

Mère, enfant, placenta: un espace trin

ENTRE MYTHES ET RÉALITÉS,

UNE PERSPECTIVE PSYCHANALYTIQUE EST-ELLE POSSIBLE ? 2^e PARTIE

PAR MICHÈLE GERSANT*, SAGE-FEMME

SUITE DU N° 496 DE NOVEMBRE 2019.

PRÉAMBULE

Le mystère de la vie, de la naissance, des origines a de tout temps fasciné les hommes et suscité questionnements, curiosité et fantasmes. La figure de la sage-femme auprès des femmes en couches est attestée depuis l'Antiquité. Pour qui s'intéresse à la naissance d'un point de vue historique ou anthropologique, il est admis que la sage-femme est le support de représentations puissantes et paradoxales. Tout se passe comme si celles que l'on se fait de la sage-femme correspondaient à la superposition de deux images. D'une part celle de la sage-femme est en effet celle qui transmet son savoir à la femme qui accouche. La seconde représentation est celle de la femme qui est ignorante, la matrone, ou celle qui met son savoir au service de l'avortement et de l'infanticide, figurant ainsi la mauvaise mère ou la sorcière. Les travaux de Monique Bydlowsky ont pu témoigner de cette bipolarité. en grec « maïa » signifie tout à la fois sage-femme et grand-mère, et des retentissements qu'ils opèrent dans la relation très particulière qu'entretiennent parturientes et sages-femmes que mon expérience dans le champ de la périnatalité a pris forme et nourri ma clinique. Les travaux récents d'Albert CICCONE mettent en évidence l'importance de ce champ clinique dans la pensée psychanalytique.

3.4. PRATIQUES ET COUTUMES

À propos du lien mère-enfant et de la rupture symbolique du cordon

« Ils n'ont pas encore coupé le cordon, il faudrait songer à couper le cordon »... Dans l'imagerie populaire, le complexe d'Œdipe se règle en coupant le cordon entre la mère et l'enfant. Hors quand on (le père) coupe le cordon, on sépare l'enfant non de sa mère mais du placenta. Pour Hélène Deutsch « les mères qui coupent le cordon avec leurs dents dévorent leur nouveau-né ». De même, on peut interpréter la réticence des jeunes accouchées à prodiguer des soins au cordon, quasiment toujours accompagnée de la crainte de faire mal au bébé, de l'arracher sans le faire exprès comme une projection possible de leur désir de mort de l'enfant.

Cette représentation de couper le cordon entre deux individus sans évocation du placenta occulte le sexuel. En effet, quand dans le réel on coupe le cordon, l'une des deux extrémités se trouve in utero et transitera nécessairement par le vagin.

Du placenta dans les processus de maternalité et paternalité

À propos du terme « délivre », le *Petit Larousse* le signale comme un nom masculin. De même, « arrière-faix » et « placenta » sont des termes masculins désignant le même objet. Cependant « délivre » est employé par les femmes au féminin et au masculin par les hommes.

Le matériel clinique nous montre que les femmes n'évoquent presque jamais le placenta sauf pour ce qui concerne sa localisation, quand elles ont été informées de la nécessité « qu'il remonte ».

Face aux phénomènes d'ambivalence psychique qui accompagnent le remaniement induit par la grossesse et face à une certaine forme d'hostilité que les femmes peuvent diriger contre le fœtus, les sentiments de culpabilité sont souvent masqués par une angoisse profonde que quelque chose, en elles, puisse venir tuer le fœtus et notamment l'angoisse qu'elles éprouvent de perdre l'enfant. C'est-à-dire que tout à la fois elles s'inquiètent de perdre l'enfant en même temps qu'elles redoutent que cette angoisse produise des effets délétères sur le fœtus... Il s'agit de phénomènes extrêmement courants. De même les femmes enceintes craignent fréquemment l'effet négatif de leurs émotions sur le bien-être du fœtus, toujours sur le mode de la culpabilité, notamment quand elles sont confrontées à des angoisses de mort ou de perte. Et en effet, qu'en est-il des fausses couches ou des grossesses plus tardives interrompues après un stress maternel ? On peut penser que le placenta, un peu la mère mais pas tout à fait la mère, puisse être pour une part responsable de ces arrêts d'évolution.

