

Liste des abréviations

BH	Bilan hépatique
CIHG	Cholestase Intra Hépatique Gravidique
CMV	Cytomégalovirus
EBV	Epstein-Barr Virus
FMC	Formation Médicale Continue
FV	Facteur V
GO	Gynéco-Obstétricien ou gynéco-obstétrique
HSV	Herpes Simplex Virus
MFIU	Mort Fœtale In Utéro
MG	Médecin Généraliste
RCF	Rythme Cardiaque Fœtale
SA	Semaine d'Aménorrhée
TP	Taux de Prothrombine
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Plan

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des médecins généralistes

- 1.1. Répartition des médecins par département, sexe, âge et lieu d'exercice
- 1.2. Nombre de suivi de grossesses selon l'âge et le sexe
- 1.3. Acte de gynéco-obstétrique

2. Evaluation globale de la connaissance des médecins sur la pathologie

- 2.1. Sensibilisation des médecins à la cholestase intra hépatique gravidique
- 2.2. Autoévaluation de leurs connaissances

3. Dépistage et prévention de la cholestase intra hépatique gravidique en médecine générale

- 3.1. Les critères diagnostics évoquant une CIHG
- 3.2. Les difficultés rencontrées par les médecins pour le dépistage de la CIHG
- 3.3. Le nombre de médecins recherchant systématiquement un prurit
- 3.4. Attitude des médecins généralistes s'ils suspectent une CIHG
- 3.5. Biologies réalisées par les médecins qui suspectent une CIHG
- 3.6. Traitements prescrits a ces patientes
- 3.7. Informations données aux patientes sur les risques de cette pathologie

4. Le post-partum

- 4.1. Attitude des médecins généralistes sur la contraception

5. Information des médecins

- 5.1. Mode de formation choisi par les médecins

DISCUSSION ET CONCLUSION

1. Les connaissances des médecins généralistes sur la CIHG

2. Les signes d'appels de la CIHG

3. Attitude des médecins généralistes lorsqu'ils suspectent une CIHG

4. La contraception en post-partum

5. Conclusion

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES GRAPHIQUES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

INTRODUCTION

Le médecin généraliste est le médecin auquel le patient s'adresse en premier, à l'entrée du parcours de soins. Il accueille tous les consultants et malades indépendamment de leur âge, de leur genre, de leur niveau économique et culturel. Il écoute les plaintes du patient, clarifie ses demandes, identifie ses attentes (1). Son approche est globale c'est à dire bio psychosociale. Ainsi, il a un rôle prépondérant dans le suivi gynéco-obstétrical (GO) des femmes. Par ailleurs la baisse du nombre de gynécologues médicaux place parfois le médecin généraliste au centre de leur prise en charge.

La cholestase intra-hépatique gravidique (CIHG) est la plus fréquente des hépatopathies gravidiques chez les femmes normotendues. En France, la prévalence de la CIHG est d'environ 5 pour 1000 naissance. Elle est plus fréquente dans les grossesses multiples. Le risque de récurrence est de 40 à 60% selon les patientes. Il s'agit d'une maladie multifactorielle, impliquant principalement des facteurs génétiques et hormonaux. Elle se manifeste par un prurit généralisé, une augmentation des transaminases et des acides biliaires. Le pronostic foetal est dominé par la prématurité et le risque de mort foetal in utero (2).

En effet, les conséquences peuvent être gravissimes. Hors, il n'y a pas de recommandation sur les modalités de dépistage et de prise en charge de la CIHG en médecine générale. De plus, cette dernière peut aboutir à modifier la contraception ultérieure souvent prescrite par les médecins généralistes.

L'objectif de cette étude est d'établir un état des lieux des pratiques de dépistage et de prise en charge de la CIHG avant et après l'accouchement, des médecins généralistes du Maine et Loire, de la Sarthe et de la Mayenne.

L'objectif secondaire est d'évaluer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour le dépistage et la prise en charge de cette pathologie afin de trouver des pistes d'amélioration.

MÉTHODES

C'est une étude quantitative, descriptive, déclarative, transversale par questionnaires envoyés à des Médecins généralistes du Maine-et-Loire, de la Mayenne et de la Sarthe ayant un courriel recensé à la faculté de médecine d'Angers. Il a été envoyé à partir du 20 janvier 2017, et nous avons laissé un temps de réponse de deux mois, soit jusqu'au 20 Mars 2017.

Ce questionnaire avait d'abord été relu par deux médecins généralistes du département de médecine générale de la faculté de médecine d'Angers. Leur participation, nous avait permis de faire quelques modifications afin de le rendre facilement compréhensible et abordable. Il ne comportait que 20 questions afin de ne pas être trop long pour les médecins généralistes. C'est un état des lieux global de leurs pratiques afin qu'ils ne se sentent pas jugés dans leur activité de GO. Les questions posées étaient de nature quantitative pour faciliter les réponses et leur analyse.

Le questionnaire était divisé en quatre parties, permettant de réaliser un état des lieux sur le dépistage et la prise en charge de la cholestase intra-hépatique gravidique dans ces 3 départements.

- 1- Données socio-démographiques de chaque médecin : âge, sexe, lieu et mode d'exercice, nombre d'actes de gynécologie-obstétrique par an.
- 2- Évaluation globale de leurs connaissances sur la pathologie.
- 3- Dépistage et prévention : Pendant les consultations de suivi de grossesse, interrogent-ils systématiquement les patientes sur l'existence d'un éventuel prurit? S'ils suspectent une CIHG, réalisent-ils des examens complémentaires ou bien adressent-ils directement la patiente au spécialiste ?

4- Post partum : Quelle contraception peuvent-ils prescrire à ces femmes?

5-Comment informer les médecins généralistes sur cette pathologie?

L'analyse statistique a été réalisée avec le logiciel stata. Pour la comparaison des moyennes, nous avons utilisé le test du Chi-Deux. Le seuil de significativité p était inférieur à 0.05. Les résultats sont présentés sous forme de pourcentages pour les différentes variables.

RÉSULTATS

A partir du 20 Mars 2017, nous avons procédé à l'analyse des réponses. Sur les 317 questionnaires envoyés aux médecins, 71 réponses ont été reçues dans les délais soit un taux de réponse de 22,4%. Les réponses aux 20 items ont toujours été données.

