici deux coups de cœur à glisser entre une garde mouvementée et un café trop froid au staff.



Muganga

Par Marie-Hélène Roux



"Muganga", celui qui soigne, film inspiré du parcours du Dr Denis Mukwege, bouleverse, impressionne et questionne.

Ce long-métrage est réalisé par Marie-Hélène Roux avec les acteurs Isaach de Bankolé, Vincent Macaigne. Il retrace le parcours des femmes victimes du viol comme arme de guerre en République démocratique du Congo.

Initialement heurté par le taux de mortalité maternelle élevé de son pays, le Dr Mukwege fonde l'hôpital Panzi en 1999 pour accueillir les femmes qui accouchent. Cependant, les premières patientes ne sont pas celles attendues, ce sont des femmes, des enfants, violées, avec bâtons, armes blanches, la guerre marquée sur leur corps.

L'hôpital Panzi devient un lieu de prise en charge des violences sexuelles liées au conflit parcourant la république démocratique du Congo. Le film implique également le Dr Cadière, gynécologue belge et l'apport de la laparoscopie dans les soins.

Les images choquent parfois, nous touchent toujours, et partagent la vision de la fondation Panzi : "Guérir les survivants, transformer les communautés", non seulement, guérir sur le plan physique, mais aussi le soutien psychosocial, l'assistance juridique et l'autonomisation socio-économique.

Dans ce combat, le Dr Mukwege risque aussi sa vie et celle de sa famille, pourtant il nous rappelle qu'il s'agit d'une lutte mondiale de droit international qu'il continue de défendre depuis plus de 20 ans.

De passage à l'Université de Toulouse, pour la projection du long métrage, le Dr Mukwege a été interrogé sur le conseil à donner aux étudiants en médecine. "Je crois [...] qu'il faut voir la personne de manière holistique, ce que vous ne savez pas faire, entourez-vous des personnes qui ont ces compétences".

Si on creusait ? La lecture de "La force des femmes" écrit par le Dr Mukwege, complète nos réflexions. La résilience des survivantes y est racontée, des pistes et espoirs de changement y sont également explorés.

"Alors, que pouvons-nous faire ? Que pouvez-vous faire ?", ses questions sont issues de son discours au prix Nobel de la paix en 2018, certaines des réponses s'y trouvent aussi...

Bon visionnage, bonne lecture.

Agathe BARNABÉ

<https://panzifoundation.org/fr/>



Et vous, quelle œuvre vous a touché dernièrement ? Venez en parler entre deux urgences ou juste pour le plaisir d'un bon échange.



FLASH INFO AGOF : Vos prochains rendez-vous formation et festivités à ne pas manquer !

14 novembre : Journée pratique de formation en échographie gynécologique obstétricale à Paris

L'AGOF s'associe à l'équipe SFFERe et à General Electric pour vous proposer une journée intensive de perfectionnement en échographie, ouverte à tous les semestres. Cinquième édition cette année, une journée de formation bien rodée !

Au sommaire de cette journée

- Pathologies fœtales et étude du cœur fœtal
- Échographie gynécologique et imagerie 3D
- Maîtrise et réglages de l'échographe
- Gestes techniques : amniocentèse et ponction de sang fœtal

Inscription :

<https://forms.gle/o2ekd1KmUuchXEDb9>



**Journée
Pratique
Échographie**

Journée dédiée à l'échographie gynéco-obstétricale.
Maîtrisez l'écho à chaque étape de votre internat.

14 NOVEMBRE
9h - 17h

ELSAN
58bis rue de la Boétie
PARIS VIII

SFFERe CéBB ELSAN AGOF GE Healthcare Voluson™



Congrès PSF : 15 ateliers et une session des internes

L'AGOF prend ses quartiers au congrès PSF ! Au programme : **15 ateliers pratiques** conçus pour votre quotidien et une **session 100 % dédiée aux internes**.