Du point de vue de la paternalité, on assiste cliniquement aux mêmes attitudes vis-à-vis du placenta que vis-à-vis de la naissance elle-même. Le refoulement toujours à l'œuvre est transformé et la résistance des pères s'exprime d'une manière nouvelle : c'est-à-dire des attitudes généralement connotées de traits pervers (attirance excessive, prise de photographies) ou de traits hystériques (lipothymies, malaise annoncé).

4. POUVOIR PENSER PSYCHANALYTIQUEMENT LE PLACENTA

Les représentations de la naissance offrent un panorama d'une grande diversité. Centrer ainsi un intérêt particulier sur

* E-mail : gersantmichele@gmail.com

le placenta peut-il s'accompagner d'un réel travail de pensée psychanalytique ? Ou l'intégration même de ces données qui viennent questionner les limites et qui proviennent d'un autre champ menace-t-elle la discipline psychanalytique ou ce qui la fonde, à savoir la reconnaissance du rôle spécifique de l'inconscient, de la pulsion, de la sexualité infantile ?

Pour l'exposé qui va suivre, nous n'éviterons pas de forcer le trait et d'établir des analogies entre ce que le placenta nous évoque, en termes de représentations, dans les deux champs qui nous intéressent, celui de la biologie et celui de la psychanalyse. Nous avons conscience que nous n'échappons pas à la puissante fantasmatisation qui est à l'œuvre chez chaque sujet quand il se confronte au mystère de ses origines et des liens entre psyché et soma.

4.1. RAPPEL SUR LA PENSÉE FREUDIENNE

Intérêt à considérer l'animalité

Si l'on se réfère à la pensée freudienne, il est possible d'établir une certaine validité à notre démarche.

« *L'inconscient est certainement le véritable intermédiaire entre le somatique et le psychique ; peut-être le missing link tant cherché* ». Ce qui retient, avec Paul-Laurent Assoun, l'attention est ici l'allusion de Freud à un certain chaînon manquant, en anglais dans le texte, qui renvoie aux interrogations darwiniennes, chaînon supposé manquant dans la chaîne des êtres vivants. C'est-à-dire, pour le dire sommairement, le point de passage entre l'homme et l'animal. Freud, le 5 juin 1917, corrèle donc la question du lien entre inconscient et corps à celle du rapport entre animalité et humanité. Ce qui, nous semble-t-il, apporte une certaine pertinence à la réflexion autour du placenta et d'une certaine manière du manque de représentations qui l'accompagne. Le fait que nous ne mangeons pas notre placenta distingue notre espèce des autres mammifères, exception faite semble-t-il des cétacés.

Par ailleurs, on retrouve dans l'œuvre freudienne des affirmations réitérées sur l'animalité de l'homme. On doit bien entendu les comprendre du point de vue de leur contexte historique. Il est notable de voir combien ces positions sont passées à l'arrière-plan aujourd'hui alors qu'elles étaient fondatrices pour Freud.

4.2. LA PENSÉE LACANIENNE

Le placenta comme prototype de l'objet « a »

C'est dans le séminaire X que Lacan énonce clairement des désaccords entre sa pensée et la doctrine freudienne. Les divergences portent d'abord sur la théorie de l'angoisse telle qu'elle est développée dans « *Inhibition, symptôme, angoisse* ». Il considère que l'angoisse de la naissance n'est pas de nature phylogénétique, et l'idée de peur ancestrale lui paraît absurde. Il stipule que l'angoisse de séparation de l'enfant ne porte pas sur la mère mais précisément sur les enveloppes placentaires. C'est cette angoisse d'être séparé du placenta qui explique pour Lacan l'angoisse de la naissance et non, comme le croit Freud, une quelconque reproduction phylogénétique. Le schéma anatomique des rapports du placenta et du fœtus s'approche de la figuration géométrique qui représente pour lui la nouvelle topologie de l'espace psychique, le *cross-cap*, d'où l'intérêt soutenu qu'il leur porte.

Lacan récuse la catégorie d'objets partiels (sein, phallus et enfant) car Freud en fait des objets dont on peut être

« L'inconscient est certainement le véritable intermédiaire entre le somatique et le psychique ; peut-être le missing link tant cherché ».

séparé. Il les nomme « objet petit a » et stipule qu'ils sont angoissants non parce qu'on pourrait les perdre mais parce qu'on pourrait avoir à les partager.

