Bimestriel
Mars 2022

réalités

n° 212

en GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

Forces et faiblesses du test HPV dans le dépistage des lésions de dysplasie cervicale

Actualités dans les infections sexuellement transmissibles

Endométriose et contraception

Le consentement en gynécologie

Le choix de sexe dans les variations du développement génital : quelles avancées ?

réalités
EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

COMITÉ SCIENTIFIQUE

Dr J. Belaisch-Allart, Pr P. Bernard, Pr Y. Dumez, Pr R. Frydman, Pr B. Hedon, Pr J.-N. Hugues, Pr B. Jacquetin, Pr P. Madelenat, Pr L. Mandelbrot, Pr G. Mellier, Pr J. Milliez, Pr X. Monrozies, Pr J.-F. Oury, Pr I. Nisand, Pr L. Piana, Pr D. Querleu, Dr P. Von Théobald

COMITÉ DE LECTURE

Dr N. Bricout, Dr Ph. Descamps, Pr B. Deval, Dr O. Feraud, Dr J.-N. Guglielmina, Dr J. Jacob, Dr D. Luton, Dr O. Jourdain, Dr O. Multon, Dr M.-H. Poissonnier, Pr C. Quereux, Dr F. Reyal, Dr J. Salvat

RÉDACTEUR EN CHEF

Pr O. Sibony

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Dr R. Niddam

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

M. Meissel, M. Anglade

RÉDACTEUR GRAPHISTE

M. Perazzi

MAQUETTISTE

D. Plaisance

PUBLICITÉ

D. Chargy
C. Poussin (assistante)

RÉALITÉS EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

est édité par Performances Médicales
91, avenue de la République
75540 Paris Cedex 11
Tél. 0147006714, Fax: 0147006999
E-mail: info@performances-medicales.com

IMPRIMERIE

Impression: espaceGrafic
Mutilva Baja – Espagne
Commission Paritaire : 0322 T 81367
ISSN : 1264-8809
Dépôt légal : 1er trimestre 2022

Sommaire

Mars 2022

n° 212

Cancérologie

3 **Forces et faiblesses du test HPV dans le dépistage des lésions de dysplasie cervicale**
R. Delangle, J.-L. Mergui, G. Canlorbe

Endométriose

7 **Endométriose et contraception**
E. Goldenberg

IST

14 **Actualités dans les infections sexuellement transmissibles par le GrIDIST**
A. Bertolotti et le GrIDIST (Groupe Infectiologie Dermatologique et Infections Sexuellement Transmissibles)

Gynécologie

21 **Le consentement en gynécologie**
P. Merviel, P.-F. Dupré

Pathologies fœtales

28 **Le choix de sexe dans les variations du développement génital : quelles avancées ?**
L. Brunet,C. Bouvattier

Un bulletin d'abonnement est en page 27.

Image de couverture :
© Tarasova Mariya@shutterstock.com

Cancérologie

Forces et faiblesses du test HPV dans le dépistage des lésions de dysplasie cervicale

RÉSUMÉ : Le test de détection du papillomavirus humain à haut risque (HPV-HR) occupe une place centrale dans le dépistage organisé du cancer du col utérin en France. Après un rappel sur les recommandations actualisées en 2019 par la HAS, cet article a pour objectif de démontrer les points forts du test HPV-HR, qui résident principalement dans son excellente sensibilité, les apports de son utilisation par rapport à la cytologie conventionnelle dans le dépistage et le cadre de la surveillance thérapeutique, mais aussi de montrer ses limites et les conséquences sur le risque d'un recours accru à la colposcopie du fait de sa mauvaise valeur prédictive positive.

R. DELANGLE[1], J.-L. MERGUI[1,2], G. CANLORBE[1,2,3]
[1] Service de Chirurgie et Cancérologie gynécologique et mammaire, Hôpital Pitié-Salpêtrière, PARIS.
[2] Membre de la Société française de colposcopie et de pathologie cervico-vaginale (SFCPCV).
[3] Inserm UMR-S 938, *Cancer Biology and Therapeutics*, Centre de recherche Saint-Antoine (CRSA), PARIS.

L'infection persistante à papillomavirus humain à haut risque (HPV-HR) est à l'origine du cancer du col de l'utérus, dont on dénombrait 2 920 nouveaux cas en 2019 et 1117 décès selon les données de Santé Publique France.

L'infection à HPV-HR est très fréquente et le plus souvent transitoire ; elle concerne la majorité des femmes et des hommes sexuellement actifs au début de leur vie sexuelle [1]. Le portage du virus tend à diminuer avec l'âge, cependant une proportion de patientes connaîtra une chronicisation de l'infection à HPV-HR pouvant conduire, dans une faible proportion de cas, vers des lésions de dysplasies intraépithéliales de haut grade (LIEHG), précurseurs du cancer du col [2, 3].

Les recommandations françaises de la Haute Autorité de santé (HAS) de juillet 2019 [4] ont fait la part belle au test HPV-HR dans le dépistage des lésions précancéreuses du cancer du col par rapport à la cytologie cervico-vaginale (CCV). Cet article a pour objectif de rappeler les forces du test HPV-HR, qui en ont fait l'examen de première intention dans le dépistage des lésions de dysplasie cervicale, et les limites inhérentes à son utilisation.

Rappels des recommandations actualisées en 2019

En avant-propos, il convient de rappeler les recommandations HAS [4] quant au dépistage organisé du cancer du col de l'utérus en France :
– de 25 à 29 ans : examen cytologique du col utérin tous les 3 ans, après deux cytologies avec des résultats normaux à 1 an d'intervalle. Le test HPV-HR sera réalisé pour le triage des patientes présentant une CCV de type ASC-US et AGC ;
– de 30 à 65 ans : test HPV-HR 3 ans après la dernière cytologie normale. Le test sera répété tous les 5 ans dans la mesure où il reste négatif ;
– chez la femme enceinte : les recommandations sont identiques à celles sus-citées.

De même, le test HPV joue un rôle de premier plan dans la surveillance post-thérapeutique :

Cancérologie

– en cas de lésion de bas grade (LIEBG) traitée : un test HPV-HR sera réalisé après 6 mois. Si celui-ci est négatif, la patiente retournera vers le dépistage de la population générale (tous les 5 ans) ;
– en cas de lésion de haut grade (LIEHG) traitée : un test HPV-HR sera réalisé après 6 mois. Si celui-ci est négatif, un test HPV-HR sera réalisé tous les 3 ans et cela sans âge limite ;
– en cas de lésion d'adénocarcinome *in situ* (AIS) traitée de façon conservatrice : un test HPV-HR sera réalisé après 6 mois. Si celui-ci est négatif, un test HPV-HR sera réalisé tous les ans et cela sans âge limite.

À travers ces recommandations, on constate la place prépondérante qu'occupe le test HPV aujourd'hui par rapport à la CCV.

Une efficacité supérieure à la CCV dans le dépistage des lésions précancéreuses

L'intérêt des tests HPV-HR dans le dépistage est étudié depuis maintenant plus de deux décennies.

Whitlock *et al.* [5] ont montré, dans une large revue de la littérature de 2011, la supériorité du dépistage par test HPV-HR par rapport à la CCV chez les femmes de plus de 30 ans avec des sensibilités respectives de 63 % à 98 % contre seulement 38 % à 65 % pour la détection des LIEHG + (24).

La méta-analyse de Ronco *et al.* [6] publiée en 2014 dans le *Lancet* et portant sur 4 essais, concernant 176 464 femmes âgées de 20 à 64 ans randomisées entre le test HPV-HR et la CCV avec un suivi médian de 6,5 ans, trouvait que le nombre de cancers invasifs était identique dans les deux groupes durant les 2,5 premières années de suivi (RR : 0,79 ; IC95 % : 0,46-1,36) puis significativement plus bas dans le groupe test HPV-HR *versus* CCV (RR : 0,45 ; IC95 % : 0,25-0,81). Chez les femmes avec un test HPV-HR négatif de départ ou une CCV normale, l'incidence cumulée de cancers invasifs était de 8,7 pour 100 000 et 36,0 pour 100 000 à 5,5 ans respectivement.

Une revue systématique de la Cochrane de 2017 incluant 40 études, avec plus de 140 000 femmes âgées de 20 à 70 ans, a comparé le test Hybrid Capture 2 à la CCV (sur lame ou milieu liquide) dans le dépistage des LIEHG +. Les sensibilités du test Hybrid Capture 2, de la CCV sur lame et de la CCV en milieu liquide étaient de 89,9 %, 62,5 % et 72,9 % respectivement et les spécificités de 89,9 %, 96,6 % et 90,3 % respectivement. Ces résultats étaient identiques avant ou après 30 ans [7].

Enfin, Ogilvie *et al.* [8] ont démontré dans le *JAMA*, sur une population randomisée de 16 374 patientes entre test HPV et CCV, qu'un dépistage par test HPV-HR seul permettait d'accélérer le dépistage des LIEHG + par rapport à un dépistage classique par CCV. Dans le groupe ayant subi un test HPV-HR, en cas de négativité, les patientes se voyaient convoquées 4 ans plus tard pour un double contrôle par test HPV-HR et CCV ; les patientes du groupe CCV, en cas de normalité, étaient convoquées pour une nouvelle CCV à 2 ans, et si le résultat était toujours négatif, reconvoquées pour un double contrôle par test HPV-HR et CCV à 4 ans. À 4 ans, l'incidence de LIEHG + était significativement plus faible en cas de suivi par test HPV que par CCV (5,0/1 000 [IC 95 % : 3,8-6,7] *versus* 10,6/1 000 [IC95 % : 8,7-12,9] ; p < 0,01). Les taux cumulés de colposcopies n'étaient pas significativement différents entre les deux groupes (106,2/1 000 [IC95 % : 100,2-112,5] *versus* 101,5 [IC95 % : 95,6-107,8]). Enfin, cet essai retrouvait un risque < 5 % de LIEHG en cas de test HPV négatif.

Le place de l'auto-prélèvement

Le test HPV-HR rend possible l'utilisation de l'auto-prélèvement (AP). Dans une grande méta-analyse mise à jour en 2018, Arbyn *et al.* [9] ont pu étudier la qualité du dépistage en comparant le recours à l'AP par rapport au prélèvement conventionnel (PC) par le praticien en consultation. En ce qui concerne la sensibilité cumulée pour le diagnostic des LIEHG +, celle-ci était identique entre les deux techniques **uniquement** en cas de détection par *polymerase chain reactions* (PCR), à 96 %. De même, la spécificité cumulée était proche avec une spécificité de 84 % pour l'AP contre 86 % pour le PC. La valeur prédictive positive pour la mise en évidence de LIEHG n'était pas significativement inférieure pour l'AP. La prévalence de la positivité du test HPV-HR était par ailleurs semblable entre les deux populations. La sensibilité restait identique en fonction du mode de prélèvement et de son moyen de conservation.

En France, moins de 35 % de la population de femmes éligibles est vaccinée contre l'HPV-HR et moins de 65 % a un suivi gynécologique régulier avec dépistage du cancer du col utérin. Dans ce contexte, l'AP paraît être une méthode fiable pour élargir l'accès au dépistage organisé du cancer du col, pour les populations âgées de plus de 30 ans dans lesquelles il est le moins réalisé. Le recours à l'examen gynécologique, qui peut effrayer certaines femmes, n'est plus nécessaire et la patiente devient actrice de sa prise en charge.

Si l'on compare les différentes façons de faire participer les femmes à une politique d'AP, l'envoi d'un kit de prélèvement au domicile avait un taux de réponse moyen de 19 % (6,4 à 34 %). Ce taux descendait à 7,8 % si la patiente devait elle-même faire la demande d'un kit de prélèvement. La méthode la plus efficace était la distribution de kit de prélèvement directement au domicile par le porte-à-porte ou sur le lieu de travail avec un taux de réponse moyen de 94 %. Par ailleurs, quel que soit le type d'incitation au dépistage (envoi de kit, distribution directe ou sur demande de la patiente),

l'AP avait une différence de réponse de 7 % supérieure au PC.

Un intérêt majeur dans la surveillance post-thérapeutique

Il est aujourd'hui admis que les patientes traitées pour une LIEHG + nécessitent une surveillance rapprochée du fait d'un risque de récidive d'environ 6 % en cas d'électroconisation et d'un surrisque de cancer du col, et cela même très à distance de la conisation.

Une revue systématique de la littérature de 1975 à 2016 portant sur les facteurs associés à l'échec du traitement par exérèse d'une LIEHG (correspondant à la persistance d'une LIEHG après traitement ou de sa récidive dans les 18 mois) a montré que la sensibilité et la spécificité pour prédire l'échec du traitement étaient respectivement de 91,0 % (IC95 % : 82,3-95,5) et 83,8 % (IC95 % : 77,7-88,7) contre 55,8 % (IC95 % : 45,8-65,5) et 84,4 % (IC95 % : 79,5-88,4) pour le statut positif des berges. Un test HPV-HR négatif entre 3 et 9 mois après traitement était associé à un risque d'échec de 0,8 % contre 3,8 % pour des berges *in sano* [10].

Ceballos *et al.* [11] ont montré que, parmi les patientes ayant un test HPV-HR positif, 25,7 % ont présenté une LIEHG + dans les suites du suivi contre seulement 1,9 % chez les patientes avec un test négatif. Le test HPV-HR est donc un moyen fiable et très simple pour discriminer les patientes à risque de récidive et/ou d'évolution vers un cancer. Du fait de son excellente valeur prédictive négative, la négativité du test HPV-HR dans les suites du traitement permet de rassurer la patiente et de diminuer la fréquence de la surveillance.

Une valeur prédictive positive insuffisante

Alors que la très forte sensibilité du test HPV est un atout majeur, sa spécificité, qui avoisine les 60 % [12], est insuffisante pour discriminer les patientes qui présentent des LIEHG + en cas de positivité. Sa valeur prédictive positive (VVP) est extrêmement faible, inférieure à 10 %.

En conséquence, dans le dépistage organisé chez les patientes de plus de 30 ans, il est recommandé de compléter le dépistage par un triage utilisant une CCV afin d'affiner la sélection des patientes qui nécessiteront des investigations complémentaires par colposcopie. La VPP de la CCV est bien supérieure à 50 %.

La faible VPP est d'autant plus problématique dans les populations où la prévalence du portage du HPV-HR est élevée. Parmi ces populations, on retrouve les patientes immunodéprimées avec au premier rang les patientes VIH [13], celles sous traitements immunodépresseurs pour une greffe d'organe solide ou présentant une maladie auto-immune [14, 15]. La forte prévalence du portage HPV-HR, la plus faible clairance spontanée du virus et la multiplication des tests HPV-HR (recommandés de façon annuelle dans cette population à risque) sont susceptibles d'induire une augmentation importante du nombre de colposcopies réalisées.

Il en est de même pour les patientes qui présentent un test HPV-HR positif dans le cadre de la surveillance post-thérapeutique d'une LIEHG ou d'une LIEBG. La persistance du virus est de l'ordre de 20 % à 6 mois dans cette population. Or, l'association à une récidive ou la persistance d'une lésion est faible. Le recours systématique à la colposcopie, qui est recommandée dans ce contexte, induit de ce fait un grand nombre d'examens supplémentaires sources d'inquiétude pour la patiente et parfois pour le praticien. C'est pour cette raison que, chez les patientes de 25 à 29 ans chez lesquelles la prévalence de l'HPV-HR est de l'ordre de 20 à 30 %, le test HPV n'est utilisé qu'en deuxième intention pour discriminer les cytologies de type ASC-US et AGC.

Conclusion

Le test HPV-HR a révolutionné le dépistage organisé du cancer du col utérin. Sa très forte sensibilité, bien supérieure à la cytologie conventionnelle, en a fait l'outil de premier plan aussi bien en dépistage primaire que dans la surveillance thérapeutique. Il permet ainsi de dépister plus de lésions de haut grade et de lésions glandulaires que la cytologie classique et par leur prise en charge également de réduire le nombre de cancers invasifs

Il autorise de plus l'auto-prélèvement qui permettrait, dans le cadre d'une politique de santé, de toucher une population plus large de patientes et ainsi d'augmenter la proportion de femmes dépistées qui reste trop faible en France. En effet, malgré la mise en place d'un dépistage organisé, l'incidence du cancer du col n'a pas encore diminué au cours du temps.

POINTS FORTS

- **Test HPV-HR :**
  - Très forte sensibilité dans le dépistage.
  - Très forte valeur prédictive négative dans la surveillance post-thérapeutique.
  - Recours possible à l'autotest.
  - Spécificité et valeur prédictive faibles.
  - Augmentation du nombre de colposcopies inutiles.