1. Caractéristiques des médecins généralistes

1.1. Répartition des médecins par département, sexe, âge et lieu d'exercice

Département	Lieu d'exercice	Classe d'âge/Sexe								Total général
		25-34 ans		35-44 ans		45-54 ans		55 ans et +		
		Masc	Fém	Masc	Fém	Masc	Fém	Masc	Fém	
49	dans une maison de santé pluridisciplinaire		1		3	4	1	6	1	16
	en cabinet de groupe		1	2	6	2	4	4		19
	seul					1	1	1	2	5
53	dans une maison de santé pluridisciplinaire	1			2		1	1		5
	en cabinet de groupe			1	1		1	1		4
	seul								1	1
72	dans une maison de santé pluridisciplinaire				1			1	1	3
	en cabinet de groupe					2	4	8	2	16
	seul							2		2
Total général		1	2	3	13	9	12	24	7	71

Tableau I : Répartition des médecins par département, sexe, âge et lieu d'exercice

1.2. Nombre de suivi de grossesses selon l'âge et le sexe

Vous êtes	Classe d'âge	Nb de suivi de grossesse			
		Moins de 5	Entre 5 et 15	Sup à 15	Total général
un homme	25-34 ans		1		1
	35-44 ans	1	2		3
	45-54 ans	1	5	1	7
	55 ans et +	13	10	2	25
une femme	25-34 ans	2	1		3
	35-44 ans	2	8	4	14
	45-54 ans		7	3	10
	55 ans et +		5	3	8
Total général		19	39	13	71

Tableau II : Nombre de suivi de grossesses selon l'âge et le sexe

1.3. Acte de gynéco-obstétrique

Le nombre d'acte de gynéco-obstétrique par an dans l'activité globale des médecins et le nombre de suivi de grossesses parmi ces actes sont les suivants :

Nb de suivi de grossesse	Nb d'acte de GO dans l'activité globale				Total
	Moins de 10%	Entre 10 et 15 %	Entre 15 et 25 %	Sup à 25%	
Moins de 5	13	6			19
Entre 5 et 15	15	15	9		39
Sup à 15		6	5	2	13
Total général	28	27	14	2	71

Tableau III : Nombre d'acte de Gynéco-obstétrique et nombre de suivi de grossesses par an dans l'activité globale des médecins

2. Evaluation globale de la connaissance des médecins sur la pathologie

2.1. Sensibilisation des médecins à la cholestase intra hépatique gravidique

Sensibilisation	Nombre %
Dans votre pratique professionnelle	59,1
Cursus universitaire (externat / internat)	36,6
FMC	11,3
Presse médicale	9,9
Autre	9,9
Recherche internet	7
jamais	1,4

Tableau IV : Sensibilisation des médecins à la cholestase intra-hépatique gravidique

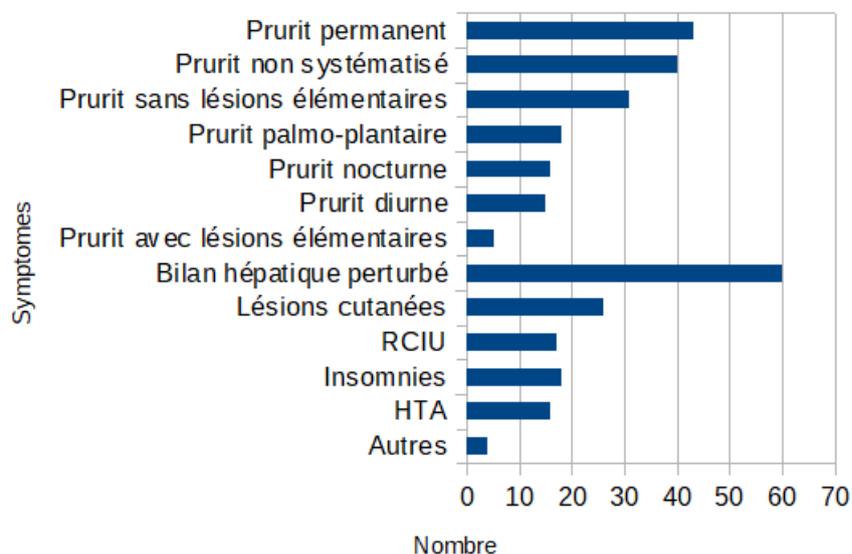
2.2. Autoévaluation de leurs connaissances

		Avez-vous essayé d'élargir vos connaissances sur le sujet ?		Total
		Oui	Non	
Pensez-vous être suffisamment informé sur le dépistage et la prise en charge de cette pathologie ?	Oui	11	5	16
	Non	12	43	55
	Total	23	48	71

Tableau V : Auto-évaluation de leurs connaissances

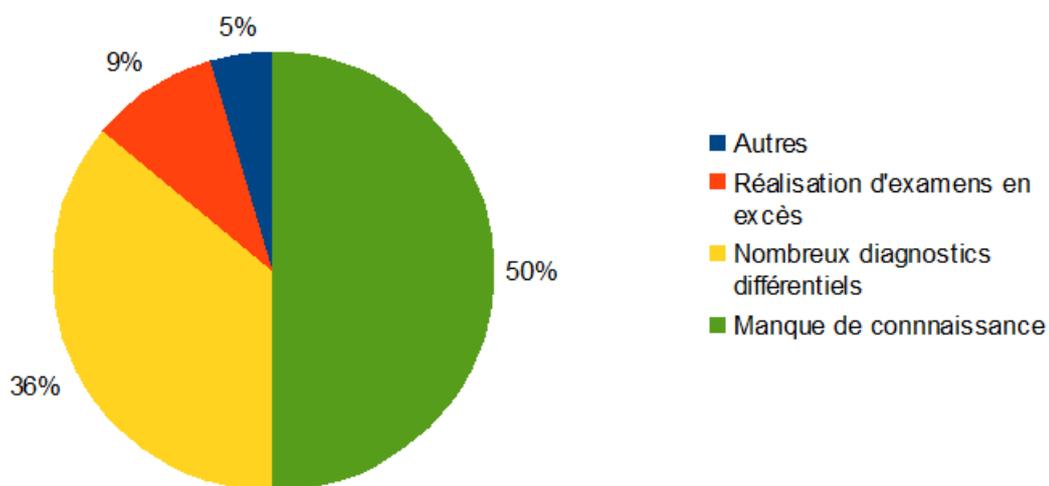
3. Dépistage et prévention de la cholestase intra hépatique gravidique en médecine générale