Pour Lacan c'est le « a » qui permet la coupure entre intérieur et extérieur. Le premier objet c'est le placenta.

4.3. LE PLACENTA À L'ÉPREUVE DE LA MÉTAPHORISATION

Par le sac ovulaire qui le constitue, délimitant un espace clos, protégeant le fœtus mais permettant des échanges avec le milieu extérieur, le placenta et ses enveloppes nous évoquent la notion d'enveloppe telle qu'elle a pu être définie par Winnicott. En ce qu'il est le lieu d'expériences corporelles précoces, d'échanges intimes et de rencontres avec la mère, et des impacts qui sont susceptibles de s'ensuivre en termes de sensorialité et d'émotionnalité, socle de la pensée à venir, la notion d'enveloppe psychique contenante semble pertinente à évoquer.

Par sa fonction de filtre détoxifiant certains éléments, le placenta nous évoque la fonction alpha, le rôle de pare-excitation de la mère tels qu'ils ont été définis par Bion ; la mère prêtant son appareil à penser pour transformer des éléments bruts en éléments assimilables par le nouveau-né.

Par sa réalité d'organe se situant anatomiquement entre la mère et son enfant, mais dans une proximité très étroite, mystérieusement relié, le placenta évoque un équivalent si ce n'est d'objet mais d'espace transitionnel, ou d'aire intermédiaire tels que Winnicott les a définis. L'espace transitionnel est décrit comme un espace paradoxal, ni dedans ni dehors, qui va jouer un rôle essentiel dans les processus de représentations et de symbolisation et qui va permettre un premier décollement d'avec l'objet maternel.

Enfin, par l'espace trin que constituent mère, bébé et placenta, et de par sa constitution en termes de matériel génétique, celui-ci nous évoque la figure du tiers, tiers séparateur, élément constitutif de ce que sera la triade père, mère et bébé.

Par-delà ces brèves évocations et cette métaphorisation, nous tenterons à présent de penser le placenta au travers de concepts directement issus du champ de la psychanalyse.

4.4. LE PLACENTA AU RISQUE DES CONCEPTS PSYCHANALYTIQUES

■ LE PULSIONNEL

Les pulsions de vie et les pulsions de mort sont à l'œuvre de manière évidente au moment de la naissance, à de nombreux niveaux (chez la mère, chez le père, chez le soignant). Elles se déploient en revêtant différentes manifestations, des plus bruyantes au plus complexes. Le conflit Eros/Thanatos se manifeste de multiples façons, traduisant les mécanismes d'ambivalence qui accompagnent toute grossesse, du désir d'enfant jusqu'à l'accouchement avec tous les aléas et les vicissitudes qui ont été largement décrits.

Pour ce qui concerne plus spécifiquement le placenta, on peut dire que ces pulsions de vie et de mort sont inévitablement présentes. Pulsions de vie, du côté du bébé, pulsions de mort, réelle du côté du placenta et du fœtus. En effet, on l'a vu, c'est bien au prix de la disparition de l'enfant en qualité de fœtus que le bébé attendu va naître. Et ce qui signe ce moment, c'est le symbolique clampage du cordon ombilical qui va déterminer les mécanismes aboutissant à l'expulsion du placenta. Le matériel met très clairement en évidence la différence d'attitude maternelle vis-à-vis des efforts qui sont sollicités pour la naissance de l'enfant et pour l'expulsion subséquente du placenta quelques instants plus tard. On en comprend bien évidemment les raisons, en termes d'investissement narcissique. À un autre niveau, moins conscient, les intenses sensations périnéales éprouvées par la femme au moment de la dernière phase d'expulsion, instant où les fibres périnéales sont très étirées, réactivent la figure de la mère interdictrice et de ses injonctions lors de l'apprentissage de la propreté. Cette évocation de sa mère à cette phase ultime de l'accouchement peut être responsable chez la parturiente d'attitude de frein des efforts expulsifs.