Cancérologie

BIBLIOGRAPHIE

1. Dunne EF, Park IU. HPV and HPV-associated diseases. *Infect Dis Clin North Am*, 2013;27:765-778.
2. Bosch FX, Lorincz A, Muñoz N *et al.* The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer. *J Clin Pathol*, 2002;55:244-265.
3. Khan MJ, Castle PE, Lorincz AT *et al.* The elevated 10-year risk of cervical precancer and cancer in women with human papillomavirus (HPV) type 16 or 18 and the possible utility of type-specific HPV testing in clinical practice. *J Natl Cancer Inst,* 2005;97:1072-1079.
4. Recommandations HAS 2019. Évaluation de la recherche des papillomavirus humains (HPV) en dépistage primaire des lésions précancéreuses et cancéreuses du col de l'utérus et de la place du double immuno- marquage p16/Ki67. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-09/synthese_et_recommandations_hpv.pdf
5. Whitlock EP, Vesco KK, Eder M *et al.* Liquid-based cytology and human papillomavirus testing to screen for cervical cancer: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med*, 2011;155:687-697, W214-215.
6. Ronco G, Dillner J, Elfström KM *et al.* Efficacy of HPV-based screening for prevention of invasive cervical cancer: follow-up of four European randomised controlled trials. *Lancet Lond Engl*, 2014;383:524-532.
7. Koliopoulos G, Nyaga VN, Santesso N *et al.* Cytology versus HPV testing for cervical cancer screening in the general population. *Cochrane Database Syst Rev*, 2017;8:CD008587.
8. Ogilvie GS, van Niekerk D, Krajden M *et al.* Effect of Screening With Primary Cervical HPV Testing vs Cytology Testing on High-grade Cervical Intraepithelial Neoplasia at 48 Months: The HPV FOCAL Randomized Clinical Trial. *JAMA*, 2018;320:43-52.
9. Arbyn M, Smith SB, Temin S *et al.*; Collaboration on Self-Sampling and HPV Testing. Detecting cervical precancer and reaching underscreened women by using HPV testing on self samples: updated meta-analyses. *BMJ*, 2018;363:k4823.
10. Arbyn M, Redman CWE, Verdoodt F *et al.* Incomplete excision of cervical precancer as a predictor of treatment failure: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Oncol*, 2017;18:1665-1679.
11. Ceballos KM, Lee M, Cook DA *et al.* Post-Loop Electrosurgical Excision Procedure High-Risk Human Papillomavirus Testing as a Test of Cure: The British Columbia Experience. *J Low Genit Tract Dis*, 2017;21:284-288.
12. Hamers FF, Poullié AI, Arbyn M. Updated evidence-based recommendations for cervical cancer screening in France. *Eur J Cancer Prev*, 2021. doi: 10.1097/CEJ. 0000000000000701. Online ahead of print.
13. Dub T, Le Cœur S, Ngo-Giang-Huong N *et al.* Prevalence of High-Risk Human Papillomavirus Infections before and after Cervical Lesion Treatment, among Women Living with HIV. *J Clin Med*, 2021;10:3133.
14. Moscicki AB, Flowers L, Huchko MJ *et al.* Guidelines for Cervical Cancer Screening in Immunosuppressed Women Without HIV Infection. *J Low Genit Tract Dis*, 2019;23:87-101.
15. Luckett R, Painter H, Hacker MR *et al.* Persistence and clearance of high-risk human papillomavirus and cervical dysplasia at 1 year in women living with human immunodeficiency virus: a prospective cohort study. *BJOG*, 2021;128:1986-1996.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Endométriose

Endométriose et contraception

RÉSUMÉ : L'endométriose est une maladie chronique invalidante touchant de nombreuses femmes et dont les manifestations principales sont des douleurs pelviennes chroniques et/ou une infertilité. La prescription d'une contraception hormonale a un rôle clé dans la prise en charge de la douleur, dans la réduction de la progression des lésions endométriales ainsi que dans la prévention des récidives postopératoires.

Il est recommandé de prendre en charge l'endométriose lorsqu'elle a un retentissement fonctionnel (douleur, infertilité) ou lorsqu'elle entraîne une altération du fonctionnement d'un organe. Une prise en charge globale de la douleur sur le plan médicamenteux, parfois chirurgical, et associée à des thérapeutiques alternatives est nécessaire afin d'améliorer la qualité de vie des femmes souffrant de douleurs pelviennes chroniques.

E. GOLDENBERG
Service de Gynécologie-obstétrique,
Hôpital Robert-Debré, PARIS.

Prévalence

L'endométriose est une pathologie responsable de douleurs pelviennes chroniques, de dysménorrhées et d'infertilité qui toucherait 10 % des femmes en âge de procréer dans le monde entier [1]. Sa prévalence réelle est néanmoins difficile à déterminer, car elle varie selon que le diagnostic est porté en imagerie, en cœlioscopie exploratrice ou en anatomopathologie et dépend également des populations considérées (femmes symptomatiques, infertiles, population générale, etc.). La plupart des données de prévalence résultent d'études menées par cœlioscopie exploratrice. Ainsi, on estime la prévalence de l'endométriose entre 2 à 11 % chez les femmes asymptomatiques, 5 à 50 % chez les femmes infertiles et 5 à 21 % chez les femmes hospitalisées pour des douleurs pelviennes [2].

Chez les adolescentes, les dysménorrhées sont très fréquentes (50 à 70 % selon les études) [3]. Porter le diagnostic d'endométriose chez l'adolescente est difficile à cause de l'impossibilité fréquente de réaliser une échographie endovaginale, mais aussi de la fréquence plus importante des endométrioses de stade I, rendant l'IRM moins sensible. Néanmoins, on estime que l'endométriose explique environ 75 % des dysménorrhées résistantes aux traitements usuels (sur des données de cœlioscopies exploratrices) [4].

Clinique et physiopathologie

L'endométriose est définie par la présence de glandes ou de stroma endométrial estrogéno-dépendant en dehors de l'utérus et provoquant une inflammation chronique. Les localisations d'endométrioses sont multiples : péritonéale superficielle, ovarienne (endométriome), sous-péritonéale profonde (avec ou sans atteinte des organes abdominaux pelviens) ou, dans de plus rares cas, extra-abdominale [5].

L'endométriose est classée en quatre stades ou types :
– stade 1 : endométriose minime, score de l'American Society for Reproductive Medicine (AFSR) entre 1 et 5 ;
– stade 2 : endométriose modérée, score AFSR entre 6 et 15 ;

Endométriose

– stade 3 : endométriose moyenne, score AFSR entre 16 et 40 ;
– stade 4 : endométriose sévère, score AFSR > 40 (***tableau I***).

La présentation clinique de cette maladie est très variable et peu spécifique. Elle peut être asymptomatique ou responsable de dysménorrhées, de dyspareunie, de douleurs pelviennes chroniques, de dyschésie, de dysurie ou encore d'infertilité inexpliquée. L'endométriose peut altérer la fertilité par de nombreuses voies [7] : inflammation péritonéale, modifications hormonales, atteinte directe de la réserve ovarienne par des endométriomes présents chez 15 à 30 % des femmes souffrant d'endométriose [8] ou indirecte par des lésions post-chirurgicales. Il n'existe pas de corrélation entre l'importance et la sévérité des lésions retrouvées et les douleurs décrites par la patiente [10].

Le diagnostic d'endométriose reste difficile à poser et il n'existe pas de biomarqueurs disponibles pour détecter ou éliminer cette maladie. C'est la raison pour laquelle on estime entre 8 et 10 ans le retard diagnostique d'endométriose après l'apparition des premiers symptômes [11] (***tableau II***).

Quelle place pour les traitements hormonaux dans la prise en charge de l'endométriose ?

Dès 1959, l'observation clinique de la résolution des symptômes pendant la grossesse fait émerger l'idée de traiter les femmes douloureuses avec des hormones stimulant une "pseudo-grossesse" [12]. C'est à partir de cette période que l'intérêt des traitements médicaux hormonaux a émergé pour le traitement des dysménorrhées, toutes causes confondues. En effet, leur utilisation permet d'induire, dans un premier temps, une décidualisation et une croissance endométriale puis, dans un second temps, une atrophie endométriale avec une augmentation de l'apoptose des glandes et du stroma. Au bout de quelques mois d'utilisation, elle provoque une diminution de la prolifération cellulaire [13].

Ainsi, l'utilisation de traitements hormonaux dans l'endométriose permet la prise en charge de la douleur en y associant un effet contraceptif et a l'avantage principal d'être un traitement non invasif qui n'altère pas la réserve ovarienne. Néanmoins, ils peuvent parfois être insuffisants ou inefficaces, ne permettent pas un traitement curatif de la maladie et ne conviennent pas aux femmes avec un désir de grossesse. On estime entre 11 et 19 % la prévalence de femmes atteintes d'endométriose ne répondant pas au traitement médicamenteux [14].

Le traitement chirurgical a également une place importante dans la prise en charge de l'endométriose. Il permet la diminution des douleurs et l'exérèse des lésions accessibles. Actuellement, la prise en charge des patientes repose fréquemment sur des chirurgies itératives (***fig. 1A***), ce qui provoque des douleurs postopératoires, l'apparition d'adhérences et une altération de la réserve ovarienne chez des femmes ayant plus fréquemment des troubles de la fertilité. De plus, les lésions d'endométriose récidivent souvent après un traitement chirurgical, même en association avec un traitement hormonal, et cela limite donc les indications de la chirurgie.

Ainsi, l'importance du traitement médical dans le traitement de l'endométriose est probablement sous-estimée et nécessite une réévaluation des pratiques. De plus, l'enjeu majeur des prochaines années concernant la prise en charge de l'endométriose est de déterminer le moment idéal pour réaliser une chirurgie afin d'éviter les multiples

Endométriose		< 1 cm	1-3 cm	> 3 cm
Lésions péritonéales	Superficielles	1	2	4
	Profondes	2	4	6
Lésions ovariennes	Superficielles (ovaire droit)	1	2	4
	Profondes (ovaire droit)	4	16	20
	Superficielles (ovaire gauche)	1	2	4
	Profondes (ovaire gauche)	4	16	20
Oblitération du Douglas		Partielle		Totale
		4		40
Adhérences		< 1/3	1/3 à 2/3	> 2/3
Ovaires	Superficielles (ovaire droit)	1	2	4
	Profondes (ovaire droit)	4	8	16
	Superficielles (ovaire gauche)	1	2	4
	Profondes (ovaire gauche)	4	8	16
Trompes	Superficielles (trompe droite)	1	2	4
	Profondes (trompe droite)	4	8	16
	Superficielles (trompe gauche)	1	2	4
	Profondes (trompe gauche)	4	8	16

Tableau I : Classification des lésions endométriosiques d'après le score de l'American Society for Reproductive Medicine (AFSR) [6].

Conforme à l'endométriose

1. Évaluer la présence des symptômes	
• Douleur pelvienne persistante et/ou s'aggravant cycliquement • Dysménorrhée • Dyspareunie profonde • Dyschésie cyclique • Dysurie cyclique • Symptômes cataméniaux cycliques à d'autres localisations (poumons, peau)	• Douleur sévère, aménorrhée ou crampes en dehors des menstruations pourraient indiquer un problème du système reproductif • Symptômes concomitants : – une constipation et une diarrhée sévères et non cycliques suggèrent un syndrome de l'intestin irritable – une douleur urinaire ou une douleur du flanc pourraient suggérer des lithiases urinaires – des symptômes urinaires (hématurie, urination fréquente) pourraient suggérer une cystite interstitielle/un syndrome douloureux vésical
2. Connaître l'histoire de la patiente	
• Infertilité • Dysménorrhée à l'adolescence, douleurs pelviennes chroniques contemporaines • Laparoscopie antérieure avec diagnostic • Dysménorrhée sans réponse aux anti-inflammatoires non stéroïdiens • Antécédents familiaux	• Absence de menstruations ou autre pathologie obstructive dans l'adolescence • Antécédent de douleur en lien direct avec une chirurgie (compression d'un nerf ou lésions postopératoires, adhérences intestinales)
3. Effectuer l'examen clinique	
• Nodules dans le cul-de-sac de Douglas • Rétroversion de l'utérus • Masses en rapport avec l'endométriose • Endométriome évident externe (vu sur le spéculum ou sur la peau)	• Spasmes du plancher pelvien • Allodynie sévère du plancher pelvien/de la vulve ou d'ailleurs • Masses pas en rapport avec l'endométriose (fibromes)
4. Effectuer ou prescrire de l'imagerie	
• Endométriome à l'échographie • Présence de marqueurs faibles (signe du glissement) • Nodules et masses	• Adénomyose et fibromes (bien qu'ils puissent être liés à l'endométriose)

Envisager un autre diagnostic en plus de l'endométriose

Tableau II : Algorithme pour aider au diagnostic clinique de l'endométriose [9].

reprises chirurgicales (***fig. 1B***) [15]. Il est également évident que seule une endométriose symptomatique doit faire l'objet d'une prise en charge médicale et/ou chirurgicale.

Les avantages des différents traitements hormonaux dans l'endométriose

1. Contraception estroprogestative [16]

Les traitements estroprogestatifs ont l'avantage de pouvoir être pris pendant des périodes prolongées, d'avoir une bonne tolérance et sont souvent plus

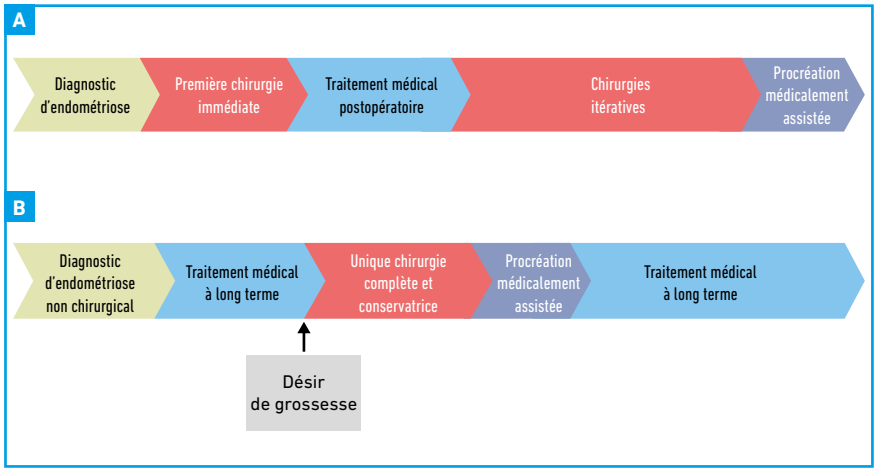


Fig. 1 : Différentes approches de la prise en charge de l'endométriose [15]

Endométriose

POINTS **FORTS**

- L'endométriose est une pathologie fréquente, touchant environ 10 % des femmes. La prévalence varie selon les modalités de diagnostic.
- Elle est responsable entre autres de douleurs chroniques dont la prise en charge nécessite une évaluation interdisciplinaire.
- La stratégie thérapeutique dépend de la problématique posée par la patiente : prise en charge de la douleur et/ou de l'infertilité.
- Chez une femme ayant une endométriose asymptomatique, il n'y a pas d'indication à prescrire un traitement hormonal en l'absence de demande de contraception.
- Le traitement médicamenteux repose en premier sur la contraception par estroprogestatif en l'absence de contre-indication et le système intra-utérin au lévonorgestrel.
- Les traitements recommandés en deuxième intention sont la contraception microprogestative au désogestrel, l'implant à l'étonogestrel et le diénogest.
- Les agonistes de la GnRH sont le traitement de dernière intention, après échec des autres thérapies médicamenteuses, car leur utilisation doit être limitée dans le temps et cette thérapie n'a pas montré de supériorité par rapport aux progestatifs.
- En postopératoire, il est recommandé de mettre en place un traitement hormonal afin de réduire le risque de récidive douloureuse.

acceptables pour les femmes que d'autres traitements alternatifs, ce qui améliore la compliance au traitement. Chez les patientes ayant une endométriose douloureuse, la contraception estroprogestative (COP) en prise cyclique réduit la dysménorrhée (baisse de l'EVA de 3 à 9 points sur 10), les dyspareunies et les douleurs pelviennes chroniques [17]. Il a été mis en évidence dans une étude un effet protecteur sur l'initiation d'une endométriose chez les utilisatrices de COP, probablement par diminution du reflux menstruel [18], ainsi qu'une diminution du volume des endométriomes sous COP dans deux études [17, 19].