- **Bon à savoir** : L'inscription est gratuite pour tous les adhérents de l'AGOF.
- **Sur place** : Passez nous voir sur le stand pour échanger, vous informer et rencontrer l'équipe !

Lien d'inscription

<https://paris-sante-femmes.fr/>



PLANNING AGOF - PARIS SANTÉ FEMMES

MERCREDI 2 DÉCEMBRE		JEUDI 3 DÉCEMBRE		VENDREDI 4 DÉCEMBRE	
Zone de simulation 1	Zone de simulation 2	Zone de simulation 1	Zone de simulation 2	Zone de simulation 1	Zone de simulation 2
09:30 - 11:00 Echographie : simulation/GE (Atelier 1) Dr. CHALOUHI	09:30 - 11:00 Vulve normale et pathologique Dr. AUPOMEROL	08:30 - 10:00 Simulation pelvitraitement (Atelier 1) Dr. VILLEFRANQUE	08:30 - 10:00 Sexualité et cancer Dr. AUPOMEROL	08:30 - 10:00 Prise en charge des grossesses monochoriales (Atelier 1) Dr. COLMANT, Dr. VIVANTI Dr. BOURGON, Dr. RAULT	08:30 - 10:00 Suivi gynécologique après cancer Dr. VERON
11:30 - 13:00 Echographie : simulation/GE (Atelier 1 Bis) Dr. CHALOUHI	11:30 - 13:00 Suture LOSA (Atelier 1) Dr. LALLEMANT	10:30 - 12:00 Simulation pelvitraitement (Atelier 1 Bis) Dr. VILLEFRANQUE	10:30 - 12:00 Simulateur échographique de poche : Insimo / AGOF Dr. GLICKENSTEIN	10:30 - 12:00 Prise en charge des grossesses monochoriales (Atelier 1 Bis) Dr. COLMANT, Dr. VIVANTI, Dr. BOURGON, Dr. RAULT	10:30 - 12:00 Erreurs médicales : facteur humain Dr. MOSNINO
14:30 - 16:00 Amniocentèse, BT Pr. CORDIER	14:30 - 16:00 Suture LOSA (Atelier 1 Bis) Dr. LALLEMANT	14:00 - 15:30 Placenta accreta : CAT et les dernières approches Pr. MOREL	14:00 - 15:30 Cancer du sein : le défi d'oncoplastie Dr. BONNEAU	14:00 - 15:30 Odon Assist : atelier pratique (Atelier 1) Pr. MOTTET, Dr. ECKMAN Dr. DESOURVIERES	
SESSION DES INTERNES		16:00 - 17:30 Endométriose : les nouveaux terrains d'action sur la douleur Pr. CHANTALAT	16:00 - 17:30 Endométriose chez l'adolescente Dr. DENIS	16:00 - 17:30 Odon Assist : atelier pratique (Atelier 1 Bis) Pr. MOTTET, Dr. ECKMAN Dr. DESOURVIERES	
SALLE 141 : 16:15 - 18:15					
• RCP IA-assistée - Pr. CANLORBE • Colposcopie : lecture d'image - Pr. CANLORBE • Echographie GO - Dr. CHALOUHI • Recherche documentaire et statistique - Dr. VASILEVA • Table ronde et cloud des IA utilisées dans le public présenté		 RETROUVEZ NOUS SUR LE STAND DE L'AGOF Participez au quizz AGOF / La Roche Posay Découvrez les supports de formation Tenez-vous informés des "off" du congrès			

Jeudi 2 décembre : Soirée anniversaire L'AGOF fête ses 30 ans !

En « off » du congrès PSF, bloquez votre soirée du **jeudi 2 décembre** ! L'AGOF célèbre ses **30 ans** et vous prépare une soirée anniversaire mémorable. L'occasion idéale de se retrouver, de fêter cet anniversaire ensemble et de partager un moment convivial hors des salles de conférence.