3.1. Les critères diagnostics évoquant une CIHG



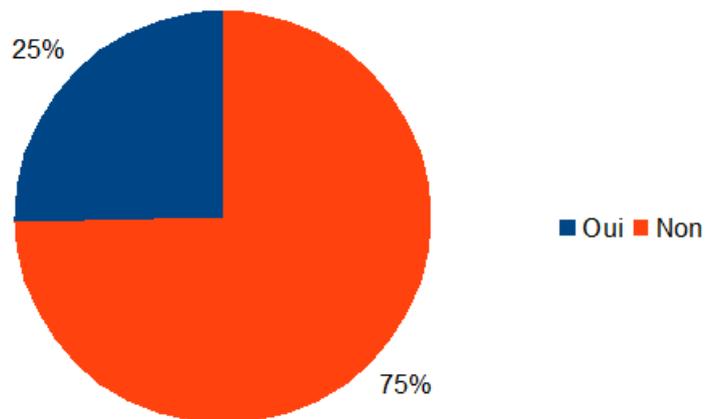
Graphique I : Les critères diagnostics

3.2. Les difficultés rencontrées par les médecins pour le dépistage de la CIHG



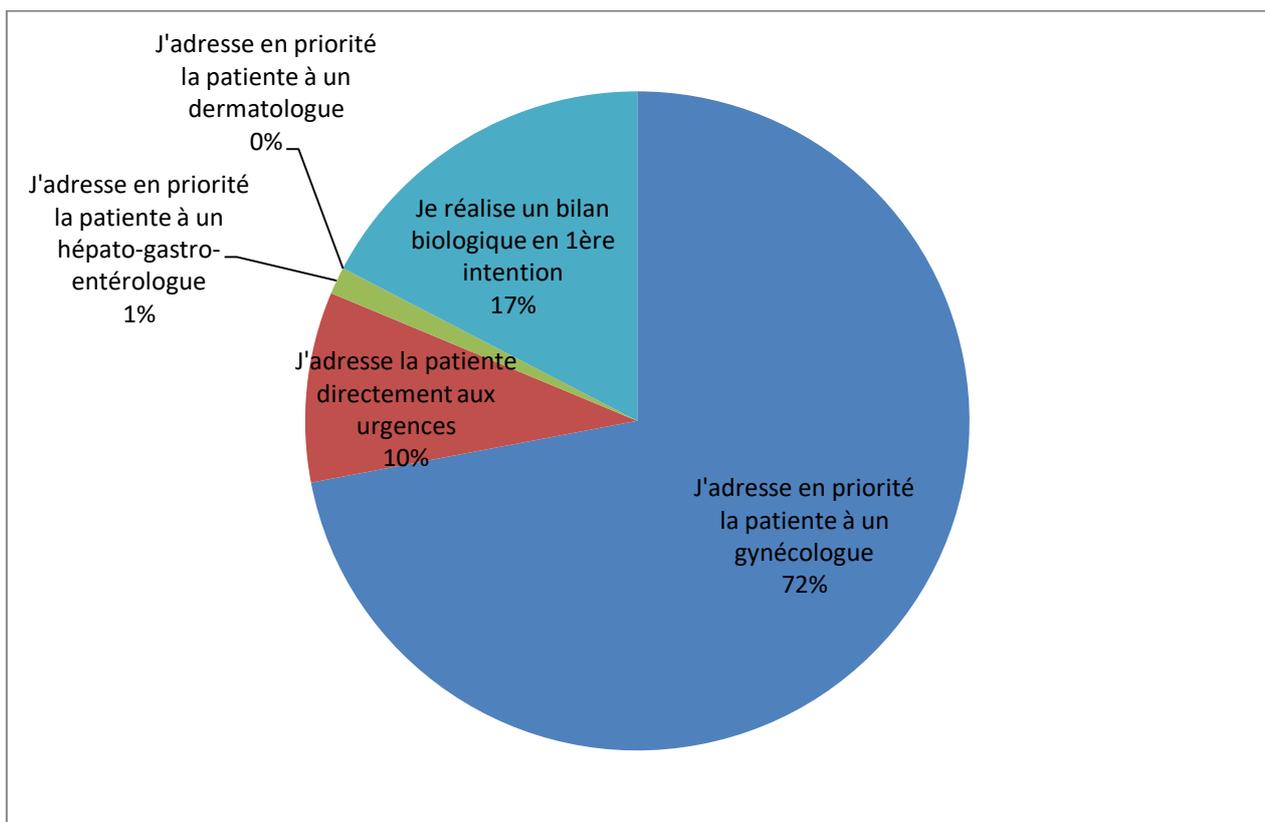
Graphique II : Les difficultés rencontrées

3.3. Le nombre de médecins recherchant systématiquement un prurit



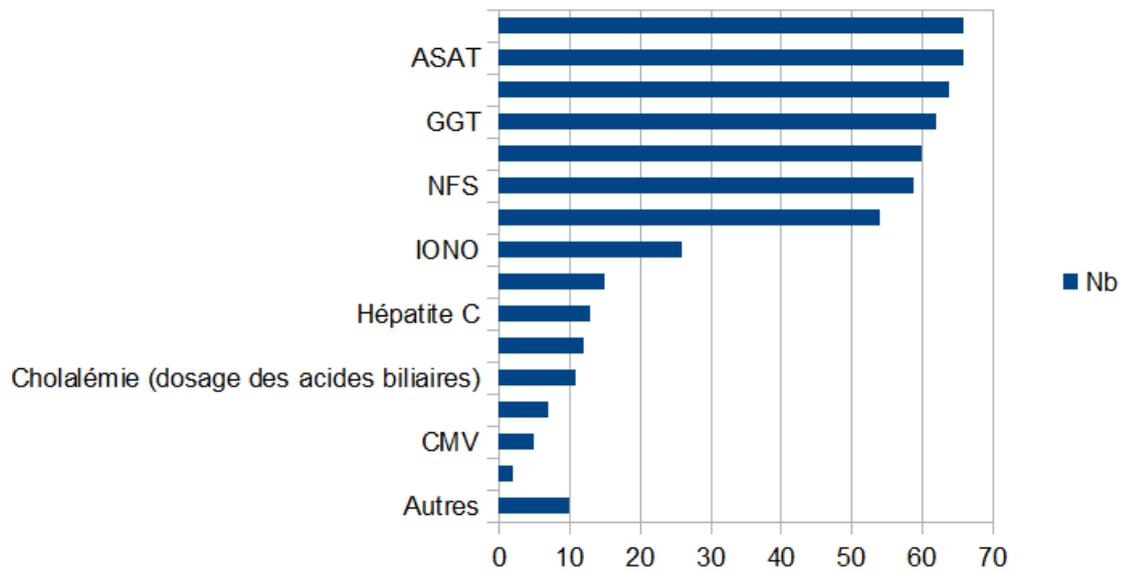
Graphique III : Le nombre de médecins recherchant systématiquement un prurit