Il n'existe pas de preuve à l'heure actuelle permettant de déterminer la meilleure méthode de traitement estroprogestatif par rapport à la voie d'administration (pilule, patch, anneau), aux dosages utilisés ainsi qu'aux différentes combinaisons hormonales (20 *versus* 35 µg d'EE). De plus, aucune étude n'a comparé les différentes générations de COP entre elles dans la prise en charge de l'endométriose. La littérature est insuffisante pour préciser le bénéfice d'une administration continue (*versus* cyclique) de la COP chez les patientes ayant une endométriose douloureuse [20].

Néanmoins, dans la pratique clinique, chez une femme n'ayant pas de réponse au traitement estroprogestatif en discontinu ou ayant une recrudescence des douleurs pendant la semaine d'arrêt du traitement, il peut être intéressant de modifier le traitement vers une prise en continu pour soulager les dysménorrhées.

2. Contraception par progestatifs

Le rationnel de l'utilisation des progestatifs dans l'endométriose est notamment lié à leur action anti-estrogénique et anti-gonadotrope, l'endométriose étant une pathologie estrogéno-dépendante. Le système intra-utérin (SIU) au lévonorgestrel, la contraception au désogestrel et l'implant à l'étonogestrel ont montré une efficacité significative sur la diminution des douleurs dans l'endométriose, notamment grâce à l'aménorrhée provoquée par la prise de ces traitements [21].

Le système intra-utérin au lévonorgestrel à 52 mg permet une réduction des scores de douleur (diminution de l'EVA d'environ 6 points sur 10) chez les patientes endométriosiques non opérées [22]. Il est recommandé en première intention et est efficace pour lutter contre l'adénomyose. Aucune donnée n'est disponible avec le SIU au lévonorgestrel à 13,5 mg.

D'autres types de progestatif peuvent être utilisés en deuxième intention :
– la contraception microprogestative orale au désogestrel [23] ;
– l'implant à l'étonogestrel [24] ;
– le diénogest en prise continue [25].

Le diénogest bénéficie de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dans l'indication endométriose mais pas en tant que contraceptif et, depuis 2020, les premiers génériques sont remboursés à 65 %. Il permet de réduire les douleurs lors de la prise continue avec une persistance de la réduction des scores de douleurs pelviennes à 12 mois après l'arrêt du traitement.

Concernant l'utilisation des macroprogestatifs, l'acétate de chlormadinone dispose de l'AMM dosée à 5 mg, 2 comprimés par jour en prise continue. Néanmoins, aucune donnée récente n'a été publiée et les macroprogestatifs sont, depuis juillet 2021, soumis à une surveillance accrue au-delà d'un an de traitement en rapport avec un risque de méningiome plus élevé [26].

Il n'existe pas de preuve de l'efficacité de la dydrogestérone [27]. De plus, aucune étude n'a comparé les progestatifs entre eux.

3. Traitement par GnRHa

L'administration des agonistes de la GnRH (GnRHa) induit un effet agoniste prolongé sur le récepteur hypophysaire de la GnRH, avec une libération initiale des gonadotrophines, appelé "effet *flare up*". Celui-ci est suivi d'une inhibition prolongée de la sécrétion de la FSH et de la LH par arrêt de la pulsatilité de la GnRH.

Les GnRHa ayant une AMM dans le traitement de l'endométriose sont la triptoréline, la leuproréline et la nafaréline. Ils peuvent être utilisés par voie injectable ou nasale sans modification d'efficacité [28]. Ils permettent une suppression quasi complète de la sécrétion d'estradiol, ce qui provoque une carence estrogénique profonde et principalement un risque de déminéralisation osseuse. C'est la raison pour laquelle la durée de traitement est limitée à 6 mois et est contre-indiquée chez l'adolescente de moins de 16 ans. Lorsqu'ils sont prescrits, ils nécessitent l'adjonction d'une "*add-back* thérapie" par estrogène, permettant d'améliorer la qualité de vie des patientes sans altérer l'effet sur la douleur et d'améliorer la minéralisation osseuse [29].

Recommandations de la HAS

Selon les nouvelles recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) en 2018, les traitements hormonaux recommandés en première intention dans la prise en charge de l'endométriose douloureuse sont la contraception par estroprogestatifs et le SIU au lévonorgestrel à 52 mg [21] (***tableau III***).

1. Choix entre une prise en charge médicale ou chirurgicale

Le choix entre les différents traitements dépend du profil de la patiente, de son âge, de ses antécédents, de ses symptômes et d'un potentiel projet de grossesse (***fig. 2***).

2. Quid des traitements hormonaux en pré- et post-chirurgical ?

En préopératoire, il n'est pas nécessaire de prescrire de façon systématique un traitement hormonal. En effet, différentes études comparant un traitement chirurgical seul par rapport à un traitement hormonal pré-chirurgical ne montrent aucune différence significative sur les récidives des lésions, les douleurs à distance, le taux de grossesse ou les complications post-chirurgicales [30].

En postopératoire, la HAS recommande un traitement hormonal afin de réduire les récidives et le risque de réapparition des douleurs à long terme [31]. Le traitement hormonal estroprogestatif permet de diminuer le risque de récidives à long terme des endométriomes opérés tant qu'il est poursuivi [32]. Lors de la prescription d'une COP en postopératoire, il est recommandé de privilégier une administration continue en cas de dysménorrhées [33]. La prise en charge médicamenteuse est la même que celle décrite ci-dessus (***tableau IV***).

	Voie d'administration et posologie	AMM dans l'endométriose	AMM contraception
1re intention			
Estroprogestatifs	PO – Prise continue ou discontinue		x
SIU lévonorgestrel	52 mg – Intra-utérin		x
2e intention			
Désogestrel	PO – Prise continue		x
Étonogestrel	Sous-cutanée – 3 ans		x
Agoniste GnrH	Sous-cutanée ou nasale – 6 mois	x	
Diénogest	PO – Prise continue – 2 mg	x	
Autres			
Acétate de chlormadinone	PO – 5 mg x 2 en continu	x	
Acétate de médroxyprogestérone — fin de commercialisation	IM – 250 mg toutes les 12 semaines	x	
Médrogestone	PO – 5 mg	x	

Tableau III : Traitements hormonaux disponibles dans le cadre de l'endométriose et recommandés par la HAS.

Endométriose

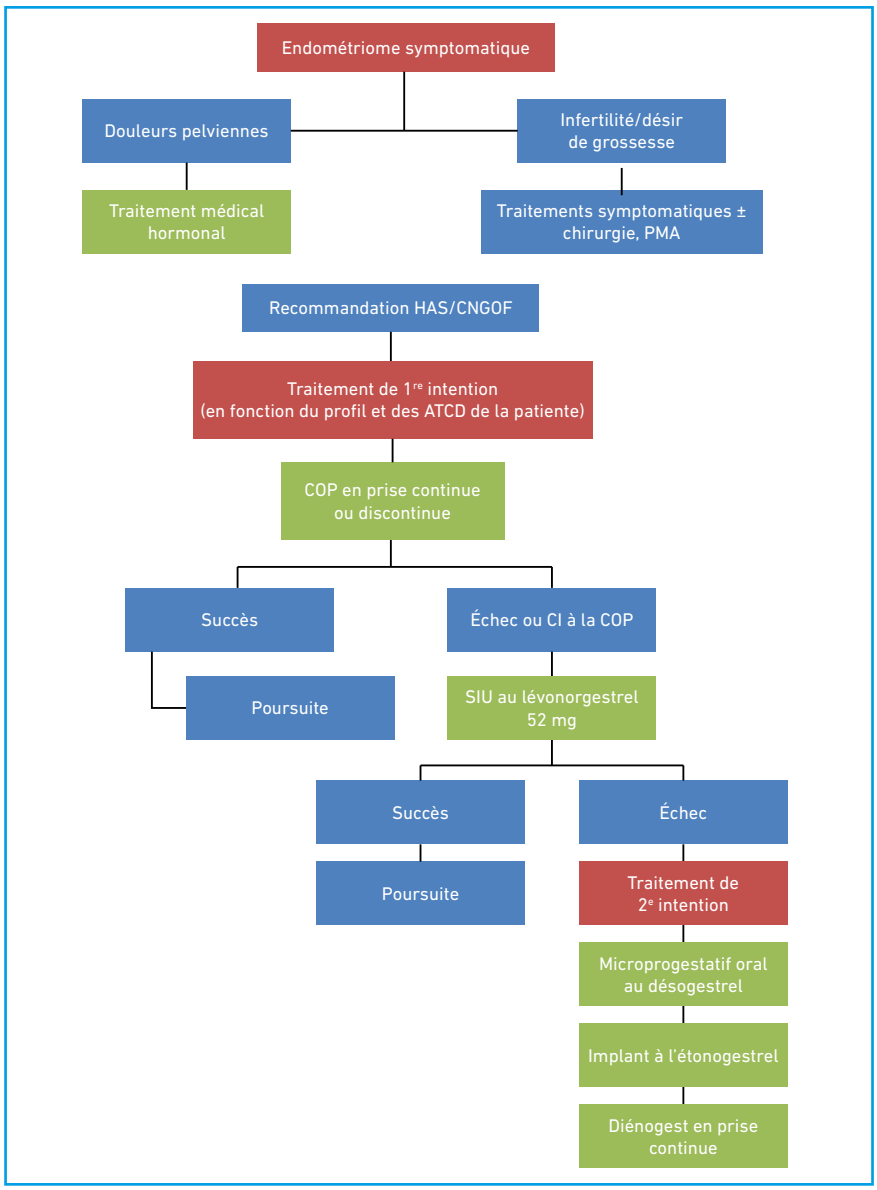


Fig. 2 : Algorithme de prise en charge selon les recommandations de la HAS.

1. COP discontinue ou SIU lévonorgestrel 52 mg
2. COP continue ou SIU lévonorgestrel 52 mg
3. Progestatifs : – microprogestatifs oraux au désogestrel ; – implant à l'étonogestrel ; – diénogest continu PO.
4. Autres : – macroprogestatifs ; – agoniste de la GnRH avec *add-back* thérapie (pas avant 16 ans et durée maximale de 6 mois).

Tableau IV : Récapitulatif des traitements médicaux de l'endométriose symptomatique.

BIBLIOGRAPHIE

1. Zondervan KT, Becker CM, Missmer SA. Endometriosis. *N Engl J Med*, 2020;382:1244-1256.
2. Shafrir AL, Farland LV, Shah DK *et al.* Risk for and consequences of endometriosis: A critical epidemiologic review. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 2018;51:1-15.
3. Zannoni L, Giorgi M, Spagnolo E *et al.* Dysmenorrhea, absenteeism from school, and symptoms suspicious for endometriosis in adolescents. *J Pediatr Adolesc Gynecol*, 2014;27:258-265.
4. Janssen EB, Rijkers ACM, Hoppenbrouwers K *et al.* Prevalence of endometriosis diagnosed by laparoscopy in adolescents with dysmenorrhea or chronic pelvic pain: a systematic review. *Hum Reprod Update*, 2013;19:570-582.
5. Zondervan KT, Becker CM, Koga K *et al.* Endometriosis. *Nat Rev Dis Primer*, 2018;4:9.
6. American Society for Reproductive. Revised American Society for Reproductive Medicine classification of endometriosis: 1996. *Fertil Steril*, 1997;67:817-821.
7. de Ziegler D, Borghese B, Chapron C. Endometriosis and infertility: pathophysiology and management. *Lancet*, 2010;376:730-738.
8. Leone Roberti Maggiore U, Gupta JK, Ferrero S. Treatment of endometrioma for improving fertility. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2017;209:81-85.
9. Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC *et al.* Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action. *Am J Obstet Gynecol*, 2019;220:354.e1-354.e12.
10. Vercellini P, Fedele L, Aimi G *et al.* Association between endometriosis stage, lesion type, patient characteristics and severity of pelvic pain symptoms: a multivariate analysis of over 1000 patients. *Hum Reprod*, 2007;22:266-271.
11. Kiesel L, Sourouni M. Diagnosis of endometriosis in the 21st century. *Climacteric*, 2019;22:296-302.
12. Kistner RW. The treatment of endometriosis by inducing pseudopregnancy with ovarian hormones. *Fertil Steril*, 1959;10:539-556.
13. Meresman G. Oral contraceptives suppress cell proliferation and enhance apoptosis of eutopic endometrial tissue from patients with endometriosis. *Fertil Steril*, 2002;77:1141-1147.
14. Becker CM, Gattrell WT, Gude K *et al.* Reevaluating response and failure

of medical treatment of endometriosis: a systematic review. *Fertil Steril*, 2017;108:125-136.

15. Chapron C, Marcellin L, Borghese B *et al.* Rethinking mechanisms, diagnosis and management of endometriosis. *Nat Rev Endocrinol*, 2019;15:666-682.
16. Grandi G, Barra F, Ferrero S *et al.* Hormonal contraception in women with endometriosis: a systematic review. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 2019;24:61-70.
17. Harada T, Momoeda M, Taketani Y *et al.* Low-dose oral contraceptive pill for dysmenorrhea associated with endometriosis: a placebo-controlled, double-blind, randomized trial. *Fertil Steril*, 2008;90:1583-1588.
18. Vercellini P, Eskenazi B, Consonni D *et al.* Oral contraceptives and risk of endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*, 2011;17:159-170.
19. Taniguchi F, Enatsu A, Ota I *et al.* Effects of low dose oral contraceptive pill containing drospirenone/ethinylestradiol in patients with endometrioma. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2015;191:116-120.
20. Mabrouk M, Solfrini S, Frascà C *et al.* A new oral contraceptive regimen for endometriosis management: preliminary experience with 24/4-day drospirenone/ethinilestradiol 3 mg/20 mcg. *Gynecol Endocrinol*, 2012;28:451-454.
21. Sauvan M, Chabbert-Buffet N, Canis M *et al.* Traitement médical de l'endométriose douloureuse sans infertilité, RPC Endométriose CNGOF-HAS. *Gynecol Obstet Fertil Senol*, 2018; 46:267-272.
22. Fedele L, Bianchi S, Zanconato G *et al.* Use of a levonorgestrel-releasing intrauterine device in the treatment of rectovaginal endometriosis. *Fertil Steril*, 2001;75:485-488.
23. Leone Roberti Maggiore U, Remorgida V, Scala C *et al.* Desogestrel-only contraceptive pill *versus* sequential contraceptive vaginal ring in the treatment of rectovaginal endometriosis infiltrating the rectum: a prospective open-label comparative study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 2014;93:239-247.
24. Walch K, Unfried G, Huber J *et al.* Implanon® versus medroxyprogesterone acetate: effects on pain scores in patients with symptomatic endometriosis — a pilot study. *Contraception*, 2009;79:29-34.
25. Strowitzki T, Faustmann T, Gerlinger C *et al.* Dienogest in the treatment of endometriosis-associated pelvic pain: a 12-week, randomized, double-blind, placebo-controlled study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2010;151:193-198.
26. Nouvelles conditions de prescription et de délivrance des spécialités à base d'acétate de nomégestrol (Lutényl et génériques) et d'acétate de chlomadinone (Lutéran et génériques), liées au risque de méningiome, juillet 2021.
27. Brown J, Kives S, Akhtar M. Progestagens and anti-progestagens for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2012; 2012:CD002122.
28. Brown J, Pan A, Hart RJ. Gonadotrophin-releasing hormone analogues for pain associated with endometriosis. *Cochrane Database Syst Rev*, 2010; 2010:CD008475.
29. DiVasta AD, Feldman HA, Sadler Gallagher J *et al.* Hormonal add-back therapy for females treated with gonadotropin-releasing hormone agonist for endometriosis: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol*, 2015; 126:617-627.
30. Chen I, Veth VB, Choudhry AJ *et al.* Pre- and postsurgical medical therapy for endometriosis surgery. *Cochrane Database Syst Rev*, 2020;2020: CD003678.
31. Wu L, Wu Q, Liu L. Oral contraceptive pills for endometriosis after conservative surgery: a systematic review and meta-analysis. *Gynecol Endocrinol*, 2013;29:883-890.
32. Seracchioli R, Mabrouk M, Frascà C *et al.* Long-term cyclic and continuous oral contraceptive therapy and endometrioma recurrence: a randomized controlled trial. *Fertil Steril*, 2010;93:52-56.
33. Muzii L, Di Tucci C, Achilli C *et al.* Continuous *versus* cyclic oral contraceptives after laparoscopic excision of ovarian endometriomas: a systematic review and metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*, 2016;214:203-211.