Cap sur les Antilles : GynéCaraïbes du 26 au 29 janvier 2027

Bloquez déjà vos dates pour l'événement GynéCaraïbes ! L'AGOF y animera un atelier de simulation :

- Simulateurs d'hystéroscopie et d'échographie
- Atelier pratique : réparation des LOSA

Grand Concours Recherche

Venez pitcher votre sujet de thèse ou de mémoire ! Un jeu-concours permettra aux internes de présenter leurs travaux.

Inscription

<https://www.gyncaraibes.fr/inscriptions>



Un samedi de mars : Journée de formation en Santé Sexuelle

L'AGOF a à cœur de diversifier ses thématiques ! Un samedi de mars, nous organiserons une **journée entièrement consacrée à la santé sexuelle**, pour approfondir nos connaissances et enrichir notre prise en charge globale au quotidien.

“

Restez connectés, les programmes détaillés et les modalités d'inscription sont disponibles sur nos réseaux sociaux ou sur le site de l'AGOF.

”



GYNÉCOLOGUE-OBSTÉTRICIEN H/F - Installation Libérale Aix-en-Provence - Clinique de l'Étoile
La Clinique de l'Étoile, établissement de référence au cœur du Pays d'Aix, fondé en 1975 par les Petites Sœurs des Maternités Catholique, membre de l'Alliance des Maternités Catholique, recherche un(e) Gynécologue-Obstétricien pour rejoindre son équipe dynamique de 8 praticiens au service de la Salle de Naissance et des activités Périnatales de la Clinique.

Un cadre de pratique privilégié

En intégrant notre structure, vous rejoignez une maternité de niveau 2A réalisant 2 400 accouchements par an, alliant sécurité des soins et confort des patientes.

- **Équipe et Qualité** : Intégration au sein d'une équipe stable et dynamique. Nous sommes engagés dans une démarche qualité forte avec l'accréditation en équipe Gynerisq. RCP cancérologie et obstétrique, réseau périnatal Méditerranée.
- **Plateau Technique de Pointe** : Accès direct aux outils de diagnostic modernes sur site. La clinique dispose d'un pôle d'imagerie complet avec Scanner et IRM clinique-etoile.com.
- **Offre de soins étendue** : Pôles dédiés à la ménopause, l'endométriose et SOS Sein.

Pour postuler ou obtenir plus d'informations :
✉ direction@maternité-etoile.com



Pourquoi choisir Aix-en-Provence ?

Travailler à la Clinique de l'Étoile, c'est choisir un cadre de vie exceptionnel dans l'une des villes les plus attractives de France :

- **Localisation Stratégique** : À proximité immédiate de la mer Méditerranée, des massifs montagneux et des liaisons directes vers la Corse.
- **Dynamisme Intellectuel** : Une ville universitaire de renom offrant un large choix d'écoles et de cursus d'enseignement supérieur pour les familles.
- **Qualité de vie** : Un ensoleillement privilégié et une vie culturelle riche tout au long de l'année.

Missions et Profil

- Ancien Chef de Clinique éligible à l'exercice libéral en secteur 1 ou 2.
- Orientation principale obstétricale/échographies.
- Une activité chirurgicale serait un plus.



RÉSEAU
PRO
SANTÉ

L'OUTIL DE COMMUNICATION DES ACTEURS DE LA SANTÉ



Médecins - Soignants - Personnels de Santé

1^{er} Réseau Social
de la santé



Retrouvez en ligne des
milliers d'offres d'emploi



Une rubrique Actualité
qui rayonne sur
les réseaux sociaux

1^{ère} Régie Média
indépendante
de la santé



250 000 exemplaires de
revues professionnelles
diffusés auprès des
acteurs de la santé



Inscription gratuite

Rendez-vous sur

www.reseauprosante.fr



☎ 01 53 09 90 05

✉ contact@reseauprosante.fr