3.4. Attitude des médecins généralistes s'ils suspectent une CIHG



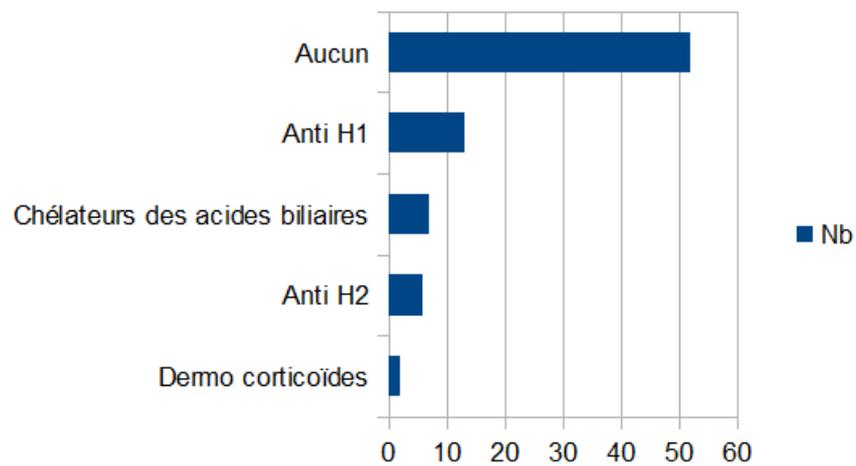
Graphique IV : Attitude des médecins s'ils suspectent une CIHG

3.5. Biologies réalisées par les médecins qui suspectent une CIHG



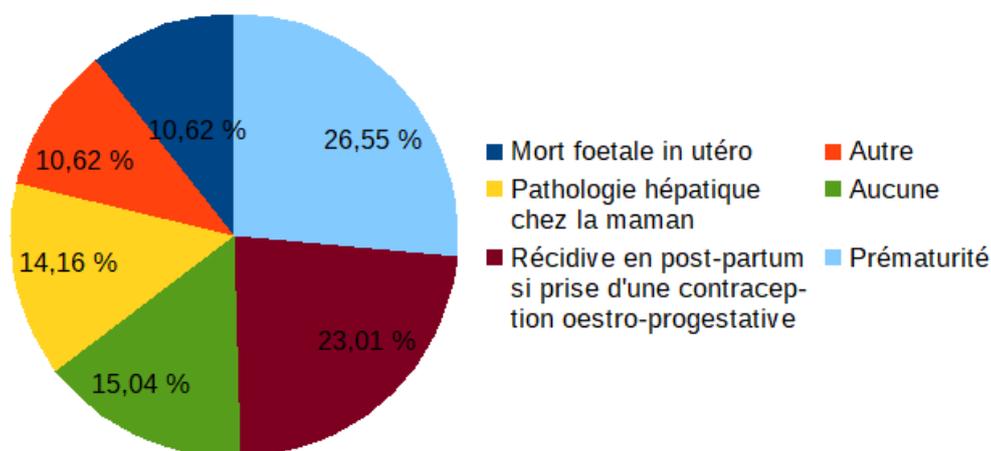
Graphique V : Biologies réalisées par les médecins

3.6. Traitements prescrits à ces patientes



Graphique VI : Les traitements prescrits

3.7. Informations données aux patientes sur les risques de cette pathologie



Graphique VII : Informations données aux patientes

4. Le post-partum

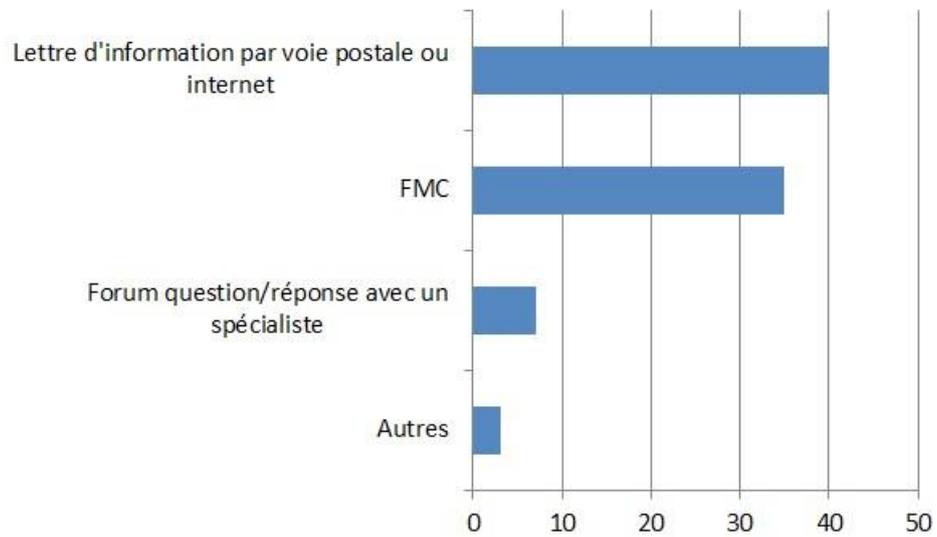
4.1. Attitude des médecins généralistes sur la contraception

		Dans la période du post partum, réalisez-vous un bilan hépatique en cas de récurrence des symptômes chez une patiente sous oestro-progestatifs?		
		Oui	Non	Total
Suite à une CIHG, prescrivez-vous systématiquement, dans la période du post partum, un bilan hépatique 2 mois après le début de la prise d'une contraception par oestro-progestatif	Oui	46	0	46
	Non	20	5	25
	Total	66	5	71

Tableau VI : Contraception en post-partum

5. Information des médecins

5.1. Mode de formation choisi par les médecins



Graphique VIII : Mode de formation choisi par les médecins

DISCUSSION ET CONCLUSION

Pour les 71 médecins interrogés, la gynéco-obstétrique représentait moins de 10% de leur activité globale. Parmi ces actes de GO, le nombre de suivi de grossesses par an était principalement entre 5 et 15.

La grande majorité des médecins ont été sensibilisés à la CIHG dans leur pratique professionnelle.

77,4% des médecins pensent ne pas être suffisamment informés sur le dépistage et la prise en charge de cette pathologie. Parmi ces médecins, ils ne sont que 32,4% à avoir essayé d'élargir leurs connaissances.

La majorité des médecins généralistes interrogés pensent que le bilan hépatique (BH) perturbé est le principal critère faisant évoquer cette pathologie.

75% des médecins ne recherchent pas systématiquement un prurit lors des consultations de suivi de grossesse.

S'ils suspectent une CIHG, 72% des médecins adressent en priorité la patiente à un gynéco-obstétricien. 17% d'entre eux réalisent en priorité un bilan biologique.

Plus de 50% des médecins ne prescrivent aucun traitement à ces patientes.

L'information sur le risque de prématurité est la plus fréquemment donnée.