L'auteure a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

IST

Actualités dans les infections sexuellement transmissibles par le GrIDIST

RÉSUMÉ : Les infections sexuellement transmissibles (IST) concernent plusieurs millions de personnes chaque année. Aujourd'hui, elles sont toujours au centre des préoccupations. L'émergence de résistances, en particulier pour le gonocoque mais aussi pour *Mycoplasma genitalium*, rendent plus complexes les prises en charge par les antibiotiques.

Le développement de la prophylaxie préexposition (PreP) au VIH permet de réduire l'incidence de l'infection par ce virus mais laisse entrevoir une augmentation de l'incidence des autres IST du fait de la moindre utilisation du préservatif.

La gravité de la symptomatologie et du pronostic dépendra du type d'IST acquise. Une plus ample couverture vaccinale contre les papillomavirus humains permettra une large réduction de ses infections et cancers induits.

A. BERTOLOTTI
ET LE GrIDIST (Groupe Infectiologie Dermatologique et Infections Sexuellement Transmissibles),
Service de Maladies infectieuses – Dermatologie – CeGIDD, CHU de la Réunion site Sud, LA RÉUNION.

Cet article traite de l'actualité des infections sexuellement transmissibles : gonococcies, chlamydioses, syphilis, infections à papillomavirus humain, trichomonose et mycoplasmes. Il n'inclut pas le VIH, VHB, VHC, VHA, HSV, les ectoparasitoses, le *Neisseria meningitidis*, le Zika, la dengue…

État des lieux

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les infections sexuellement transmissibles (IST) concernent plus d'un million de personnes chaque jour sur la planète. Par an, il est rapporté plus de 500 millions d'atteintes d'herpès génital, 291 millions de femmes porteuses de papillomavirus humain (PVH) génitaux, 142 millions d'infections à *Trichomonas vaginalis*, 131 millions d'infections à *Chlamydia trachomatis* (CT), 78 millions d'infections à *Neisseria gonorrhoeæ* (NG) et 6 millions de cas de syphilis. Bien souvent, les IST sont asymptomatiques. Des symptômes bénins ne sont pas toujours reconnus comme ceux d'une IST. Chez les femmes en âge de procréer, l'impact des IST peut avoir des conséquences graves sur la fertilité ou l'enfant à naître par transmission des infections de la mère.

Les principaux facteurs de risque d'IST sont : le multipartenariat (au moins 2 partenaires dans l'année), le changement de partenaire récent, une IST chez un partenaire, un antécédent d'IST, une autre IST active, l'homosexualité masculine, la prostitution et les violences sexuelles. L'utilisation de lavements et lubrifiants rectaux devrait également faire partie de nos interrogatoires en santé sexuelle [1, 2].

Un bilan IST doit au moins comprendre : les sérologies VIH 1-2, un test tréponémique (TT), des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN) pour le CT et le NG en urogénital. Les sérologies de l'hépatite B (Ag HBs, Ac anti-HBc, Ac anti-HBs) dépendront du statut vaccinal.

La sérologie de l'hépatite C sera indiquée en cas de facteurs de risque spécifiques (tatouages, transfusion à l'étranger, toxicomanie…). Le dépistage de *Mycoplasma genitalium* est discuté selon la présence de symptôme. Le type de dépistage des PVH dépendra de l'âge des patientes. Le dépistage anal et pharyngé systématique de CT et NG est actuellement recommandé si les patients rapportent des pratiques sexuelles à risque. En effet, il pourrait permettre d'identifier jusqu'à 20 % de patients supplémentaires ayant un bilan urogénital indemne d'IST [3]. Pour réduire le coût de ces analyses multiples, certains auteurs proposent de réaliser des analyses regroupant les 3 échantillons en une analyse [4].

Plusieurs études françaises dans le domaine des IST sont en cours. Vous pourrez retrouver les modalités de participation sur le site du GrIDIST (Groupe Infectiologie Dermatologique et Infections Sexuellement Transmissibles) de la Société Française de Dermatologie régulièrement mis à jour[1].

Chlamydia trachomatis

Le CT est une bactérie intracellulaire obligatoire dont les sérotypes D à K sont responsables d'infections urogénitales sexuellement transmises. En 2016, Santé Publique France, dans une enquête auprès des laboratoires de biologie, recensait 267 097 infections à CT sur notre territoire [5]. L'infection est très souvent asymptomatique mais peut entraîner des urétrites et des cervicites dans la semaine suivant le rapport à risque. Elles peuvent se compliquer d'épididymite chez l'homme, d'endométrite, de salpingite, de pelvipéritonite et d'infertilité chez la femme.

Les dernières recommandations HAS en 2018 proposent que son dépistage soit systématique chez les femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans, y compris pendant la grossesse. Chez les hommes sexuellement actifs et les femmes de plus de 25 ans avec des facteurs de risque et chez les femmes consultant pour une interruption volontaire de grossesse, le dépistage devrait être ciblé.

Le diagnostic repose sur la biologie moléculaire à l'aide des tests d'amplification des acides nucléiques (TAAN). Ce sont les seuls tests recommandés en France (JORF n°0231 du 5 octobre 2011). Chez les hommes, les TAAN sont effectués sur le premier jet d'urine ; en revanche, chez la femme, l'échantillon vaginal (par le clinicien ou en auto-prélèvement) est préféré au prélèvement urinaire. La plupart des tests sont duplex gonocoque-chlamydia désormais.

La sérologie CT n'a pas d'intérêt. Öhman *et al.* montrent que 2/3 des femmes développent des anticorps après une infection par CT mais cette immunité décline avec le temps et ne semble pas protectrice [6].

En France, le dépistage de la lymphogranulomatose vénérienne (LGV) est préconisé chez les patients ayant un prélèvement anal positif pour CT+ s'ils sont VIH+ et/ou symptomatiques seulement [7].

Le traitement des infections non compliquées à CT consiste en 7 jours de doxycycline 100 mg 2 ×/j *per os* ou d'azithromycine 1 g en dose unique *per os* en cas de crainte de non-observance. En 2019, une méta-analyse publiée concluait qu'il y avait moins d'effets secondaires sous azithromycine que sous doxycycline chez les femmes, mais que l'azithromycine semblait légèrement moins efficace chez les hommes que la doxycycline [8]. L'efficacité de la doxycycline sur les infections à CT rectales semble supérieure à celle de l'azithromycine dans un essai contrôlé randomisé (ECR) chez des hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes (HSH) [9]. Devant une littérature indécise sur le sujet [10], la meilleure stratégie thérapeutique sera définie prochainement par un ECR français en cours (NCT03532464) [11].

Le risque d'émergence de résistance pour le *Mycoplasma genitalium* à l'azithromycine est également un élément important à prendre en compte dans la stratégie antibiotique à employer tout en y intégrant le risque d'inobservance des 7 jours de doxycycline dans certaines populations telles que des patients mineurs par exemple [12].

D'autres traitements sont efficaces mais ne doivent être prescrits qu'en deuxième intention. Il s'agit de l'érythromycine à la posologie de 500 mg × 4 fois par jour pendant 7 jours ou de l'ofloxacine à raison de 200 mg × 2 fois par jour pendant 7 jours.

Un contrôle des sites atteints (vaginal, urétral, pharyngé, anal) est préconisé généralement 3 mois après le traitement. Un contrôle avant 4 semaines n'est pas préconisé en raison de la persistance de débris de CT, rendant la PCR faussement positive. Les résistances à l'azithromycine sont rares. Une persistance du CT à distance est synonyme de mauvaise observance, de mauvaise diffusion (cas des CT anaux) ou d'une recontamination.

Neisseria gonorrhoeæ

Le NG est à l'origine de la gonococcie. C'est une bactérie à Gram négatif en forme de diplocoque extracellulaire (intracellulaire après phagocytose) strictement humaine. Sa transmission se fait par contact direct, principalement lors des rapports sexuels. La gonococcie est l'une des IST non virales les plus fréquentes dans le monde après les infections à *Trichomonas vaginalis* et à CT. L'incidence de la gonococcie a fortement diminué depuis le pic d'incidence dans les années 1970 dans les pays d'Europe de l'Ouest. Cependant, depuis 1998, une recrudescence de cette affection est observée comme le suggèrent les

[1] Pour tout savoir sur les études en cours du GrIDIST : https://www.sfdermato.org/site/groupe-infectiologie-dermatologique-et-infections-sexuellement-transmissibles.html

IST

données à la fois des réseaux RENAGO, ResIST et des centres d'IST. Lors de l'enquête réalisée auprès des laboratoires de biologie par Santé Publique France en 2016, 49 628 nouveaux cas étaient rapportés en France [5]. Dans des centres de dépistage des IST, les réseaux de cliniciens identifiaient cette infection majoritairement chez des HSH (71 %) d'âge moyen 29 ans. Les hommes hétérosexuels avaient en moyenne 25 ans et les femmes 22 ans. La proportion de co-infection avec le VIH était stable sur les dernières années à 14 %.

La période d'incubation est contagieuse. Elle dure de 2 à 7 jours. Les formes cliniques varient selon le sexe et le site d'infection. Chez l'homme, on observe principalement l'urétrite antérieure aiguë. Elle est responsable de brûlures mictionnelles et d'un écoulement urétral purulent. Cependant, l'infection génitale asymptomatique existe également chez l'homme. Chez la femme, l'infection gonococcique est le plus souvent asymptomatique mais elle peut aussi entraîner une cervicite avec du pus provenant de l'orifice cervical. Non traitée, une gonococcie peut entraîner des complications locorégionales telles que l'abcédation, la prostatite, l'épididymite, des salpingites, des stérilités tubaires, un risque de grossesse extra-utérine… Au niveau anal, le NG est souvent asymptomatique mais il peut être à l'origine d'un prurit anal, d'une anite, d'un écoulement rectal purulent ou encore d'un syndrome rectal avec ténesme, épreintes et diarrhée mucopurulente. L'atteinte pharyngée est le plus fréquemment asymptomatique.

Le dépistage du NG se fait de manière couplée avec CT selon les mêmes modalités que pour ce dernier. De plus, lors d'écoulement, un examen direct au Gram ou au bleu de méthylène peut être réalisé pour identifier des bacilles en "grain de café" qui devront être intracellulaires pour affirmer le diagnostic. Devant une augmentation croissante des souches de gonocoques multirésistants, la recherche du NG en culture doit être renforcée pour réaliser un antibiogramme [13].

Le principal antibiotique actuellement recommandé dans les gonococcies en France est la ceftriaxone : une seule injection en intramusculaire de 1 g [14] contrairement aux recommandations européennes qui proposent d'y associer systématiquement de l'azithromycine 2 g [15]. Un traitement probabiliste contre CT associé à celui d'un NG reste cependant toujours justifié devant une urétrite en attente d'identification des microorganismes.

Les céphalosporines de 3e génération orales présentent une mauvaise diffusion pharyngée et facilitent l'émergence de souches résistantes. La spectinomycine 2 g en dose unique en intramusculaire n'est plus disponible en France. Le traitement par gentamicine est mal codifié (240 mg en intramusculaire en dose unique) ; les résistances sont exceptionnelles mais la diffusion pharyngée est mauvaise [16]. L'azithromycine nécessite des doses élevées (2 g) qui entraînent alors des troubles digestifs importants et un risque d'émergence de résistance. La ciprofloxacine 500 mg en dose unique peut être une alternative thérapeutique mais seulement après un antibiogramme n'identifiant pas de résistance aux fluoroquinolones car la résistance est proche de 60 % en France métropolitaine (données CNR 2020). Par ailleurs, les bains de bouche d'antiseptique n'ont pas fait la preuve de leur efficacité dans la prévention des atteintes pharyngées à NG [17].

Les rapports doivent être protégés pendant les 7 jours suivant le traitement.

Un contrôle clinique est recommandé à J7 en cas d'absence de guérison avec réalisation de cultures et contrôle de la sensibilité de la souche par un nouvel antibiogramme.

Un contrôle des sites atteints asymptomatiques est préconisé 2 à 3 semaines après la fin du traitement.

Syphilis

Le *Treponema pallidum subsp. pallidum* est à l'origine de la syphilis. Son incidence se majore depuis les années 2000 chez les HSH, mais aussi chez les sujets hétérosexuels [18, 19]. La transmission est essentiellement sexuelle mais aussi verticale, par transfusion sanguine et greffe d'organe. Toute ulcération des muqueuses doit faire suspecter un chancre syphilitique même si elle ne répond pas totalement à la description traditionnelle de celui-ci (circonscrit, unique, à fond propre, indolore et induré) (***fig. 1 et 2***). Ce chancre définit la phase primaire qui apparaît en moyenne 21 jours (entre 10 et 90 jours) après le rapport sexuel à risque. La phase secondaire est caractérisée par la roséole (1re floraison) passant souvent inaperçue (***fig. 3***), puis par l'apparition de syphilides (2e floraison).

Fig. 1 : Chancre syphilitique génital masculin, pas si "unique" (coll. Dr A. Bertolotti).

Fig. 2 : Chancre syphilitique génital féminin, pas si "propre" (coll. Dr L. Nazarre).

Fig. 3 : Première floraison de syphilis secondaire, roséole de l'abdomen (coll. Dr A. Bertolotti).

Ces syphilides peuvent mimer de très nombreuses autres pathologies dermatologiques ayant fait surnommer la syphilis la "grande simulatrice" et justifiant de proposer une sérologie syphilitique au moindre doute (***fig. 4 à 6***). Le stade secondaire peut aussi entraîner des hépatites, néphrites et périostites [18]. La neurosyphilis peut survenir à n'importe quel stade et les manifestations peuvent être très subtiles (trouble visuel, acouphène). L'atteinte ophtalmologique peut être isolée et atteindre tous les compartiments de l'œil. Son traitement précoce diminue le risque de séquelles définitives auditives, visuelles ou neurologiques [20].

Le diagnostic de syphilis repose sur la positivité d'un test tréponémique, ou TT (ELISA, EIA, TPHA…), et d'un test non tréponémique, ou TNT (VDRL, RPR). La nouvelle stratégie pour le dépistage biologique édictée en 2017 ne propose désormais que le TT. En cas de positivité, un TNT est alors réalisé [21]. En cas de chancre/ulcération génitale, une PCR *Treponema pallidum* (non remboursée) ou un fond noir (plus remboursé) sont recommandés ainsi que la demande systématique d'un TT + TNT. La syphilis latente se définit par la découverte d'une sérologie syphilitique positive sans lésion clinique. La date du rapport à risque, la mention d'un chancre ayant guéri, la preuve éventuelle d'une sérologie antérieure négative permettront de définir le caractère précoce (< 1 an) ou tardif (> 1 an) [22, 23].

Le traitement est la benzathine pénicilline G (BPG), 1 injection en IM de 2,4 millions d'unités en dose unique pour les syphilis précoces (primaire, secondaire et latente précoce) ; en cas d'incertitude (syphilis latente indatable) ou de certitude d'une évolution supérieure à 1 an, ce traitement sera renouvelé 1 et 2 semaines après la première injection. En cas de contre-indication, la doxycycline 200 mg est proposée pendant 14 jours pour les syphilis précoces et pendant 28 jours pour les syphilis tardives. Cependant, le niveau de preuve de ce traitement est relativement faible et les ruptures d'approvisionnement répétées de BPG sont à la base d'un ECR multicentrique français (NCT04838717) qui permettra de comparer l'efficacité des deux médicaments.

La surveillance de la syphilis après traitement repose sur la décroissance du TNT. La réponse sérologique est définie par une division d'un facteur 4 du taux en 6 mois.

Les papillomavirus humains

Il existe une quarantaine de PVH génitaux se distinguant en :
– PVH à haut risque oncogène (PVH 16, 18, 31, 33, 35 et 45) à l'origine de carcinomes épidermoïdes du col, de l'anus, des muqueuses génitales et du pharynx ;
– PVH à faible risque oncogène (6 et 11 principalement) à l'origine des condylomes.

Le diagnostic des néoplasies intraépithéliales et des carcinomes est anatomopathologique, celui des condylomes reste clinique (***fig. 7 et 8***). L'incidence des infections à PVH, leur récurrence et leur gravité sont majorées par l'immunodépression. Depuis 2019, le dépistage du cancer du col a été modifié. Il est désormais proposé de réaliser 2 frottis cervico-vaginaux à 1 an d'intervalle puis tous les 3 ans s'ils sont normaux entre 25 et 30 ans. Entre 30 et 65 ans, un test PVH devrait être réalisé tous les 5 ans. S'il est positif, il convient alors de réaliser un frottis cervico-vaginal. Si ce dernier est positif, une colposcopie sera effectuée, sinon un nouveau test PVH sera réalisé 1 an plus tard. Le dépistage anal des patients immunodéprimés devrait lui aussi être proposé régulièrement. Une étude récente préconise que ce dépistage soit également réalisé chez les HSH sous PReP [24].

