prédictive négative de 98%. La biopsie cervicale a conduit à un carcinome in situ dans deux cas et à un carcinome épidermoïde micro-invasif dans un cas. Les traitements réalisés étaient essentiellement une électrocoagulation du col chez 8 patientes, une conisation chez 7 patientes et une hystérectomie post conisation chez 2 patientes.

Conclusion : La coloscopie est un examen anodin et fiable pour orienter la biopsie cervicale. Le frottis dépiste, la coloscopie oriente et la biopsie confirme.

TRAITEMENT COELIOSCOPIQUE DES TUMEURS OVARIENNES : A PROPOS DE 100 CAS.

Slimani O, Mathlouni N, Benani S, Tili N, Makhoul T, Ben Temim R, Attia L.

Objectif : Définir les limites et les risques du traitement coelioscopique des tumeurs ovariennes.

Méthode : série rétrospective de tumeurs annexielles prises en charge initialement par coelioscopie de janvier 2005 à décembre 2013.

Résultats : Cent masses annexielles étaient opérées par coelioscopie première : 12 tumeurs borderline et 88 lésions bénignes. Nous avons traité 9 kystes fonctionnels, 16 cystadénomes séreux, 25 kystes dermoïdes, 20 cystadénomes mucineux, 2 fibrothécomes, 15 kystes paratubaires, 1 grossesse ovarienne. Il existe une grande diversité d'aspects échographiques possibles pour un même type histologique, notamment pour les kystes fonctionnels et les borderline. L'exploration coelioscopique a méconnu deux cancers et 10 tumeurs borderline et considéré à tort comme suspects 19 lésions bénignes. 714 interventions ont été menées à terme par voie coelioscopique, 89 ont été terminées par laparotomie dont 26 pour suspicion de malignité et 50 pour des échecs de dissection. 27 complications post-opératoires ont été recensées dont 2 greffes pariétales après extraction non protégée d'un kyste dermoïde et d'une tumeur borderline.

Conclusion : L'exploration coelioscopique minutieuse des tumeurs ovariennes peut méconnaître des lésions malignes débutantes et plus encore des tumeurs borderline. Si la découverte d'une tumeur maligne au cours ou au décours d'une coelioscopie impose le recours à la laparotomie, certaines tumeurs borderline peuvent être prises en charge par voie coelioscopique exclusive. Les techniques intrapéritonéales et transpariétales ont une morbidité minime et permettent une faisabilité de plus de 90 %. La prise en charge des tumeurs ovariennes post-ménopausiques ne diffère que par le recours à l'ovariectomie systématique en cas d'intervention.

IMPACT D'UNE SÉANCE DE FORMATION CIBLÉE EN ÉCHOGRAPHIE DU PREMIER TRIMESTRE SUR LA QUALITÉ DES ÉCHOGRAPHIES RÉALISÉES PAR UN ÉCHANTILLON DE RÉSIDENTS EN GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE.

Halouani A, Dimassi K, Chelli D, Triki A, Channoufi MB, Gara MF.

Objectifs : Evaluer l'impact d'une séance de formation ciblée en échographie du premier trimestre sur la qualité des échographies réalisées par un échantillon de résidents en gynécologie-obstétrique.

Méthodes : 30 résidents ont eu à réaliser deux séries de 10 échographies du premier trimestre consécutives (un cliché de clarté nucale et un cliché de longueur craniocaudale) à un intervalle moyen de 3 mois. Deux échographistes universitaires avaient procédé à la correction anonyme des clichés sans qu'il y ait de double correction, en se basant sur le score Herman et sur le calcul des médianes des mesures de CN exprimées en MoM selon Nikolaidis et al. Avant leur deuxième évaluation, tous les participants avaient suivi une séance de formation ciblée au cours de laquelle ils ont eu chacun un rapport détaillé et personnalisé de l'évaluation de leur première série d'images.

Résultats : Le contrôle qualité de la première série de clichés a mis en évidence : un score de Herman moyen de 4,1 [0-8]. La médiane des mesures de CN exprimées en MoM était de 0,70 [0,27- 2,11]. Après la séance de formation nous avons mis en évidence une amélioration significative sur le plan qualitatif : Le score de Herman est passé à 5,4 ($P < 0,0001$). Le taux d'obtention d'un score de Herman acceptable est passé de 57% à 75%. La maîtrise du plan sagittal stricte s'est améliorée en passant de 2,9 à 6,6% ainsi que la maîtrise de la mise en place des calipers qui est passé de 21 à 57%. Par ailleurs, nous n'avons pas mis en évidence de modification significative lors de l'évaluation quantitative (la médiane des mesures de CN est passée à 0,69 MoM avec $p = 0,07$).

Conclusion : Il existe un impact positif d'une séance de formation ciblée en échographie du premier trimestre pour les résidents de spécialité. Cependant une séance unique s'avère insuffisante pour la maîtrise de cet examen de dépistage. Il faudrait discuter l'intégration de l'apprentissage des mesures de nuques dans le cursus de l'internat.