Le risque de mort fœtale in utero est peu abordé.

15% des médecins ne donnent pas d'informations particulières sur les risques de cette pathologie.

64,7% prescrivent un BH de contrôle 2 mois après la prise d'une contraception par œstroprogestatifs. Et 92,9% des médecins prescrivent un BH en cas de récurrence des symptômes sous œstroprogestatifs.

Les modes de formation sur cette pathologie choisis majoritairement par les médecins sont tout d'abord la lettre d'information par voie postale ou internet puis les journées de formation.

Cette étude a été menée dans le Maine et Loire, la Sarthe et la Mayenne et aucune étude de ce type n'y avait encore été réalisée.

Les médecins sélectionnés étaient tous des maîtres de stage universitaires. Ces derniers sont plus souvent sollicités par les étudiants et parfois lassés de répondre aux questionnaires mais malgré cela nous avons eu un taux de réponse de 22,4%.

Par ailleurs, les médecins étaient principalement des hommes âgés de 55 ans et plus, exerçant en cabinet de groupe, ce qui est représentatif de la population générale des médecins dans ces 3 départements.

Au 1er janvier 2017, l'âge moyen des généralistes au niveau national était de 51,2 ans. 53% sont représentés par des hommes et 47% par des femmes. 28% sont âgés de 60 ans et plus et les moins de 40 ans représentent 17% des effectifs (3).

La majorité des médecins ayant répondu au questionnaire étaient des hommes de plus de 55 ans donc nous avons eu peu d'information sur l'activité des jeunes femmes médecins qui sont moins nombreuses que ces derniers mais souvent plus sollicitées par les femmes pour la gynécologie.

1. Les connaissances des médecins généralistes sur la CIHG

77,4% des médecins pensent ne pas être suffisamment informés sur le dépistage et la prise en charge de cette pathologie. Parmi ces médecins, ils ne sont que 32,4% à avoir essayé d'élargir leurs connaissances. Ainsi cette pathologie est peu connue des maîtres de stages universitaires interrogés ce qui est probablement le cas des autres médecins des 3 départements. D'autre part, ils ont principalement été sensibilisé à cette pathologie dans leur pratique professionnelle et non lors de leur cursus universitaire.

Selon une enquête réalisée par la DREES au niveau national en 2014 et 2015, les étudiants en médecine peuvent être conduits à effectuer des stages hospitaliers dans des services de gynécologie-obstétrique à deux occasions : lors du 2e cycle des études médicales (stage d'externat), puis lors du 3e cycle (stage d'internat). Près de trois médecins généralistes sur quatre déclarent avoir effectué un stage de gynécologie- obstétrique au cours de leur cursus universitaire : 42 % lors de leur 2e cycle uniquement, 19 % au cours de leur 3e cycle uniquement, et 12 % à chacun de ces deux cycles (4). Ainsi, le nombre de médecins ayant réalisés 2 stages en gynécologie-obstétrique lors de leur cursus universitaire reste minoritaire puisque actuellement les étudiants doivent choisir entre un stage en pédiatrie ou gynécologie-obstétrique. Ils sont très peu nombreux à pouvoir réaliser un trimestre de chaque.

Le dépistage et la prise en charge de cette pathologie pourrait être amélioré avec par exemple :

- un stage obligatoire de gynécologie pendant l'internat en plus de celui de pédiatrie.
- des journées de formations
- une lettre d'information par voie postale ou internet

Dans notre étude, la majorité des médecins souhaiteraient une lettre d'information.

Nous en avons réalisé une, disponible en annexe 1.

2. Les signes d'appels de la CIHG

Selon notre étude, le bilan hépatique perturbé est le principal critère faisant évoquer cette pathologie et non pas le prurit. Hors, ce dernier est le signe pathognomonique.

La cholestase gravidique doit être évoquée devant un prurit apparaissant typiquement au 3e trimestre de la grossesse (80% des cas surviennent après la 30e semaine de gestation), plus rarement au 2e trimestre et exceptionnellement au premier.

L'augmentation de l'activité sérique des transaminases est observée dans la majorité des cas, mais peut être absente, si bien qu'un prurit isolé au cours de la grossesse sans élévation des transaminases ne permet pas d'exclure le diagnostic en l'absence d'un dosage concomitant des acides biliaires sériques. La concentration sérique des acides biliaires totaux constitue le marqueur diagnostique le plus sensible et le plus spécifique de la maladie (5).

Une des hypothèses pour expliquer la méconnaissance de ce signe clinique peut être le fait que le prurit se rencontre principalement en dermatologie.

Les dermatoses spécifiques représentant plus de 80% des causes de prurit au cours de la grossesse, près d'une femme enceinte sur cinq consultera pour un prurit d'autre cause. La

démarche étiologique doit rester aussi rigoureuse qu'en dehors de la grossesse, et éliminer les causes intercurrentes de prurit. Le bilan biologique comportera systématiquement des tests hépatiques à la recherche d'une CIHG (6).

Ainsi, cette pathologie est peu dépistée en médecine générale car les médecins ne recherchent pas l'existence d'un éventuel prurit et connaissent minoritairement qu'il faut évoquer le diagnostic s'il y a un prurit.

3. Attitude des médecins généralistes lorsqu'ils suspectent une CIHG

72% des médecins adressent en priorité la patiente à un gynéco-obstétricien. 17% d'entre eux réalisent d'abord un bilan biologique avec un bilan hépatique qui fait partie du bilan de gravité. Cependant, nous avons vu précédemment qu'un bilan hépatique normal ne permet pas d'exclure la maladie sans dosage des acides biliaires.

Dans notre étude, seulement 6% des médecins qui suspectent une cholestase gravidique prescrivent une cholalémie. Cette absence de dosage peut être expliquée par la non réalisation de cet examen dans la majorité des laboratoires extra hospitaliers. De plus, les sels biliaires ne sont pas inscrits à la nomenclature en France et restent donc à la charge des patientes en dehors de l'éventualité d'une hospitalisation (7).

Ainsi, si les médecins généralistes suspectent une CIHG, c'est le dosage des acides biliaires qui permettra de confirmer le diagnostic. Si la cholalémie peut être réalisée en laboratoire extra hospitalier, la cholestase sera confirmée au cabinet. Si elle ne l'est pas, la patiente devra être adressée aux urgences gynécologiques afin de confirmer le diagnostic. Le bilan étiologique comportant la recherche d'une prise de médicaments hépatotoxiques, d'un BHC avec TP et FV, de sérologies hépatites A,B,C,E, CMV, HSV, EBV, VIH, d'une échographie

hépatique et des voies biliaires et la recherche de signes de gravité (diminution des mouvements actifs fœtaux, Score de Manning, Taux des acides biliaires > 40 micromoles par litre, restriction de la croissance, anomalie du rythme cardiaque fœtal) sera ensuite réalisé en milieu hospitalier (5).