Fig. 4 : Seconde floraison de syphilis secondaire, syphilide du dos avec collerette de Biett (coll. Dr A. Bertolotti).

Fig. 5 : Syphilide palmaire (coll. Dr A. Bertolotti).

Fig. 6 : Atteinte de la muqueuse jugale de la syphilis (coll. Dr A. Bertolotti).

IST

Fig. 7 : Condylomes plans (coll. Dr A. Bertolotti).

Fig. 8 : Condylomes acuminés (coll. Dr A. Bertolotti).

POINTS **FORTS**

- ***Chlamydia trachomatis sérovars D à K :*** souvent asymptomatique, privilégier les auto-écouvillons vaginaux chez la femme, privilégier le traitement par doxycycline 100 mg x 2/jour pendant 7 jours.
- ***Neisseria gonorrhoeæ :*** ne pas oublier les dépistages pharyngés et anaux en fonction des pratiques sexuelles, privilégier la ceftriaxone 1 g IM/IV en dose unique, ne pas employer les céphalosporines de 3e génération orales.
- ***Syphilis précoce :*** toute ulcération des muqueuses est une syphilis jusqu'à preuve du contraire. Un infiltrat plasmocytaire à l'anatomopathologie doit, entre autres, vous conduire à évoquer cette infection. La nouvelle nomenclature ne propose la réalisation du test non tréponémique (VDRL-RPR) que si le test tréponémique est positif (ELISA-TPHA).
- **Papillomavirus humains (PVH) :** les recommandations du dépistage du col sont désormais :
  – entre 25 et 30 ans : 2 frottis cervico-vaginaux à 1 an d'intervalle puis tous les 3 ans s'ils sont normaux ;
  – entre 30 et 65 ans : test PVH tous les 5 ans, s'il est positif alors il faudra réaliser un frottis cervico-vaginal. Si ce dernier est positif, une colposcopie sera effectuée, sinon un nouveau test PVH sera réalisé 1 an plus tard. La vaccination est désormais disponible pour les garçons dès 11 ans.
- ***Mycoplasma genitalium :*** son traitement n'est recommandé que dans les formes symptomatiques. Le taux de résistance à l'azithromycine et aux fluoroquinolones est en augmentation.

Différents traitements employés par le médecin (laser CO_2, chirurgie, acide trichloroacétique, cryothérapie et électrochirurgie) ou auto-administrés par le patient (imiquimod, podophyllotoxine) sont proposés pour les condylomes. Les traitements destructeurs (chirurgie, laser CO_2, électrochirurgie) semblent les plus efficaces sur le long terme, mais le risque cicatriciel et les modalités d'emploi n'incitent pas à leur utilisation dès la première ligne thérapeutique en pratique clinique. Le 5-FU et le KOH en crème ainsi que les associations thérapeutiques sembleraient intéressants à proposer [25-27].

La vaccination contre le PVH est insuffisamment employée en France (< 30 % des jeunes filles). Les études identifient qu'une couverture vaccinale de plus de 50 % de la population féminine, avec le premier vaccin à 4 valences, permettrait une diminution des infections à PVH 16 et 18 de 83 %, une diminution des condylomes (PVH 6 et 11) de 67 % et par protection croisée une diminution de 54 % des infections à PVH 31, 33 et 45 chez les femmes. L'immunité de cohorte permettrait aussi de réduire de 48 % les condylomes chez les hommes alors qu'ils ne sont pas vaccinés [28]. La vaccination nonavalente est désormais recommandée chez les jeunes garçons comme pour les filles en France depuis janvier 2021. Il est proposé 2 doses à 6 mois d'intervalle pour les 11-14 ans puis 3 doses en M0, M2 et M6 pour les 15-19 ans. Il est également proposé aux HSH jusqu'à 26 ans. L'efficacité de la vaccination en prévention secondaire pour les condylomes n'est pas claire. Elle est actuellement évaluée par un ECR français (NCT03296397).

De nombreuses données de pharmacovigilance dans les pays vaccinant depuis plus de 10 ans n'identifient pas de surrisque de maladie auto-immune/inflammatoire par rapport aux incidences rapportées dans la population générale [29, 30].

Une plus ample couverture vaccinale contre le PVH en prévention primaire permettrait une nette réduction des infections et cancers induits [31].

Trichomonas vaginalis

Trichomonas vaginalis est un parasite strictement humain dont le réservoir naturel est le vagin. Il est principalement asymptomatique chez l'homme et symptomatique dans 15-20 % des cas chez la femme. Les patientes rapportent alors un prurit intense avec dyspareunie, urétrite ainsi que des leucorrhées abondantes

malodorantes. La culture est la technique de référence, mais la PCR est de plus en plus utilisée dans les laboratoires sous forme de TAAN multiplex avec d'autres IST. Le traitement repose sur l'utilisation du métronidazole ou du secnidazole 2 g en dose unique.

Les mycoplasmes

Des résultats de prélèvements positifs à mycoplasmes sont rendus de plus en plus souvent lors de PCR multiplex par les laboratoires. Le principal mycoplasme à prendre en compte est *Mycoplasma genitalium* (MG). Il est la deuxième cause d'urétrite non gonococcique après CT. Il serait à l'origine également de cervicites, salpingites, endométrites, troubles de la fertilité chez la femme, anorectites chez les HSH et vraisemblablement d'arthrites réactionnelles [32]. Il est identifié par PCR selon les mêmes modalités que CT. Devant l'émergence importante de résistances à l'azithromycine et progressivement aux fluoroquinolones [33] chez ce germe, il n'est préconisé de ne le dépister et de ne le traiter que chez les patients symptomatiques. Les partenaires asymptomatiques des sujets symptomatiques doivent être traités également [34, 35].

L'utilisation concomitante d'un test de résistance aux macrolides lors de l'identification de cette bactérie est de plus en plus proposée dans la littérature [36] et recommandée dans les *guidelines* européennes [32]. Lorsqu'un patient se présente pour une urétrite, le traitement proposé dans l'attente des résultats microbiologiques est la doxycycline 200 mg pendant 7 jours associée à la ceftriaxone 1 g en dose unique afin de couvrir le CT et le NG [37]. Si la PCR réalisée identifie un MG, alors il faudra compléter par 1 g d'azithromycine puis 2 jours à 500 mg car la doxycycline n'est efficace que dans 30 à 40 % des cas. En cas d'échec, c'est l'utilisation de la moxifloxacine 400 mg/j qui est préconisée pour 7 à 10 jours [32, 34]. Dans le cas d'une découverte d'un MG chez un sujet asymptomatique (découverte fortuite liée à une PCR multiplex étendue par exemple), les dernières recommandations ne proposent pas de traitement [35]. Certaines équipes questionnent cependant cette absence de dépistage et de traitement chez les femmes [38-40]. Par ailleurs, un contrôle à plus d'un mois du traitement du MG doit être réalisé.

Mycoplasma hominis n'est pas considéré comme pathogène chez l'homme. Chez la femme, il est présent dans la flore commensale féminine et ne doit pas être traité dans le cadre d'une infection génitale basse.

Ureaplasma spp. n'est que très rarement pathogène et ne doit pas être recherché par culture. Seule une PCR quantitative spécifique dans un laboratoire spécialisé permet d'identifier les très rares urétrites à *U. urealyticum*. Elle doit quantifier l'*U. urealyticum* et le distinguer de l'*U. parvum*, ce que la culture ne peut faire. Chez la femme, il est présent dans la flore commensale et ne doit pas être traité dans le cadre d'une infection génitale basse.

Conclusion

Dans la prise en charge des IST, il reste important de retenir les trois dogmes essentiels :
– toute découverte d'une IST nécessite de dépister les autres IST ;
– toute découverte d'une IST chez un patient doit conduire au dépistage des cas contacts ;
– en raison du risque de difficulté de suivi dans cette population, une forte suspicion d'IST incite à réaliser un traitement probabiliste immédiat avant la consultation de remise de résultat.

Les IST restent un sujet de préoccupation important en termes de santé publique. D'une part, l'antibiorésistance nécessite une mise à jour régulière de nos pratiques thérapeutiques, d'autre part de nouvelles IST telles que le Zika, la dengue, l'hépatite A ou encore le *Neisseria meningitidis* sont émergentes.

La crise sanitaire actuelle liée au SARS-CoV-2 n'a pas non plus "épargné" les IST. Une forte diminution du nombre de dépistages au cours de l'année 2020 a pu être constatée et certaines équipes ont pu identifier des rebonds d'incidence d'IST, principalement chez les jeunes, dans les suites des confinements [41, 42].

Il semble nécessaire désormais que l'on puisse adapter les stratégies de dépistage, avec l'utilisation d'autotests à domicile par exemple [43].

BIBLIOGRAPHIE

1. Blair CS, Javanbakht M, Comulada WS *et al.* Lubricants and rectal douching: associations with rectal gonorrhea, chlamydia, and/or syphilis infection among men who have sex with men. *Int J STD AIDS*, 2020;31:1040-1046.
2. Reynolds GL, Fisher DG, Erlyana E *et al.* Rectal douching in a community sample of men and women. *Int J STD AIDS*, 2020;31:1082-1092.
3. Calas A, Zemali N, Camuset G *et al.* Prevalence of urogenital, anal, and pharyngeal infections with Chlamydia trachomatis, Neisseria gonorrhoeae, and Mycoplasma genitalium: a cross-sectional study in Reunion island. *BMC Infect Dis*, 2021;21:95.
4. Verougstraete N, Verbeke V, De Cannière AS *et al.* To pool or not to pool? Screening of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae in female sex workers: *pool*ed versus single-site testing. *Sex Transm Infect*, 2020;96:417-421.
5. Ndeikoundam Ngangro N, Viriot D, Fournet N *et al.* Bacterial sexually transmitted infections in France: recent trends and patients' characteristics in 2016. *Euro Surveill*, 2019;24:1800038.
6. Öhman H, Rantsi T, Joki-Korpela P *et al.* Prevalence and persistence of Chlamydia trachomatis-specific antibodies after occasional and recurrent infections. *Sex Transm Infect,* 2020;96:277-282.
7. POSTER LGV 2018 VFF.pdf n.d. accessible sur : https://www.cnr-ist.fr/ressources/editeur/POSTER%20LGV%202018%20VFF.pdf
8. Páez-Canro C, Alzate JP, González LM *et al.* Antibiotics for treating urogenital Chlamydia trachomatis infection in men and non-pregnant

IST

women. *Cochrane Database Syst Rev*, 2019;1:CD010871.

9. Dombrowski JC, Wierzbicki MR, Newman LM *et al.* DoDoxycycline *Versus* Azithromycin for the Treatment of Rectal Chlamydia in Men who have Sex with Men: A Randomized Controlled Trial. *Clin Infect Dis*, 2021;73:824-831.
10. Macaux L, Zemali N, Jaubert J *et al.* Single Dose of Azithromycin for Treatment of Patients with Asymptomatic Rectal Chlamydia trachomatis. *Acta Derm Venereol*, 2020;100:adv00313.
11. Peuchant O, Lhomme E, Krêt M *et al.* Randomized, open-label, multicenter study of azithromycin compared with doxycycline for treating anorectal Chlamydia trachomatis infection concomitant to a vaginal infection (CHLAZIDOXY study). *Medicine* (Baltimore), 2019;98:e14572.
12. Osterberg L, Blaschke T. Adherence to medication. *N Engl J Med*, 2005; 353:487-497.
13. Jefferson A, Smith A, Fasinu PS *et al.* Sexually Transmitted Neisseria gonorrhoeae Infections-Update on Drug Treatment and Vaccine Development. *Med Basel Switz*, 2021;8:11.
14. Sebastien Fouéré, Cazanave C, Hélary M *et al.* Update on French recommendations for the treatment of uncomplicated Neisseria gonorrheae infections. *Int J STD AIDS*, 2021;32:1081-1083.
15. Unemo M, Ross J, Serwin A *et al.* 2020 European guideline for the diagnosis and treatment of gonorrhoea in adults. *Int J STD AIDS*, 2020: 0956462420949126.
16. Barbee LA, Soge OO, Morgan J *et al.* Gentamicin Alone Is Inadequate to Eradicate Neisseria Gonorrhoeae From the Pharynx. *Clin Infect Dis*, 2020;71: 1877-1882.
17. Chow EPF, Fairley CK. Is it the end of mouthwash as an intervention for gonorrhoea? *Lancet Infect Dis*, 2021;21: 763-764.
18. Ghanem KG, Ram S, Rice PA. The Modern Epidemic of Syphilis. *N Engl J Med*, 2020;382:845-854.
19. Étienne A, Devos S, Thore E *et al.* Increase in early syphilis diagnoses in the young heterosexual population of Reunion Island: surveillance data, 2010-2018. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2021;35:e573-e575.
20. Gu X, Gao Y, Yan Y *et al.* The importance of proper and prompt treatment of ocular syphilis: a lesson from permanent vision loss in 52 eyes. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2020;34:1569-1578.
21. Nassim B. Haute Autorité de santé, 2017:26.
22. Janier M, Dupin N, Bouscarat F *et al.* [Late syphilis]. *Ann Dermatol Venereol*, 2016;143:725-728.
23. Janier M, Dupin N, Spenatto N *et al.* [Primary syphilis]. *Ann Dermatol Venereol*, 2016;143:720-724.
24. Cotte L, Veyer D, Charreau I *et al.* Prevalence and Incidence of Human Papillomavirus Infection in Men Having Sex With Men Enrolled in a Pre-exposure Prophylaxis Study: A Sub-study of the Agence Nationale de Recherches sur le SIDA et les Hépatites Virales "Intervention Préventive de l'Exposition aux Risques avec et pour les hommes Gays" *Trial. Clin Infect Dis*, 2021;72:41-49.
25. Bertolotti A, Ferdynus C, Milpied B *et al.* Local Management of Anogenital Warts in Non-Immunocompromised Adults: A Network Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Dermatol Ther*, 2020;10:249-262.
26. Bertolotti A, Milpied B, Fouéré S *et al.* Local Management of Anogenital Warts in Non-immunocompromised Adults: A Systematic Review and Meta-analyses of Randomized Controlled Trials. *Dermatol Ther*, 2019;9:761-774.
27. Thurgar E, Barton S, Karner C *et al.* Clinical effectiveness and cost-effectiveness of interventions for the treatment of anogenital warts: systematic review and economic evaluation. *Health Technol Assess*, 2016;20:v–vi, 1-486.
28. Drolet M, Bénard E, Boily MC *et al.* Population-level impact and herd effects following human papillomavirus vaccination programmes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*, 2015;15:565-580.
29. Phillips A, Hickie M, Totterdell J *et al.* Adverse events following HPV vaccination: 11 years of surveillance in Australia. *Vaccine*, 2020;38:6038-6046.
30. Mauro AB, Fernandes EG, Miyaji KT *et al.* Adverse events following Quadrivalent HPV vaccination reported in Sao Paulo State, Brazil, in the first three years after introducing the vaccine for routine immunization (March 2014 to December 2016). *Rev Inst Med Trop Sao Paulo*, 2019;61:e43.
31. Hall MT, Simms KT, Lew JB *et al.* The projected timeframe until cervical cancer elimination in Australia: a modelling study. *Lancet Public Health*, 2019;4:e19-27.
32. Jensen JS, Cusini M, Gomberg M *et al.* 2016 European guideline on Mycoplasma genitalium infections. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 2016;30: 1650-1656.
33. Fernández-Huerta M, Barberá MJ, Serra-Pladevall J *et al.* Mycoplasma genitalium and antimicrobial resistance in Europe: a comprehensive review. *Int J STD AIDS*, 2020;31:190-197.
34. Soni S, Horner P, Rayment M *et al.* BASHH UK national guideline for the management of infection with Mycoplasma genitalium (2018). *Int J STD AIDS*, 2019;30:938-950.
35. SFDermatologie. Communiqué commun GRIDIST et SFD n.d. https://sfd.actu.com/actualites/communique-commun-gridist-et-sfd.html (accessed June 9, 2021).
36. Durukan D, Read TRH, Murray G *et al.* Resistance-Guided Antimicrobial Therapy Using Doxycycline-Moxifloxacin and Doxycycline-2.5 g Azithromycin for the Treatment of Mycoplasma genitalium Infection: Efficacy and Tolerability. *Clin Infect Dis*, 2020;71:1461-1468.
37. Sell J, Nasir M, Courchesne C. Urethritis: Rapid Evidence Review. *Am Fam Physician*, 2021;103:553-558.
38. Begnis R, Bouscaren N, Raffray L *et al.* Prevalence and risk factors of Mycoplasma genitalium infection in patients attending a sexually transmitted infection clinic in Reunion Island: a cross-sectional study (2017-2018). *BMC Infect Dis*, 2021;21:482.
39. Peters RPH, Jung HS, Muller EE *et al.* Lack of macrolide resistance in Mycoplasma genitalium infections in a cohort of pregnant women in South Africa. *Sex Transm Infect*, 2021;97:624-625.
40. Brin C, Godefroy N, Simon A *et al.* Caractères épidémiologiques cliniques et thérapeutiques des infections à Mycoplasma genitalium dans un centre parisien. *Ann Dermatol Venereol*, 2020;147:A135-A136.
41. Stanford KA, Almirol E, Schneider J *et al.* Rising syphilis rates during the COVID-19 pandemic. *Sex Transm Dis*, 2021;48:e81-e83.
42. Bonett S, Petsis D, Dowshen N *et al.* The impact of the COVID-19 pandemic on STI/HIV testing among adolescents in a large pediatric primary care network. *Sex Transm Dis*, 2021;48:e91-e93.
43. Crane MA, Popovic A, Stolbach AI *et al.* Reporting of sexually transmitted infections during the COVID-19 pandemic. *Sex Transm Infect*, 2021;97:101-102.

