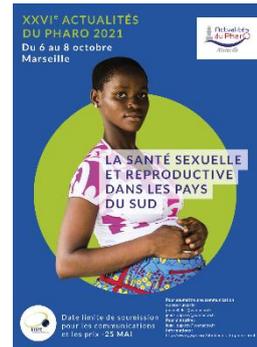


## Actualités du Pharo 2021

Jeudi 7 octobre

### Session 4 – Santé sexuelle et reproductive Conférences invitées



Président de Session – **Eric PICHARD**

Eric Pichard est médecin, infectiologue et tropicaliste, ancien PU-PH à l'Université d'Angers et ancien chef de service du SMIT du CHU d'Angers, actuellement consultant de Médecine Tropicale à Paris au Centre Médical de l'Institut Pasteur et au Centre de Diagnostic et de Thérapeutique de l'Hôtel Dieu, membre du Collège des universitaires des Maladies Infectieuses et Tropicales, du conseil d'administration et du comité de rédaction de la Société Francophone de Médecine Tropicale et Santé Internationale ainsi que du conseil scientifique du réseau francophone des Maladies Tropicales Négligées. Il a exercé outre-mer aux Nouvelles-Hébrides (Vanuatu) en 1977-1978 dans le cadre de l'Aide Technique puis au Mali comme chef du service de médecine interne à l'Hôpital national du Point et G et professeur à la Faculté de Médecine de Bamako de 1983 à 1995.

Jeudi 7 octobre – 16h20-16h40

**Dominique JEAN**

[dominiquedidi@wanadoo.fr](mailto:dominiquedidi@wanadoo.fr)

Dominique Jean est pédiatre infectiologue, accompagnatrice en montagne, médecin du sport, spécialiste en médecine d'altitude et titulaire d'une maîtrise de géographie, option climatologie. Chef de service de pédiatrie à Briançon en début de carrière, puis praticien au centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal du CHU de Grenoble en fin de carrière, elle a combiné ses différentes compétences entre-temps, comme médecin d'expéditions, médecin du poste de secours de Pheriche au pied de l'Everest, médecin de la base polaire scientifique européenne au Groenland dans les années 90, enseignante en médecine d'altitude, guide de trekking et formatrice pour les professionnels de la montagne et du voyage en France et dans de nombreux pays, en Asie, Amérique du Sud et Afrique. Reconnue comme experte en médecine d'altitude, particulièrement pour les femmes et les enfants, elle vient de terminer 2 mandats de vice-présidente de l'ISMM (International Society for Mountain Medicine).

### **Grossesse et accouchement à haute altitude : avantage adaptatif de certaines populations – un regard historique**

Mots-clés : grossesse, altitude, hypoxie, Andes, Tibet

Au XVIème siècle, quand les conquistadores fondèrent la ville de Potosi à 4000 m d'altitude, tous les nouveau-nés d'ascendance espagnole mouraient en période néo-natale. Les femmes espagnoles prirent l'habitude d'aller accoucher en basse altitude et ne revenaient à Potosi que quand l'enfant avait un an. Ce n'est que 53 ans après la fondation de la ville, soit plus d'une génération, que le premier enfant d'origine espagnole né à Potosi survécut. L'hypoxie d'altitude était certainement le facteur environnemental prédominant dans cette incapacité des immigrants à se reproduire sur place.

Les pathologies de la grossesse sont plus fréquentes en altitude, en particulier chez les femmes non acclimatées. Le principal risque est la prééclampsie, pouvant aboutir à une éclampsie, un hématome rétro-placentaire, une mort fœtale. L'altitude expose également à des difficultés d'adaptation néonatale.

La baisse du poids de naissance (PN) avec l'altitude est liée à un retard de croissance intra-utérin (RCIU) du 3<sup>e</sup> trimestre, attribué à une majoration de l'hypoxie fœtale en altitude. Elle est en moyenne de 100 g par 1 000 m d'altitude et peut s'observer dès 1 500 m. Elle varie selon l'ancienneté d'établissement

des populations en altitude, évoquant une adaptation au fil des générations : plus marquée au Colorado et chez les Han au Tibet, intermédiaire dans les Andes, absente chez les Tibétains.

Des mécanismes compensateurs existent chez la mère et le fœtus :

– L'hyperventilation maternelle d'origine hormonale, majorée en altitude, permet d'améliorer SaO<sub>2</sub> et de préserver le contenu artériel en oxygène chez les femmes résidentes qui ont une Hb augmentée (Andes, Colorado). La concentration d'Hb n'est pas augmentée chez les Tibétaines mais elles ont des adaptations vasculaires plus marquées.

– La redistribution du flux sanguin pelvien vers les artères utérines augmente pendant la grossesse, mais elle est plus marquée et se maintient jusqu'au terme chez les populations anciennement établies en altitude, alors qu'elle diminue en fin de grossesse chez les populations plus récentes.

– L'index placentaire (rapport du poids placentaire au PN) est augmenté en altitude et la morphologie placentaire est différente : les villosités sont plus fines avec une plus grande densité de capillarisation, permettant d'améliorer l'apport d'O<sub>2</sub> au fœtus. Dans les Andes, ces caractéristiques sont plus marquées chez les femmes d'ascendance indienne que chez celles d'ascendance européenne, suggérant une adaptation génétique.