Le traitement par acide urso-désoxycholique est institué dès que le diagnostic de cholestase est confirmé et après avoir éliminé les autres causes de cholestase. Le traitement est efficace rapidement avec une amélioration des tests hépatiques en 7 à 15 jours. La posologie est de 1 g par jour en deux prises de 500 mg. La surveillance du traitement se fait en hospitalisation à partir de 36 SA en raison du risque fœtal (8).

4. La contraception en post-partum

Notre étude montre qu'elle est bien connue des médecins généralistes.

64,7% prescrivent un bilan hépatique de contrôle 2 mois après la prise d'une contraception par œstroprogestatifs. Et 92,9% des médecins prescrivent un bilan hépatique de contrôle en cas de récurrence des symptômes de prurit sous pilule.

Une contraception progestative ou non hormonale peut être initiée après cet antécédent (9).

Il est recommandé d'adresser la patiente à un médecin gastro-entérologue en cas de formes sévères, familiales, récidivantes, avec gamma-GT élevées ou en l'absence de normalisation du bilan hépatique de contrôle réalisé 8 semaines après l'accouchement (10).

L'hépatopathie gravidique contre-indique l'usage des œstroprogestatifs jusqu'à la normalisation complète du bilan hépatique (11)

Par ailleurs, un bilan hépatique de contrôle est à prévoir 2 mois après la prise d'une contraception par œstroprogestatifs et en cas de récurrence des symptômes sous pilule. S'il y avait une récurrence de la cholestase, cette contraception serait alors contre indiquée à vie (9).

Rapport gratuit.com
LE NUMERO 1 MONDIAL DU MÉMOIRES 

5. Conclusion

Notre travail montre un sous-dépistage de la CIHG par les médecins généralistes, qui reste le premier recours en cas d'urgence ou de pathologie intercurrente de la grossesse. Ceux-ci sont peu formés par la problématique et sa prise en charge et sont pour la plupart en demande d'information.

Il apparaît nécessaire, d'améliorer la formation des médecins généralistes pour une meilleure prise en charge de ces patientes. En effet, cette pathologie peut conduire à une mort fœtale in utero.

Cela pourrait se faire dès l'internat, en augmentant le nombre de postes en gynécologie. Pour les médecins installés, en augmentant le nombre de formations sur la GO et via des lettres d'informations comme celle que nous avons réalisé.

Enfin, il serait intéressant pour des travaux ultérieurs de rechercher l'intérêt d'une telle lettre auprès des médecins généralistes sur le dépistage et la prise en charge de cette pathologie.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 Editorial. Le patient et son généraliste « médecin traitant ». Société française de médecine générale[Internet]septembre2010.
http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/609/fichier_lepatient_medtrait_vf0af76.pdf
- 2 Sentilhes L, Bacq Y. La cholestase intra-hépatique gravidique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. Avril 2008;37(2):118-26
<http://www.em-consulte.com/en/article/150726>
- 3 Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France. 2017.[Internet].
https://www.conseilnational.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017.pdf
- 4 Buyck J, Lelièvre F, Tuffreau F, Hérault T, Barlet M, Chaput H, et al. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de grossesse. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. [Internet] octobre 2016(977).
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er977.pdf>
- 5 Corpechot C. Cholestase gravidique [Internet]. Formation médicale continue Hépato-gastro-entérologie.[Internet] 2017.
<http://www.fmcgastro.org/textes-postus/postu-2017/cholestase-gravidique/>
- 6 Esteve E. Conduite à tenir devant un prurit de la femme enceinte. Annales de dermatologie et de vénéréologie. 1999;126(8-9):634-8.
- 7 Arlicot C, Louarn AL, Bacq Y, Potin J, Denis C, Perrotin F. Prise en charge de la cholestase intra-hépatique gravidique en France : enquête nationale des pratiques auprès des gynécologues-obstétriciens. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. avril 2012;44:182-93.
<http://www.em-consulte.com/en/article/703523>
- 8 Faidherbe J. Cholestase gravidique. Revue Syndicat national des gynécologues et obstétriciens de France [Internet]. décembre 2012;(91).
<http://syngof.fr/dossiers/cholestase-gravidique/>
- 9 Raccach-Tebeka B, Plu-Bureau G. Contraception du post-partum : recommandations pour la pratique clinique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.novembre 2015;
<http://www.em-premium.com.buadistant.uniangers.fr/article/1015629/resultatrecherche/4>
- 10 Doret M. Modalités de la consultation postnatale et spécificités en cas de pathologie de la grossesse :recommandations pour la pratique clinique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.décembre2015;44(10):1118-26
<http://www.em-premium.com.buadistant.univ-angers.fr/article/1012466/resultatrecherche/16>
- 11 Descamps P, Mulet F. Contraception du post partum. Collège national des gynécologues et obstétriciensfrançais[Internet]novembre2006;34(5):513.
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0368231505828674>

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique I : Les critères diagnostics	7
Graphique II : Les difficultés rencontrées	7
Graphique III : Le nombre de médecins recherchant systématiquement un prurit.....	8
Graphique IV : Attitude des médecins s'ils suspectent une CIHG	8
Graphique V : Biologies réalisées par les médecins	9
Graphique VI : Les traitements prescrits	9
Graphique VII : Informations données aux patientes	10
Graphique VIII : Mode de formation choisi par les médecins.....	11