L'auteur remercie pour leur relecture des différents chapitres : Dr Sébastien Fouéré, Pr Béatrice Bercot, Dr Bertille De Barbeyrac, Pr François Aubin, Dr Jean-Noël Dauendorffer, Dr Johan Chanal, Dr Adrien Sanchez, Pr Nicolas Dupin, Dr Florian Herms, Pr Cécile Bébéar et Pr Éric Caumes. L'auteur remercie pour leur relecture de l'ensemble du document le Pr Michel Janier et le Pr Olivier Chosidow.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Gynécologie

Le consentement en gynécologie

RÉSUMÉ : Le préalable à l'obtention d'un consentement éclairé en gynécologie est l'information fournie à la femme. C'est un des temps forts de la consultation, permettant d'expliquer le traitement envisagé et de répondre aux interrogations. La loi du 4 mars 2002 (dite loi Kouchner) encadre cette pratique.

Chaque femme a un abord différent de l'information et de la délivrance de son consentement. La femme conformiste a une adhésion complète au gynécologue et ne négocie pas. Pour elle, le consentement apparaît tacite. La femme contractualiste s'est renseignée avant la consultation et pose des questions. Elle base son consentement sur un contrat avec le gynécologue. La féministe remet parfois en cause le savoir médical et négocie avec le gynécologue. Elle vit la consultation comme un rapport de pouvoir et ne donne son consentement que par nécessité.

La communication, endogène à chacun mais trop peu enseignée dans les études médicales, est la clé du dialogue médecin-patiente.

P. MERVIEL, P.-F. DUPRÉ
Service de Gynécologie-obstétrique et Médecine de la reproduction, CHRU Brest, hôpital Morvan, BREST.

Le consentement consiste à donner son accord (approbation, assentiment, acquiescement) à une action ou un projet. On parle de consentement éclairé en médecine lorsque la personne, majeure et pleinement lucide, donne son accord pour recevoir un traitement médical ou chirurgical après avoir été clairement informée par un médecin des risques encourus et des conséquences possibles (l'information préalable au consentement éclairé est aujourd'hui une obligation légale). Ce consentement éclairé est différent du consentement exprès, qui est écrit ou exprimé verbalement, et du consentement tacite, qui est supposé dans le cas où la volonté contraire ne s'est pas exprimée. Le contraire du consentement est le refus ou le véto.

Depuis une dizaine d'années, de nombreuses critiques sur les pratiques en gynécologie ont été rapportées *via* des témoignages, des dénonciations sur les réseaux sociaux (ex : Twitter "Paye ton utérus" ; Facebook "Paye ton gynéco"), des pétitions (touchers vaginaux sous AG dénoncés par des étudiants en médecine de Lyon). En 2016, le terme "violence obstétricale" est apparu (Master de Sciences Politiques, Nastassia Audibert) et une réflexion politique autour du consentement s'est fait jour (Lucile Quéré). Des tribunes et livres s'en sont suivis depuis (*Le livre noir de la gynécologie*, de Mélanie Déchalotte en 2017 ; *Accouchement : les femmes méritent mieux*, de Marie-Hélène Lahaye en 2018).

L'objectif de cet article est d'analyser les conditions de délivrance de l'information conduisant au recueil du consentement en gynécologie.

Le cadre légal en France

Avant les années 1980, les relations médecin-patient étaient basées sur la parole médicale toute-puissante et l'acceptation passive du patient. Cette attitude d'un autre temps (inconcevable aujourd'hui) a été illustrée dans le film *Knock* (avec Louis Jouvet) en 1951. La

Gynécologie

loi du 29 juillet 1994 relative au respect du corps et modifiée par l'article 70 de la loi 99-641 du 27 juillet 1999 dit "*qu'il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne. Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas en mesure de consentir*" (Code civil article 16-3). Il aura fallu attendre la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (dite loi Kouchner ou loi anti-Perruche) pour que la décision partagée entre médecin et patient apparaisse, basée sur le consentement libre (absence de contrainte) et éclairé (précédé d'une information) du patient. Ainsi, le patient devient "acteur" de sa santé, prenant part à la décision thérapeutique (ou l'imposant…) en exprimant son consentement libre et éclairé (Code de la santé publique L.1111-4). Par exemple, "*le médecin ne peut sans le consentement libre et éclairé du patient procéder à une intervention chirurgicale*" (Cass. civ. 11 octobre 1988). Le patient doit être en mesure de décider par lui-même s'il subira ou non les dangers inhérents à tout acte médical (Cass. civ. novembre 1969). On passe donc du paternalisme médical à la condition première (information et consentement) de la légitimation de l'acte médical.

La loi du 4 mars 2002 rappelle donc dans ses articles :

- **L. 1111-2.** "*Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver.*"

"*Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables. Seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser.*"

"*Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel.*"

"*En cas de litige, il appartient au professionnel ou à l'établissement de santé d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé dans les conditions prévues au présent article. Cette preuve peut être apportée par tout moyen.*"

- **L. 1111-4.** "*Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.*"

Cette loi établit donc entre le médecin et le patient un contrat social reposant sur l'évolution de la médecine, du droit, de la jurisprudence, de la déontologie et de l'éthique.

Vécu, droits, interprétations de la consultation gynécologique

Les interprétations de la consultation gynécologique tiennent au vécu de la patiente, aux expériences passées et à la relation particulière médecin-patiente. Il existe ainsi de multiples rapports aux droits à l'information et au consentement éclairé, dictés par les caractéristiques sociales de la patiente. Trois cadres d'interprétation de l'expérience gynécologique peuvent être rencontrés : conformiste, contractualiste et féministe (Lucile Quéré).

1. Conformiste ("je ne me suis jamais opposée à ce que voulait le médecin")

Il s'agit de patientes obéissantes qui délèguent au médecin le parcours gynécologique. Ces femmes ont un fort recours à la consultation gynécologique (> 1 fois/an), font confiance, reconnaissent le savoir et s'en remettent au médecin pour la prise de décision. Leur nudité, même si elle va à l'encontre de leur pudeur, est acceptée. Il s'agit donc d'une consultation où la division du savoir et des taches est nette et hiérarchisée. Pour la patiente, les marges de négociation sont faibles.

2. Contractualiste ("la confiance limitée")

La consultation fait l'objet d'un contrat selon lequel les attentes de la patiente à l'égard du médecin doivent être respectées. Les devoirs et responsabilités sont réciproques, et la confiance vis-à-vis du médecin peut être retirée à tout moment. La consultation génère de fortes attentes, avec des risque de déception, d'où parfois des critiques plus affirmées que dans le cadre conformiste. Le suivi gynécologique est malgré tout régulier, même s'il s'agit "d'un mauvais moment à passer". Ainsi, le rapport à la médecine est plus méfiant, reposant sur un contrat fragile entre les deux parties.

3. Féministe ("lutter contre l'oppression sexiste")

Ici, la relation gynécologue-patiente est faite de rapports de pouvoir et de domination. La consultation est vécue comme un lieu de pouvoir des hommes sur le corps des femmes (issu de la société

patriarcale), ce qui amène à considérer que les conduites et les pratiques sont discriminantes et violentes, venant renforcer les hiérarchies au sein de la relation médecin-patiente. La femme juge inégale la répartition de la parole et du savoir, rendant mécanique et impersonnelle la consultation. La consultation apparaît donc comme un espace de discrimination (normes corporelles comme le poids, norme hétérosexuelle…).

L'âge et la classe éducative conditionnent la relation médecin-patiente : les conformistes sont plutôt des femmes âgées, faiblement diplômées, de milieu populaire, alors que les contractualistes ou féministes sont plus jeunes (< 30 ans) et issues d'un enseignement supérieur. Il n'est pas rare que le gynécologue favorise involontairement la patientèle jeune (potentiellement reproductive), d'autant plus que l'âge physiologique ne correspond pas à l'âge reproductif (âgées pour la reproduction). De même peuvent être considérées des normes de féminité, dont le poids corporel. On constate alors une recherche de respectabilité des femmes de milieu populaire vis-à-vis de l'examen gynécologique et, à l'inverse, une stratégie d'évitement, de négociation ou de confrontation des femmes jeunes.

Information puis consentement

La mise en œuvre de l'information et du consentement est différente selon les trois cadres précédemment décrits, ce qui implique également des remises en cause différentes. Concernant l'information :
– **conformiste :** adhésion complète au gynécologue, banalisation du manque d'information, absence de négociation et donc restriction de ses droits ;
– **contractualiste :** actrice de son information (internet) bien que le gynécologue demeure l'instance de référence de l'information, pose des questions au gynécologue ;
– **féministe :** souhaite le strict respect de ses droits, ce qui conduit à des stratégies d'évitement de situations problématiques lors de la consultation. Recherche plusieurs sources d'information remettant en cause le savoir médical et l'examen gynécologique, d'où d'âpres négociations dans la relation médecin-patiente.

Le consentement, faisant suite à l'information, sera donc interprété différemment selon les trois catégories. Consentir vient du latin "*cum sentire*", c'est-à-dire sentir ensemble, avoir une opinion ensemble. Le consentement de la patiente n'était pas autrefois une donnée médicalement pertinente pour la mission du médecin mais désormais, et surtout depuis la loi de 2002, le patient est passé d'un objet de soins à un sujet de soins (alliance thérapeutique) :
– **conformiste (légitimiste) :** banalisation des pratiques du gynécologue, confiance en celui-ci (considère qu'aucune règle n'est nécessaire pour organiser la consultation). L'absence de négociation et de revendication conduit à ce que ses droits deviennent invisibles (≠ droits sociaux auxquels elle reste très attachée) ;
– **contractualiste (méfiante) :** elle peut avoir vécu des expériences contradictoires (suivi gynécologique, situations problématiques) ayant entraîné une méfiance (en lien avec de fortes attentes dans son gynécologue). Ici, le droit est pensé plus que verbalisé ;
– **féministe (militante) :** elle réclame son consentement, cependant toutes les féministes ne traduisent pas son absence juridiquement (en particulier en cas d'absence de mauvaise intention ou de contrainte physique)

L'information doit être orale et écrite, parfois au cours de plusieurs consultations. Elle peut se faire sous forme d'un document d'information signé par la patiente (pas exhaustif sur les complications) ou d'une lettre dictée à son médecin traitant en présence de celle-ci (inclus dans le dossier médical). Jamais le support écrit ne remplacera le dialogue et l'information orale, mais ne dit-on pas que "la plume est serve, la parole est libre" ? Il est à noter que le consentement écrit est obligatoire en gynécologie pour la stérilisation tubaire (après 4 mois de délai de réflexion), le refus d'intervention, les études cliniques et tout acte d'AMP (1 mois de réflexion). Sans information, il ne peut y avoir de consentement éclairé valable (devoir d'information). Un consentement n'est éclairé et juridiquement recevable que si l'information préalable est claire et intelligible (problème de la langue entravant parfois la compréhension). L'information est due par celui qui prescrit l'acte et/ou le réalise. La preuve de l'information pèse sur celui qui la donne. Les risques doivent être clairement expliqués, la Cour de cassation affirmant que "*le patient doit être informé de tous les risques graves quelle que soit leur fréquence*", donc même les risques exceptionnels (exhaustivité de l'information, en particulier sur les risques encourus).

POINTS **FORTS**

- Les trois piliers d'une consultation sont la communication conduisant à l'information puis au consentement.
- La loi du 4 mars 2002 établit un contrat social entre le médecin et son patient.
- Le patient est devenu acteur de sa santé.
- Toutes les femmes n'ont pas la même approche de l'information et du consentement.

Gynécologie

DOCUMENT remis à Madame ..... Le ...../...../.....

Par le Docteur .....

Ainsi que le Docteur me l'a demandé, et pour répondre aux obligations légales,
Je soussigné(e) Madame....., confirme avoir été informée par lui, dans le détail, de l'ensemble des informations spécifiques à l'intervention dont je dois bénéficier, à savoir :

- Le Docteur ..... m'a expliqué oralement les différentes possibilités thérapeutiques et leurs implications, ainsi que le geste chirurgical qu'il me propose de pratiquer.
- Il m'a remis la fiche d'information préopératoire spécifique, que je m'engage à lire, afin de bien comprendre l'intervention qui va être pratiquée.
- J'ai été informé(e) de la possibilité :
  – de complications graves ;
  – de séquelles ;
  – des risques, y compris vitaux, en rapport avec l'intervention prévue, avec des antécédents ou des associations pathologiques dont je peux être porteur (se) ;
  – des réactions individuelles imprévisibles ;
  – d'un aléa thérapeutique.

J'ai compris qu'il est difficile de donner un pourcentage exact de ces complications, que l'on m'a informé(e) des complications les plus courantes mais qu'une complication exceptionnelle, voire inconnue, est toujours susceptible de se produire. Les complications sont décrites dans la fiche d'information spécifique donnée en annexe, que je reconnais avoir reçue. Outre ces complications spécifiques, je prends note des complications de toute intervention chirurgicale, qu'elles soient locales (hématome, désunion cutanée, retard ou trouble de cicatrisation, nécrose cutanée, cicatrice disgracieuse) ou générales (phlébite, embolie pulmonaire, infection, compression ou lésion vasculaire ou nerveuse). J'ai également été prévenu(e) qu'au cours de l'intervention, le chirurgien peut se trouver face à une découverte ou un événement imprévus imposant des actes complémentaires ou différents de ceux qui étaient prévus initialement, et j'autorise d'ores et déjà le Docteur..... à effectuer tout acte qu'il estimerait nécessaire et à se faire assister le cas échéant d'un autre praticien. Certains traitements médicaux, avant ou après l'intervention, peuvent m'être prescrits, comme les anticoagulants, les antibiotiques, les anti-inflammatoires, les antalgiques ou d'autres traitements. Ils comportent bien sûr également des risques, que j'accepte en connaissance de cause.

J'ai été informé(e) par le Docteur des bénéfices attendus de cette intervention, mais aussi du risque d'échec, de résultat incomplet ou décevant ou devant nécessiter une reprise chirurgicale. J'ai donc compris qu'un résultat n'est jamais garanti d'avance, même avec les techniques les plus fiables. Les explications fournies l'ont été en termes suffisamment clairs pour me permettre d'arrêter mon choix en faveur de l'intervention proposée parmi d'autres alternatives thérapeutiques.

J'ai pu poser au Docteur ..... toutes les questions concernant cette intervention et j'ai pris note, outre les risques précédemment cités, qu'il existe une imprévisibilité de durée, des spécificités individuelles notamment de cicatrisation, pouvant amener à une évolution particulièrement lente, voire jamais observée.

Je confirme que le délai prévu entre la consultation et la date de l'intervention est suffisant, et que dans cet intervalle le Docteur est à ma disposition pour répondre à mes questions. Je m'engage expressément à me rendre aux consultations prévues, et à me soumettre à tous les soins, précautions et recommandations qui me seront prescrits en pré- et postopératoire.

J'ai compris que ce document n'est pas une décharge de responsabilité, mais un véritable contrat moral entre le Docteur et moi-même, dans un climat de confiance réciproque, afin de vérifier que j'ai bien compris les données essentielles concernant cette intervention.
J'accepte volontiers de répondre au questionnaire suivant en inscrivant des croix dans les cases :

	Compris	Pas compris
La maladie dont je souffre		
L'évolution sans traitement		
L'opération qui m'a été proposée		
Les autres traitements possibles		
Les conditions de l'hospitalisation		
Le risque de complications		
Informations sur le résultat à espérer		

Si j'ai coché une case "pas compris", j'admets que l'intervention ne pourra se faire avant qu'une explication complémentaire m'ait été donnée par le Docteur.