- On observe au sang du cordon une augmentation de la concentration d'Hb ainsi que du pourcentage d'Hb foetale, d'affinité augmentée pour l'O<sub>2</sub>.

L'arrivée de la génomique permet d'avancer dans la connaissance d'adaptations différentes dans les populations andines et tibétaines.

Jeudi 7 octobre – 16h40-17h00

**Marleen TEMMERMANN**

[marleen.temmerman@ugent.be](mailto:marleen.temmerman@ugent.be)

biographie non parvenue

### **Impact social des politiques de promotion des césariennes utiles ou inutiles en Afrique**

Résumé non parvenu

Jeudi 7 octobre – 17h00-17h20

**Jean-Eric PONTIES**

[jeaneric.ponties@gmail.com](mailto:jeaneric.ponties@gmail.com)

Jean-Eric Ponties est Professeur agrégé du Val-de-Grâce. Spécialiste de gynécologie et obstétrique, il a été chargé de cours durant 20 ans à l'École du Val-de-Grâce et à l'École du Pharo. Chef de service de la maternité de l'hôpital d'instruction des armées Bégin jusqu'en 2015, il a été médecin adjoint de l'hôpital du Val-de-Grâce en 2016. Il a participé à de nombreuses missions d'expertise et d'interventions en Afrique au Gabon, en Côte d'Ivoire, au Mali ou au Sénégal.

### **Prise en charge des hémorragies du post partum**

Mots-clés : mortalité maternelle, agonie utérine, hémorragie de la délivrance, kit de prise en charge des HPP, organisation médico-chirurgicale des urgences du post-partum

La mortalité maternelle malgré des avancées encourageantes reste encore très élevée dans le monde. Les pays en voie de développement paient 99% de ce tribut.

La connaissance des causes des hémorragies du post-partum, la précocité du diagnostic, la réaction adaptée de l'équipe medico-chirurgicale permet de réduire de 90% le taux de mortalité.

Ainsi, la délivrance dirigée, la révision utérine, l'utilisation d'ocytocine, la mise en place d'un ballonnet de Bakri, permettent dans 80% des cas de sauver la parturiente ou de mettre en place une stratégie thérapeutique soit par radiologie interventionnelle soit par une chirurgie d'urgence offrant des alternatives à l'hystérectomie d'hémostase.

L'apprentissage des personnels, l'organisation des salles de naissance, la mise en place d'un kit « hémorragies de la délivrance » sont des dispositions faciles à mettre en place, peu onéreuses et très efficaces pour parvenir aux objectifs de l'OMS de faire descendre la mortalité maternelle en dessous de 70 pour 100.000 naissances.

Jeudi 7 octobre – 17h20-17h40

**Ludovic FALANDRY**

[falandry.ludovic@gmail.com](mailto:falandry.ludovic@gmail.com)

Chirurgien des Hôpitaux des armées. Urologue. A exercé durant plus de trois décennies dans différents pays d'Afrique de l'Ouest et Centrale. Auteur de nombreuses publications : *La chirurgie pour guérir l'exclusion* (1995) *Les fistules obstétricales* (1998) *Comment je traite une fistule obstétricale* (2016). Il acquiert au fil des années une expérience originale sur la prise en charge chirurgicale des fistules vésico-vaginales obstétricales. Participe à la Sorbonne à Paris à un Forum international sur l'Intervention : *Les médecins militaires au service des populations civiles* (Grasset 1993). Engagé dans la campagne d'éradication des fistules obstétricales (ONG, UNFPA) Son roman « *Sawaba* » tiré de faits vécus, retrace le parcours d'une vie de souffrance et d'humiliation d'une jeune fille africaine excisée et « *fistuleuse* » (Ed. L'Harmattan 2009).

**Prise en charge des fistules vésico-vaginales obstétricales**

Mots-clés : Fistule vésico-vaginale. Fistule recto-vaginale. Incontinence urinaire. Procédures de chirurgie reconstructive

L'auteur ayant une expérience de plus de trois décennies des fistules obstétricales (FO) rappelle les principes de la prise en charge chirurgicale de la FO secondaire à un travail prolongé (classiquement plus de deux jours) cause principale des FO dans les pays pauvres.

Une classification clinique permet de classer ces fistules obstétricales en trois groupes de difficulté croissante. Si la technique de base est simple les difficultés dépendent des lésions tissulaires (sclérose), du siège de la fistule, des lésions associées, (atteinte sphinctérienne, fistules de la filière ano-rectale associées dans un tiers des cas). Si les FO du groupe I peuvent être traitées avec succès (moins de 20%) en un seul temps opératoire, les FO graves, complexes, du groupe II ou III nécessitent deux ou plusieurs interventions pour obtenir une guérison ou amélioration. La qualité des soins post-opératoires, la recherche clinique et chirurgicale permettront l'amélioration des résultats globaux, ce qui est encore loin d'être le cas dans les conditions actuelles. La prévention (soins obstétricaux d'urgence, ressources humaines) est possible puisque cette conséquence dramatique de la dystocie a pratiquement disparu dans les pays riches.