LISTE DES TABLEAUX

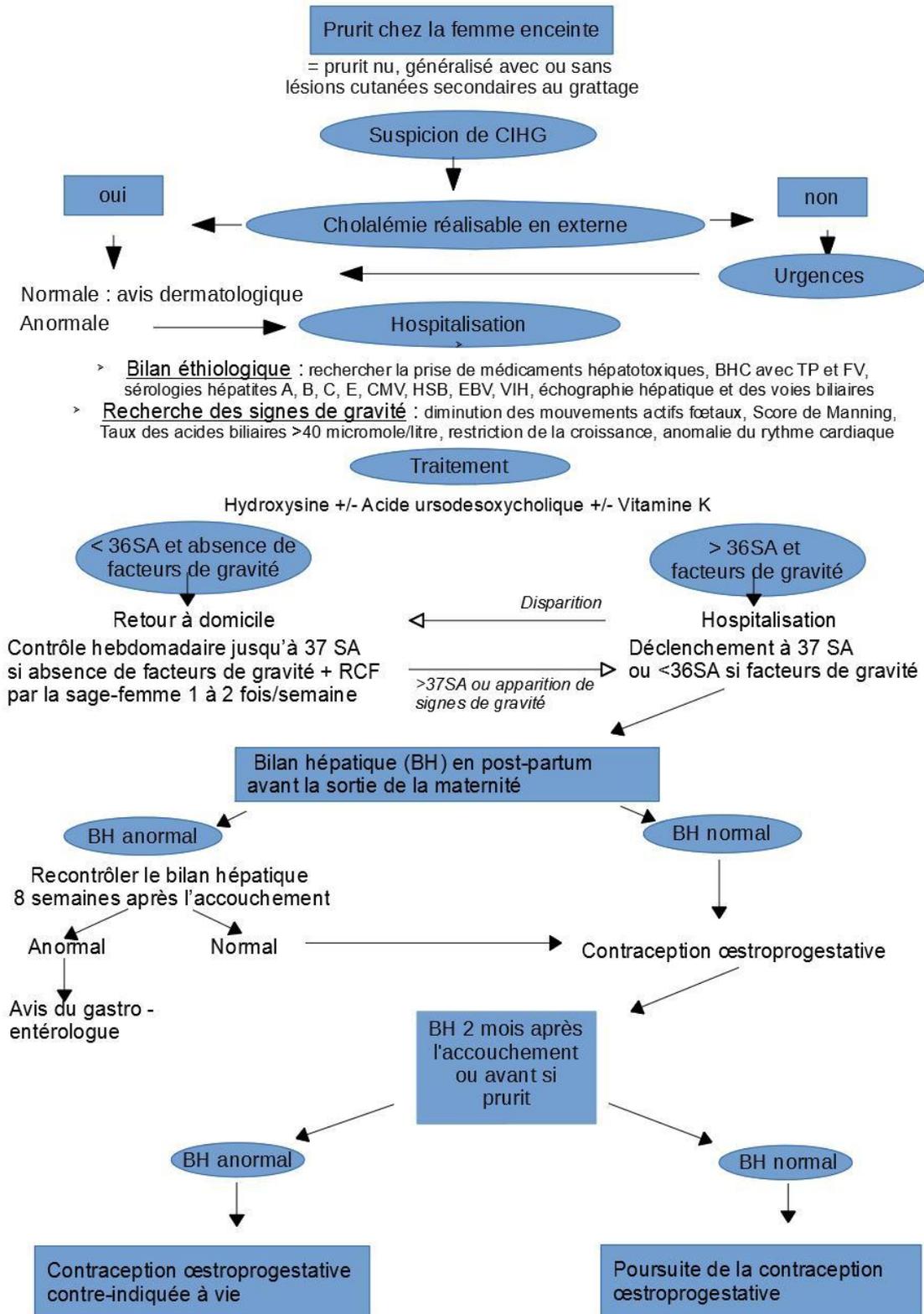
Tableau I : Répartition des médecins par département, sexe, âge et lieu d'exercice.....	5
Tableau II : Nombre de suivi de grossesses selon l'âge et le sexe	5
Tableau III : Nombre d'acte de Gynéco-obstétrique et nombre de suivi de grossesses par an dans l'activité globale des médecins.....	6
Tableau IV : Sensibilisation des médecins à la cholestase intra-hépatique gravidique.....	6
Tableau V : Auto-évaluation de leurs connaissances	6
Tableau VI : Contraception en post-partum	10

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	1
MÉTHODES	3
RÉSULTATS	5
1. Caractéristiques des médecins généralistes	5
1.1. Répartition des médecins par département, sexe, âge et lieu d'exercice	5
1.2. Nombre de suivi de grossesses selon l'âge et le sexe	5
1.3. Acte de gynéco-obstétrique	6
2. Evaluation globale de la connaissance des médecins sur la pathologie	6
2.1. Sensibilisation des médecins à la cholestase intra hépatique gravidique	6
2.2. Autoévaluation de leurs connaissances	6
3. Dépistage et prévention de la cholestase intra hépatique gravidique en médecine générale	7
3.1. Les critères diagnostics évoquant une CIHG	7
3.2. Les difficultés rencontrées par les médecins pour le dépistage de la CIHG	7
3.3. Le nombre de médecins recherchant systématiquement un prurit	8
3.4. Attitude des médecins généralistes s'ils suspectent une CIHG	8
3.5. Biologies réalisées par les médecins qui suspectent une CIHG	9
3.6. Traitements prescrits a ces patientes	9
3.7. Informations données aux patientes sur les risques de cette pathologie	10
4. Le post-partum	10
4.1. Attitude des médecins généralistes sur la contraception	10
5. Information des médecins	11
5.1. Mode de formation choisi par les médecins	11
DISCUSSION ET CONCLUSION	12
1. Les connaissances des médecins généralistes sur la CIHG	14
2. Les signes d'appels de la CIHG	15
3. Attitude des médecins généralistes lorsqu'ils suspectent une CIHG	16
4. La contraception en post-partum	17
5. Conclusion	18
BIBLIOGRAPHIE	19
LISTE DES GRAPHIQUES	20
LISTE DES TABLEAUX	21
TABLE DES MATIERES	22
ANNEXES	I

ANNEXES

Annexe 1 : lettre d'information



Annexe 2 : Questionnaire

1) Vous êtes ?

- une femme
- un homme

2) Vous avez ?

- entre 25 et 34 ans
- entre 35 et 44 ans
- entre 45 et 54
- plus de 55 ans

3) Vous exercez :

- seul
- en cabinet de groupe
- en maison de santé pluridisciplinaire

4) Quel est le code postal de la ville où vous exercez principalement ?

5) Combien de suivi de grossesse faites vous en moyenne par an ?

- moins de 5
- entre 5 et 15
- plus de 15

6) Qu'elle part de votre activité la gynéco-obstétrique représente telle ?

- moins de 10%
- entre 10 et 15%
- entre 15 et 25%
- plus de 25%

7) Comment avez vous été sensibilisé à cette pathologie ?

- Dans votre pratique professionnelle
- Dans votre cursus universitaire (externat/internat)
- FMC
- Presse médicale
- Recherche internet
- Autre

8) Pensez-vous être suffisamment informé sur le dépistage et la prise en charge de cette pathologie ?

- oui
- non

9) Avez-vous essayé d'élargir vos connaissances sur le sujet ?