Ces documents (consentement éclairé et fiche d'information préopératoire signés et paraphés) doivent être adressés à mon chirurgien et lui parvenir au plus tard la veille de l'intervention. Comme il se doit, un délai de réflexion est laissé car je peux toujours choisir de ne pas accepter les risques liés à l'intervention, auquel cas je suis libre de renoncer à l'intervention et de ne pas me faire opérer.

Date de remise des documents : ...../...../.....

Signature précédée de la mention manuscrite : "*lu, approuvé et compris, j'accepte l'intervention*"

Date de signature par le patient : ...../...../.....

Attention : en l'absence de ces documents, dûment paraphés et signés attestant la remise de la fiche d'information préopératoire et du consentement éclairé, votre intervention ne pourra être effectuée

Fig. 1 : Fiche d'information et de consentement, Clinique de chirurgie gynécologique et mammaire, La Croix du Sud, Quint Fonsegrives (Haute-Garonne).

Les professionnels ont parfaitement conscience de la particularité de la consultation de gynécologie ou d'obstétrique qui touche à l'intimité psychique et physique des femmes. Cette consultation nécessite une écoute, une attitude, un dialogue et un examen physique dans un esprit de bienveillance et de respect mutuel.

Le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français et toutes les sociétés professionnelles de la gynécologie-obstétrique ont diffusé la charte ci-dessous le 21 octobre 2021.

- La consultation en gynécologie ou en obstétrique n'est pas une consultation comme les autres puisqu'elle touche à l'intimité des patientes.
- L'examen clinique n'est pas systématique. Par exemple, il n'est pas conseillé lors de la première consultation d'une jeune femme pour contraception, en l'absence de symptômes.
- L'examen clinique est précédé d'une explication sur ses objectifs et ses modalités. Si la femme désire ne pas être examinée, elle est invitée à en faire part en début de consultation.
- L'examen fournit des renseignements que l'imagerie ne peut pas apporter (comme l'état de la vulve, du vagin et du col, la mobilité des organes pelviens, la contraction des muscles ou la cartographie des zones douloureuses et la typologie des douleurs, ou encore l'origine de saignements ou de pertes). Il permet aussi la pratique de prélèvements (frottis, examens bactériologiques).
- L'accord oral de la femme est recueilli avant tout examen clinique.
- La femme doit pouvoir se dévêtir à l'abri des regards, dans le respect de sa pudeur.
- Le praticien, médecin ou sage-femme, conduit la consultation avec bienveillance et respect, en gardant à l'esprit la particularité de cette consultation et les besoins d'écoute et de dialogue.
- La personne examinée peut être assistée par l'accompagnant de son choix.
- L'examen peut comporter une palpation des seins, une palpation abdominale, un toucher vaginal avec gant ou doigtier, et l'usage de matériels médicaux tels qu'un spéculum ou une sonde endovaginale. Dans certains cas, le recours à un toucher rectal après explications peut être justifié.
- L'examen doit pouvoir être interrompu dès que la patiente en manifeste la volonté. Aucune pression, en cas de refus, ne sera exercée sur elle ; il convient alors de l'informer de l'éventuelle nécessité d'un nouveau rendez-vous pour réaliser l'examen, si celui-ci est indispensable, et de l'informer des limites diagnostiques et thérapeutiques que cette absence d'examen clinique peut entraîner.
- À l'hôpital ou en cabinet de ville, pour former les soignants de demain, un étudiant est susceptible d'assister à la consultation ; la présence d'un tiers, soignant, est soumise au consentement de la femme. Tout geste médical ou examen clinique éventuel pratiqué par l'étudiant est également subordonné à l'accord de la personne examinée.
- Les termes de cette charte s'appliquent à toutes les explorations d'imagerie gynécologiques (telles les échographies endovaginales, les colposcopies, les hystéroscopies, les hystérographies, les hystérosonographies, les bilans urodynamiques…), qui doivent également respecter la pudeur de la femme.

Fig. 2 : Charte de consultation en gynécologie et obstétrique du CNGOF.

Information et consentement sont donc inscrits dans un rapport complexe entre conscience des droits et légitimité médicale, dans lequel intervient l'impact de la société, et pas seulement des caractéristiques sociales. L'information est donc basée sur la communication qui est un apprentissage au quotidien. Elle dépend de la personnalité du médecin, de la qualité de sa formation initiale médicale et sur la communication, et de sa formation continue d'"aide à la communication médicale". Il faudra donc que le médecin se méfie des mots pour les maux (exemple pour l'infertilité), désamorce les situations critiques et communique avec le médecin traitant et la patiente. Les assurances (avec l'assistance juridique) sont là pour couvrir le médecin des aléas thérapeutiques et organiser les indemnisations.

Ces dernières décennies, la gynécologie, sans parler de l'obstétrique, a été bien représentée dans les conflits médecin-patiente : pilule de 3e génération et thrombose, Miréna et différents symptômes, progestatif et risque de méningiome, Esmya et pathologies hépatiques, dispositifs Essure, prothèse mammaire, prothèse vaginale pour les prolapsus… Dans certains cas, des actions de groupe

Gynécologie

C N G O F

FICHE D'INFORMATION DES PATIENTES

HYSTÉROSCOPIE

Tampon du médecin

Madame . . . . . .

Date de remise de la fiche : . . . . . .

Votre médecin vous a proposé une intervention nommée hystéroscopie. La présente feuille a pour but de renforcer les informations qui vous ont été apportées oralement par le médecin afin de vous expliquer les principes, les avantages et les inconvénients potentiels de l'opération qu'il vous a conseillée.

Qu'est-ce qu'une hystéroscopie ?

- L'intervention, qui se déroule par les voies naturelles, permet dans un premier temps de visualiser directement l'intérieur de la cavité utérine afin de préciser le diagnostic et les possibilités de traitement (**hystéroscopie diagnostique**). Un tube muni d'une optique est introduit par le canal du col utérin et un liquide est injecté dans la cavité utérine pour permettre la visualisation.
- L'**hystéroscopie opératoire** peut permettre de traiter certaines anomalies de la cavité utérine confirmées par l'exploration (fibromes, polypes, anomalies de la muqueuse, cloisons, synéchies...) à l'aide d'instruments et/ou d'un bistouri électrique, toujours par les voies naturelles.

Comment se passe l'opération ?

- Dans tous les cas, il y a la nécessité d'injecter au travers du col, dans la cavité utérine, un liquide en petite quantité qui permet un gonflement de celle-ci pour une meilleure visualisation. Sérum physiologique pour l'hystéroscopie diagnostique, glycocolle ou sérum physiologique pour les hystéroscopies opératoires.
- Dans le cas où il s'agit de réaliser une simple **hystéroscopie diagnostique**, les hystéroscopes modernes, flexibles ou rigides, d'un diamètre de l'ordre de 3 mm, rendent possible leur utilisation en ambulatoire sans la nécessité d'une anesthésie quelconque, et peuvent permettre de pratiquer, selon les mêmes modalités, les techniques de stérilisation tubaire.
- En cas d'**hystéroscopie opératoire**, l'intervention peut être réalisée sous anesthésie générale ou loco-régionale (péridurale ou rachi-anesthésie), après avis du chirurgien et de l'anesthésiste.
- Il est parfois possible ou nécessaire de réaliser une autre intervention au cours de la même anesthésie (par exemple, en cas de stérilité, une cœlioscopie est souvent réalisée simultanément). De même, une biopsie sous contrôle hystéroscopique pourra être réalisée afin de prélever et de faire analyser la muqueuse utérine.

Y a-t-il des risques ou inconvénients ?

L'hystéroscopie est une intervention courante dont les suites sont indolores et simples dans la majorité des cas. Hormis les risques spécifiques à l'anesthésie, vous devez être informée de la possibilité de certains événements, cependant rares.

- **En cours d'intervention** : une perforation de l'utérus peut parfois survenir. Cela peut empêcher la réalisation de l'acte qui était prévu initialement. Cela ne nécessite généralement pas d'intervention mais une cœlioscopie peut parfois être nécessaire pour éliminer une lésion exceptionnelle des organes de voisinage (intestin, vessie, vaisseaux sanguins) qui nécessiterait une prise en charge spécifique. Des risques exceptionnels liés à la réabsorption du liquide injecté dans l'utérus ont été décrits (œdème du poumon, réaction allergique, troubles cardiaques), pouvant très exceptionnellement entraîner un risque vital ou de séquelles graves.
- **Dans les suites** : celles-ci sont habituellement simples et indolores. Les infections utérines (endométrites) sont rares et peuvent nécessiter un traitement antibiotique.

Certains risques peuvent être favorisés par votre état, vos antécédents ou par un traitement pris avant l'opération. Il est impératif d'informer le médecin de vos antécédents (personnels et familiaux) et de l'ensemble des traitements et médicaments que vous prenez.

En pratique

- Avant l'opération :
  - — une consultation pré-anesthésique est réalisée systématiquement avant toute intervention nécessitant une anesthésie ;
  - — vous serez hospitalisée le matin même ou la veille de l'opération ;
  - — après une prémédication (tranquillisant), vous serez conduite au bloc opératoire ;
  - — en cas d'anesthésie, une perfusion sera mise en place, puis l'anesthésie sera réalisée. ;
  - — un examen gynécologique (avec toucher vaginal) est réalisé sous anesthésie avant l'intervention.

...

Fig. 3 : Fiche d'information du CNGOF (exemple : hystéroscopie).

judiciaires et/ou des recommandations ont été mises en œuvre.

Conclusion

La consultation gynécologique doit être basée sur une relation de sérénité et de confiance, une information adaptée et un consentement éclairé pour toute action. Le médecin doit assurer une qualité des soins et faire preuve de responsabilité médicale (et d'humilité). C'est à ces conditions que les règles juridiques de la loi de 2002 ne modifieront pas trop négativement la relation médecin-patient. La crainte de la perte de confiance entre gynécologues et patientes est l'arrêt d'un suivi nécessaire pour les dépistages, la contraception, l'infertilité, la ménopause… c'est pour cela que des chartes ont été rédigées (***fig. 1 et 2***) ainsi que des fiches d'information pour les femmes (***fig. 3***).

POUR EN SAVOIR PLUS :

- Lucile Quéré. Les formes ordinaires du consentement. Consciences du droit dans la consultation gynécologique. Lextenso, "Droit et société", 2019/2 n° 102, pp. 413-432.
- Mathilde Grenier. Le consentement dans la formation médicale en gynécologie-obstétrique et la reproduction sociale des violences obstétricales. Mémoire pour la maîtrise de sociologie, université de Québec Montréal, juillet 2019.
- www.cngof.fr
- https://clinique-croix-du-sud-Toulouse.ramsaysante.fr

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

réalités
en GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE

☐ oui, je m'abonne à ***Réalités en Gynécologie-Obstétrique***

Médecin : ☐ 1 an : 35 € ☐ 2 ans : 60 €

Étudiant/Interne : ☐ 1 an : 25 € ☐ 2 ans : 45 €
(joindre un justificatif)

Étranger : ☐ 1 an : 45 € ☐ 2 ans : 80 €
(DOM-TOM compris)

Bulletin à retourner à : **Performances Médicales**
91, avenue de la République – 75011 Paris
Déductible des frais professionnels

Bulletin d'abonnement

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

Ville/Code postal : .....

E-mail : .....

Règlement

☐ Par chèque (à l'ordre de Performances Médicales)

☐ Par carte bancaire n° |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
(à l'exception d'American Express)

Date d'expiration : |_|_|_|_| Cryptogramme : |_|_|_|

Signature :

Pathologies fœtales

Le choix de sexe dans les variations du développement génital : quelles avancées ?

RÉSUMÉ : L'aspect des organes génitaux du nouveau-né est le critère de déclaration du sexe à la naissance. Le choix de sexe est une situation rare en pratique clinique chez les enfants nés avec des organes génitaux atypiques, la question ne se posant que pour les enfants chez lesquels l'apparence des organes génitaux externes est tellement inhabituelle que la déclaration de sexe à l'état civil n'est pas possible à la naissance et chez les enfants dont l'apparence est non congruente avec le sexe génétique prénatal.

La prise en charge de ces enfants se coordonne dans des centres maladies rares et fait intervenir des équipes pluridisciplinaires (pédiatres, psychologues et psychiatres, radiologues, généticiens, chirurgiens…). Les avancées récentes juridiques, diagnostiques et thérapeutiques sont décrites dans cet article.

L. BRUNET[1], C. BOUVATTIER[2]
[1] Juriste, Université Paris 1.
[2] Service d'Endocrinologie pédiatrique, hôpital Bicêtre, Université Paris Saclay. Centre de référence du développement génital DEVGEN CRMR.

C'est l'aspect des organes génitaux du nouveau-né qui constitue le critère de déclaration du sexe à la naissance. Les enfants au phénotype masculin sont déclarés garçons, les enfants au phénotype féminin sont déclarés filles. Le diagnostic de variation du développement génital (VDG) est évoqué à la naissance, plus souvent qu'en prénatal, devant un hypospade et/ou des testicules non palpés chez un nouveau-né d'aspect plutôt masculin, devant un orifice vaginal non visible et/ou une fusion postérieure des bourrelets génitaux, une hypertrophie du clitoris ou des gonades palpées chez un nouveau-né d'apparence plutôt féminine.

Chez les enfants nés avec des organes génitaux atypiques, le choix de sexe est une situation rare en pratique clinique : la question se pose pour les enfants chez lesquels l'apparence des organes génitaux externes est tellement inhabituelle que la déclaration de sexe à l'état civil n'est pas possible à la naissance et pour ceux dont l'apparence est non congruente avec le sexe génétique prénatal.

Quels changements terminologiques ?

Alors que les termes "ambigüité sexuelle", "pseudohermaphrodisme"… ont disparu du langage médical en 2006 [1], à la suite d'une conférence de consensus où les associations de patients ont exprimé leurs difficultés face aux mots employés par les médecins, on les retrouve dans la circulaire du 28 octobre 2011 relative aux règles particulières à divers actes de l'état civil concernant la naissance et la filiation. Il y est ainsi fait référence à la situation où le sexe du nouveau-né est "incertain" ou aux "cas d'ambiguïté sexuelle". De plus, ce texte conseille aux parents "*de choisir pour l'enfant un prénom pouvant être porté par une fille ou par un garçon*". On sait pourtant que donner un prénom mixte est récusé par beaucoup de psychologues et pédopsychiatres s'occupant d'enfants porteurs de VDG.

On ne sait pas encore si cette circulaire sera abrogée ou non, à la suite de la nouvelle loi de bioéthique.

La terminologie reste débattue : intersexuation, intersexualité, anomalies du développement génital, DSD (*disorder of sex development* ou développement sexuel différent), variations du développement génital. Elle a finalement été arbitrée par le législateur qui a inclus dans la nouvelle loi de bioéthique du 2 août 2021 (art. 30) la question des enfants dont les caractéristiques sexuées sont inhabituelles. Sous l'impulsion du Comité consultatif national d'éthique (avis 132) et du Conseil d'État (rapport 2018, p. 129), la dénomination qui a été privilégiée est celle de "variation du développement génital" (ou sexuel), "*qui n'engage pas l'identité sexuelle future et exclut la notion d'une maladie, mais sous-entend l'existence d'une atypie*" (CCNE, avis précité, p. 13).

Quelles évolutions juridiques ?

C'est par son acte de naissance que le nouveau-né acquiert une existence juridique. En droit français, l'enfant doit être déclaré à l'officier d'état civil dans les 5 jours qui suivent l'accouchement (Code civil, art. 55). Le jour de l'accouchement n'est pas compté dans le délai de déclaration de naissance. Lorsque le dernier jour du délai est un samedi, un dimanche, un jour férié ou chômé, ce délai est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable (décret n° 2017-278 du 2 mars 2017). Ces délais sont courts mais permettent souvent les explorations complémentaires rapides pour déterminer le sexe de l'enfant né avec une variation du développement génital et éviter ainsi de devoir suspendre la déclaration de naissance.