- oui
- non

- 10) Quand allez vous évoquer le diagnostic ?
- Prurit palmo-plantaire
 - Prurit non systématisé
 - Prurit diurne
 - Prurit nocturne
 - Prurit permanent
 - Prurit avec lésions élémentaires
 - Prurit sans lésions élémentaires
 - Lésions cutanée « de grattage »
 - Insomnies
 - Bilan hépatique perturbé
 - Retard de croissance intra utérin
 - HTA
 - Autre
- 11) Quelles difficultés rencontrez-vous pour le dépistage de cette pathologie ?
- Manque de connaissance
 - Nombreux diagnostics différentiels
 - Réalisation d'examens complémentaires en excès
 - Autre
- 12) Recherchez vous systématiquement un prurit chez la femme enceinte ?
- oui
 - non
- 13) Si vous suspectez une cholestase-gravidique chez une patiente que faites vous ?
- Je prends moi même en charge la patiente
 - J'adresse en priorité la patiente à un gynéco-obstétricien
 - J'adresse en priorité la patiente à un dermatologue
 - J'adresse la patiente directement aux urgences
 - Autre
- 14) Quels examens complémentaires faites-vous ?
- NFS
 - Plaquette
 - ASAT
 - ALAT
 - GGT
 - PAL
 - ionogramme sanguin
 - Billirubine
 - Cholalémie(dosage des acides billiaires)
 - Sérologie hépatite A
 - Sérologie hépatite B
 - Sérologie hépatite C
 - Sérologie hépatite E
 - Sérologie CMV
 - Sérologie EBV
 - Je ne prescris pas d'examens complémentaires

- Autre

15) Quel traitement prescrivez-vous à la patiente ?

- Aucun
- Anti H1
- Anti H2
- Chélateurs des acides billiaires
- Dermocorticoïdes
- Autre

16) Quelles informations donnez-vous aux patientes sur les risques de cette pathologie ?

- Aucune
- Prématurité
- Mort foetale in utéro
- Pathologie hépatique chez la maman
- Risque de récurrence en post-partum si prise d'une contraception œstroprogestative
- Autre

17) La cholestase gravidique modifie t'elle votre pratique clinique concernant la contraception ultérieure ?

- oui
- non

18) Suite à une cholestase gravidique, prescrivez-vous systématiquement, dans la période du post-partum, un bilan hépatique 2 mois après le début de la prise d'une contraception par œstroprogestatif ?

- oui
- non

19) Dans la période du post-partum, réalisez-vous un bilan hépatique en cas de récurrence des symptômes chez une patiente sous œstroprogestatif ?

- oui
- non

20) Par quel moyen souhaiteriez-vous obtenir des informations sur cette pathologie ?

- FMC
- Lettre d'information par voie postale ou internet
- Forum question/réponse avec un spécialiste
- Autre

REVOLLON Betty

RÉSUMÉ

Introduction

La cholestase gravidique peut être diagnostiquée par les médecins généralistes qui se situent à l'entrée du parcours de soin. De plus, elle peut aboutir à modifier la contraception en post-partum souvent prescrite par ces derniers. Ainsi, l'objectif de notre étude est d'établir un état des lieux des pratiques de dépistage et de prise en charge de la CIHG avant et après l'accouchement, des médecins généralistes du Maine et Loire, de la Sarthe et de la Mayenne. L'objectif secondaire est d'évaluer les difficultés rencontrées par les médecins généralistes afin de trouver des pistes d'amélioration.

Matériel et Méthode

C'est une étude quantitative, descriptive, déclarative, transversale par questionnaires envoyés à des Médecins généralistes du Maine-et-Loire, de la Mayenne et de la Sarthe ayant un courriel recensé à la faculté de médecine d'Angers, du 20 janvier au 20 mars 2017.

Résultats

Nous avons obtenu un taux de réponse de 22,4%. 77,4% des médecins pensent ne pas être suffisamment informés sur le dépistage et la prise en charge de cette pathologie. Parmi ces médecins, ils ne sont que 32,4% à avoir essayé d'élargir leurs connaissances. Selon notre étude, le bilan hépatique perturbé est le principal critère faisant évoquer cette pathologie et non pas le prurit. 72% des médecins adressent en priorité la patiente à un gynéco-obstétricien s'ils suspectent une CIHG. 17% d'entre eux réalisent d'abord un bilan biologique avec un bilan hépatique qui fait partie du bilan de gravité. Seulement 6% des médecins prescrivent une cholalémie qui est l'examen de référence pour confirmer cette pathologie. Notre étude montre que la contraception en post partum est bien connue des médecins généralistes. 64,7% d'entre eux prescrivent un bilan hépatique 2 mois après la prise d'une contraception par œstroprogestatifs. Et 92,9% des médecins prescrivent un bilan hépatique en cas de récurrence des du prurit sous pilule.

Conclusion

Notre étude montre que la cholestase gravidique est peu dépistée par les médecins généralistes car ils ne sont pas suffisamment formés à cette problématique. Il apparaît donc nécessaire d'informer les médecins sur cette pathologie pour améliorer la prise en charge de ces patientes.

Mots-clés : Médecine générale, gynécologie-obstétrique, dépistage, cholestase intra-hépatique gravidique, contraception, post-partum, étude descriptive.



Introduction:

Gestational cholestasis can be diagnosed by general practitioners at the entrance to the treatment course. In addition, it can lead to change postpartum contraception often prescribed by them. Thus, the objective of our study is to establish an inventory of practices of screening and management of the CIHG before and after delivery, GPs Maine and Loire, Sarthe and Mayenne . The secondary objective is to evaluate the difficulties encountered by general practitioners in order to find ways to improve.

Material and method :

It is a quantitative, descriptive, declarative, cross-sectional study sent to General Practitioners in Maine-et-Loire, Mayenne and Sarthe with an e-mail registered at the Faculty of Medicine of Angers, from 20 January to 20 March 2017.

Results:

We got a response rate of 22.4%. 77.4% of doctors think they are not sufficiently informed about the screening and management of this pathology. Of these physicians, only 32.4% have tried to expand their knowledge. According to our study, disturbed liver assessment is the main criteria evoking this pathology and not pruritus. 72% of physicians give priority to a gynecologist / obstetrician if they suspect an ICGH. 17% of them first perform a biological checkup with a liver test that is part of the balance of gravity. Only 6% of doctors prescribe a choleraemia which is the reference examination to confirm this pathology. Our study shows that postpartum contraception is well known to general practitioners. 64.7% of them prescribe a liver function test 2 months after taking estrogen-progestin contraception. And 92.9% of the doctors prescribe a hepatic assessment in case of recurrence of the prurit under pill.

Conclusion:

Our study shows that the cholestasis gravidic is little tracked by the general practitioners because they are not sufficiently trained to this problematic. It therefore seems necessary to inform the doctors about this pathology to improve the management of these patients.

Keywords : General medicine, gynecology-obstetrics, screening, intrahepatic cholestasis, contraception, postpartum, descriptive study.