L'acte de naissance doit en effet énoncer le jour, l'heure, le lieu de la naissance, le sexe, les prénoms donnés, la filiation de l'enfant ainsi que le nom de famille. Il tiendra lieu de "conservatoire" de l'identité civile de la personne : y seront consignés les événements qui viendront au cours du temps modifier ou compléter cette identité. Une copie complète de cet acte, et pas seulement un extrait, devra être produite dans certaines occasions (divorce, adoption, changement de nationalité…). Cet acte ne peut être complété ou modifié que par ajouts successifs et aucune mention déjà inscrite ne peut être effacée. Jusqu'à présent, en cas d'erreur sur le sexe d'un enfant porteur de VDG, l'assignation initiale ne disparaissait pas, une correction était apportée sous la forme d'une mention marginale. Il en était de même si la désignation du sexe n'avait pas été possible dans le délai légal de déclaration ou si un report – jusqu'à 2 ans – avait été demandé au procureur de la République, comme la circulaire du 28 octobre 2011 précitée l'autorisait. L'absence de mention initiale restera définitivement visible [2].

Toutes les familles concernées et tous ceux qui prennent en charge les nouveau-nés porteurs de VDG souhaitent que le changement de sexe à l'état civil, lorsqu'il est nécessaire, ne comporte plus de mentions révélant les hésitations qui ont eu lieu sur le sexe de l'enfant à sa naissance, comme c'est le cas aujourd'hui. La modification de la mention du sexe sur l'acte de naissance doit être une procédure simple, rapide et invisible, surtout lorsque la déclaration de l'enfant a été erronée en raison d'une erreur médicale (par exemple, la sortie de la maternité d'un nouveau-né féminin virilisé par une hyperplasie congénitale des surrénales non diagnostiquée et déclaré de sexe masculin). C'est ce qui devrait résulter de la loi relative à la bioéthique du 2 août 2021 : un dispositif est prévu pour faciliter le report de la déclaration (jusqu'à 3 mois) et la rectification de la mention du sexe, sans qu'il reste de trace de ces modifications dans les copies intégrales de l'acte de naissance.

Malgré ces avancées, le droit continue de ne penser l'humain que de façon binaire. Les deux catégories de sexe (masculin et féminin) sont profondément ancrées dans notre société. Par exemple, lors de l'établissement d'une carte nationale d'identité, il est précisé que le sexe qui est mentionné sur l'acte de naissance doit être indiqué par la lettre M (masculin) ou F (féminin ; circulaire du 10 janvier 2000, rubrique 49).

Cette obligation de déclarer le sexe à la naissance, en France où n'existent que deux sexes possibles, est considérée par certaines personnes comme une atteinte aux droits des enfants nés avec des organes génitaux différents, au respect de leur identité. Ces militants ne sont pas tous d'accord : certains souhaitent la suppression de la mention du sexe sur l'acte de naissance, d'autres prônent la création d'une troisième catégorie "indéterminé" ou "neutre". C'est ainsi qu'en août 2015, une personne de 60 ans, rattachée au sexe masculin sur son acte de naissance, mariée et ayant adopté un enfant, se présente comme une personne intersexuée dont les organes génitaux "*ne correspondaient pas à la norme habituelle de l'anatomie masculine ou féminine*" et invoque son impossibilité tout au long de sa vie de s'identifier soit au sexe masculin, soit au sexe féminin. Cette personne a introduit une requête en demandant la rectification de son acte de naissance et sa déclaration dans le sexe neutre. Le 20 août 2015, les juges du TGI de Tours ont décidé que "*le sexe qui lui a été assigné à la naissance apparaît comme une pure fiction, qui lui aura été imposée pendant toute son existence, sans que jamais il n'ait pu exprimer son sentiment profond*" et lui ont accordé le changement demandé.

Néanmoins, cette première décision a été censurée en appel et l'affaire a abouti devant la Cour de cassation qui, le 4 mai 2017, a tranché en affirmant que "*la loi française ne permet pas de faire figurer dans les actes de l'état civil l'indication d'un sexe autre que masculin ou féminin*". Selon la Haute Cour, "*la dualité des énonciations relatives au sexe dans les actes de l'état civil poursuit un but légitime en ce qu'elle est nécessaire à*

Pathologies fœtales

l'organisation sociale et juridique dont elle constitue un élément fondateur". Le droit français ne laisse donc pas de place à une troisième catégorie de sexe. La bi-catégorisation masculin/féminin demeure, en l'état du droit positif, exclusive de toute autre choix.

Quelle autre option reste-t-il dans une société si binaire pour les personnes qui ne se sentent appartenir ni au masculin ni au féminin ? Pourquoi faut-il que le sexe apparaisse sur les documents officiels d'identification et les actes de l'état civil ? Quelle est encore son utilité à l'heure de l'égalité entre les hommes et les femmes ? Le sexe est-il encore un moyen pertinent de différencier les individus ?

Quels progrès diagnostiques ?

Les principales avancées diagnostiques concernent la génétique des VDG. Les panels NGS de gènes impliqués dans les VDG, utilisés dès que les premières explorations cliniques et biologiques ne permettent pas de diagnostic évident (comme dans l'hyperplasie congénitale des surrénales, par exemple), sont utilisés en routine dans les centres experts [3]. Cependant, même les panels les plus récents ne permettent que la moitié environ des diagnostics étiologiques des VDG 46, XY. Il est probable que les analyses d'exome/génome soient les techniques d'avenir et qu'elles permettront d'élucider les causes des VDG demeurées inconnues.

Quelles avancées thérapeutiques ?

Depuis les années 1950, les décisions concernant le choix de sexe et la chirurgie génitale étaient guidées par la politique du choix de sexe "optimal", correspondant à une identité de genre stable, une bonne adaptation psychosociale et la possibilité d'une fonction sexuelle "normale". Cette approche avait comme postulats que l'identité de genre (c'est-à-dire l'identification de soi comme une fille/une femme ou un garçon/un homme) n'est pas établie à la naissance mais est surtout la résultante de l'éducation ("*nature vs nurture*"), qu'une identité de genre stable et une bonne adaptation psychologique nécessitent que l'apparence des organes génitaux externes soit en adéquation avec le genre assigné dès le plus jeune âge. Une identité sexuée stable et la capacité d'une sexualité "normale" (c'est-à-dire hétérosexuelle) seraient des prérequis à une qualité de vie de "bonne qualité".

Les défenseurs de cette approche pensaient que cette politique du choix de sexe appelait une adhésion totale à la décision de choix de sexe, tant de la part de l'enfant lui-même que de ses parents. Parfois, pour décourager toute impression d'incertitude sur le choix du sexe, certaines informations médicales étaient dissimulées aux parents et au patient. Le cadre juridique français demeure, pour partie, étalonné sur une telle approche dans la mesure où il délègue encore explicitement au pouvoir médical la mission de déterminer définitivement le sexe "*à la suite de traitements appropriés*" lorsque la déclaration de sexe a été reportée (circulaire du 28 octobre 2011, précitée).

L'ensemble de ces pratiques médicales et de ces normes est questionné depuis plusieurs années sous l'impulsion des associations de personnes qui se revendiquent comme intersexes et viennent bouleverser les représentations communes [4].

Au-delà des questions juridiques soulevées, la naissance d'un enfant aux organes génitaux atypiques reste un grand traumatisme pour les parents qui doivent être accompagnés pour pouvoir accepter l'enfant tel qu'il est et non tel qu'il était attendu. La prise en charge médico-chirurgicale de l'enfant ne doit pas avoir pour préoccupation de conformer ses organes génitaux aux standards masculin ou féminin afin de favoriser son intégration psychosociale. Cette prise en charge doit être évaluée et proposée dans le respect des droits de l'enfant, de son intégrité physique et de sa capacité à participer aux décisions thérapeutiques qui le concernent. Chez ces enfants, un choix de sexe (juridique et social) est fait et la prise en charge est ensuite discutée en réunion de concertation pluridisciplinaire. Cette procédure, organisée à un niveau national, est le cadre légal retenu dans le projet de loi relatif à la bioéthique.

Si toutes les équipes sont aujourd'hui d'accord pour surseoir à tout geste définitif (gonadectomie), pour d'autres indications (chirurgie d'hypospade sévère, chirurgie du clitoris…), les positions sont plus variables. Certaines équipes proposent une chirurgie précoce, d'autres une chirurgie décalée ou plus tardive, dans l'attente que l'enfant puisse participer aux gestes qui seront pratiqués sur son corps [3, 5, 6].

POINTS **FORTS**

- Tout questionnement sur les organes génitaux d'un nouveau-né doit faire demander un avis spécialisé.
- L'impossibilité de dire le sexe d'un nouveau-né doit faire surseoir à la déclaration de l'enfant à l'état civil.
- Même si les progrès diagnostiques sont réels, beaucoup de questions thérapeutiques traversent la prise en charge des nouveau-nés aux organes génitaux atypiques.

Quelle importance revêt la taille du pénis ou celle du clitoris ? Faut-il se préoccuper de l'aspect des organes génitaux externes, de la présence ou non d'un utérus (dont la qualité est imprévisible à la naissance, mais qui est porteur de potentielles possibilités de grossesse), des possibilités, avec un traitement médical (testostérone) et chirurgical, d'obtention d'un phénotype masculin adulte qui permette une sexualité épanouie ? Quel est l'impact sur l'identité sexuée de l'imprégnation hormonale cérébrale pendant la grossesse ? Doit-on attendre que l'enfant participe à toute prise en charge chirurgicale et ne faire qu'encadrer avec bienveillance et psychologie les parents dans l'éducation d'un enfant aux organes génitaux différents ? Aucune de ces questions n'est actuellement résolue.

Conclusion : un monde idéal

"*Le savoir gagné au XIX^e^ siècle et au XX^e^ siècle sur l'embryologie et l'endocrinologie du développement sexuel nous permet de comprendre que les humains hommes et femmes commencent toute leur vie avec les mêmes structures : la totale masculinité et la totale féminité représentent les extrêmes d'une gamme de types corporels possibles. Que ces extrêmes soient les plus fréquents a donné créance à l'idée qu'ils ne seraient pas seulement naturels (produits par la nature), mais normaux (représentant un idéal statistique et social). Mais la connaissance de la variation biologique nous permet de conceptualiser les espaces moyens, comme naturels, même s'ils sont statistiquement peu courants*" (A. Fausto-Sterling) [7].

En France, un enfant aux organes génitaux différents, dont la déclaration de sexe est difficile ou impossible à la naissance, doit néanmoins être rattaché à un sexe social, masculin ou féminin, dans lequel ses parents l'élèveront. Dans notre société si binaire, la question d'élever un enfant de façon neutre paraît difficile ou néfaste. Nous devrions néanmoins être capables, parents, médecins, psys et travailleurs sociaux, de choisir de ne faire ni traitement médical ni chirurgical sans la participation, l'assentiment, voire le consentement de l'enfant. Le suivi médical/psychologique pourrait être dédié à la croissance staturo-pondérale, l'évolution spontanée des organes génitaux externes, ainsi qu'à la tolérance individuelle, familiale et sociétale (crèche, école…) de cette situation. En période péri-pubertaire et peut-être avant, un choix sera fait par l'enfant. Nous n'en sommes pas encore là, mais gardons à l'esprit que les débats sur la pluralité des corps et les variations du développement génital sont toujours des débats éthiques et politiques sur l'égalité sociale et sur les moyens de la faire progresser.

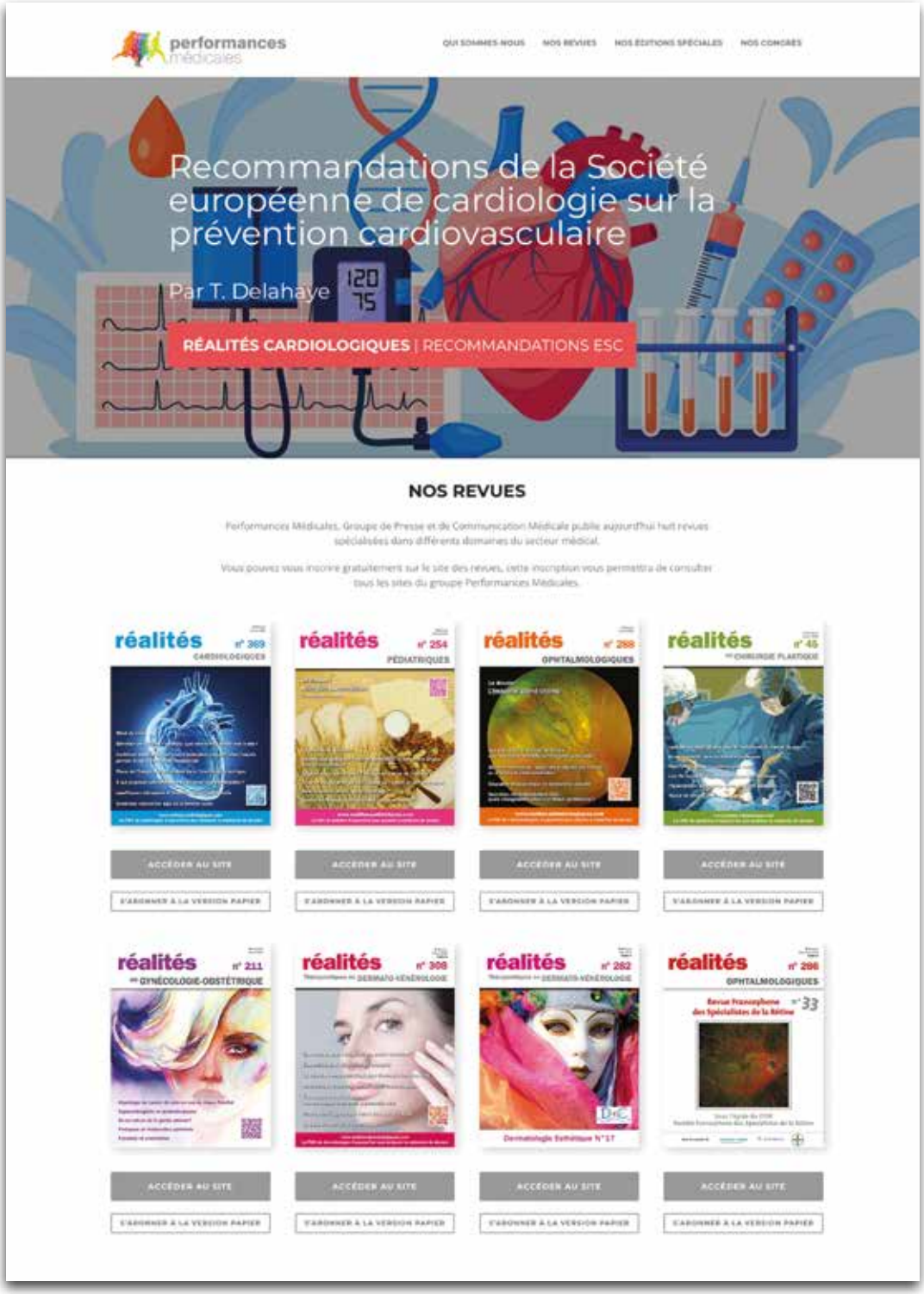
BIBLIOGRAPHIE

1. Hughes IA, Houk C, Ahmed SF *et al.*; LWPES Consensus Group; ESPE Consensus Group. Consensus statement on management of intersex disorders. *Arch Dis Child*, 2006;91:554-563.
2. Brunet L. La mention du sexe à l'état civil : enjeux et chausse-trappes. In: Bouvattier C, Boileau P (dir.). *Endocrinologie périnatale*. Doin-John Libbey Eurotext, 2020:353-362.
3. Van Bever Y, Brüggenwirth HT, Wolffenbuttel KP *et al.* Under-reported aspects of diagnosis and treatment addressed in the Dutch-Flemish guideline for comprehensive diagnostics in disorders/differences of sex development. *J Med Genet*, 2020;57:581-589.
4. Mouriquand PDE, Gorduza DB, Gay CL *et al.* Surgery in disorders of sex development (DSD) with a gender issue: If (why), when, and how? *J Pediatr Urol*, 2016;12:139-149.
5. Fournier V, Spranzi M, Foureur N *et al.* The "Commitment Model" for Clinical Ethics Consultations: Society's Involvement in the Solution of Individual Cases. *J Clin Ethics*, 2015; 26:286-296.
6. Wiesemann C, Ude-Koeller S, Sinnecker GH *et al.* Ethical principles and recommendations for the medical management of differences of sex development (DSD)/ intersex in children and adolescents. *Eur J Pediatr*, 2010;169:671-679.
7. Fausto-Sterling A. *Corps en tous genres. La dualité des sexes à l'épreuve de la science*. La Découverte-Institut Émilie du Châtelet, 2012.

Les auteures ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.

Le portail de Performances Médicales

|www.performances-medicales.com|



Un accès à tous nos sites de spécialités à partir d'une seule et même inscription.