■ SEXUALITÉ INFANTILE

Lorsqu'on évoque comme nous venons de le faire les étapes dans les processus de construction de l'identité, la question de la sexualité infantile nous amène naturellement à nous questionner sur la notion de sexualité fœtale... Cette réflexion se heurte à de nombreuses résistances. En tout état de cause, nous pouvons postuler que le sac ovulaire est bien l'espace où cette sexualité, si sexualité il y a, s'établit.

Les nouvelles techniques d'imagerie aiguisent cette pulsion de voir et nombreuses sont les situations où, en cet espace clos et habituellement protégé du regard, cette scène primitive d'un deuxième type est observée. L'échographie comme interruption volontaire de fantasme dont parlait Michel Soulé ou au contraire nouvel espace de fantasmatisation voire d'hyper-fantasmatisation reste la source de nombreux questionnements. Mécanismes de succion du pousse, du cordon, d'une partie du corps sont fréquemment mis en évidence. Il semble que d'autres attitudes fœtales (auto-fellation dans le cas d'un fœtus masculin) soient plus ou moins observées selon la capacité de l'échographiste à pouvoir les penser.

Winnicott, dès 1951, dans son introduction de « *Objets transitionnels et phénomènes transitionnels* », évoque le fait qu'il est bien connu que « *les nouveau-nés sont enclins à utiliser dès leur naissance le poing, les doigts, les pouces, pour stimuler la zone orale érogène, pour satisfaire les pulsions orales.* ».

Rappelons à cet égard que le terme placenta signifie étymologiquement le gâteau et évoque directement cette dimension orale.

■ REFOULEMENT

Une réflexion portée sur les traditions concernant les lieux et le mobilier d'accouchement tend à montrer qu'il est inadéquat d'enfanter dans le lit et le lieu du rapport sexuel. Cette mise à distance déssexualise la naissance ou tout du moins en nie le caractère éminemment sexuel. À cet égard, on peut dire que la coutume se trouve au service du refoulement psychique, la clinique nous montrant combien

s'opère rapidement ce processus qui sera réactivé à l'occasion d'une naissance suivante. En effet, est rapidement refoulé dans le souvenir de l'accouchement le fait que l'enfant a traversé le sexe maternel.

De la même manière, la représentation de couper le cordon pour métaphoriser la séparation mère-enfant puis les séparations qui viendront – et tout particulièrement celle marquant la résolution du complexe d'Œdipe – sans passage par le sexuel participe du même mécanisme de refoulement.

Or c'est bien là que se répète, sur un plan symbolique, ce qui est d'une certaine manière à l'œuvre au moment de la naissance : l'occultation du placenta, et à travers lui, de cette entité énigmatique et mystérieuse, autre que la mère et l'enfant, espace trin pour ne pas dire tiers.

Au-delà du « *il n'y a pas de rapport sexuel* » lacanien, cette représentation où se manifestent en creux le mystère des origines et sa cohorte d'éléments associés tels le manque, l'absent ou l'objet perdu, cette représentation nous fait évoquer « *L'origine du monde* » de Gustave Courbet. On sait que l'émergence de la vie s'accompagne inévitablement de perte et de séparation.

■ PHÉNOMÈNES DE RÉSISTANCE

■ Le constat

Le placenta, comme il est attesté historiquement, est l'objet de rites qui traduisent la place importante qu'il occupe dans l'imaginaire. Depuis le XVIII^e siècle, époque moderne de médicalisation, on peut constater un changement de statut, un appauvrissement des représentations et des résistances à la fantasmatisation. Comment penser d'un point de vue psychanalytique cette évolution ?

■ Plusieurs hypothèses

D'une part, la contemporanéité de cet effacement placentaire avec la masculinisation de la naissance dont on imagine combien elle a modifié les pratiques. On connaît les différences de processus entre le devenir mère, qui satisfait d'une certaine manière les désirs œdipiens, et le devenir père qui, au contraire, réactive un certain renoncement. On pourrait dire en quelque sorte qu'il y a du père dans le placenta.

D'autre part, les mécanismes de répulsion, de dégoût proviendraient de ce qu'il est en fait, un peu à la manière d'un trauma, un deuxième contact avec la réalité placentaire, le tout premier renvoyant à nos toutes premières expériences liées à la proximité maternelle, symbiotique et, par là même, à une réactivation de la tentation incestueuse.

Réalité de l'objet placenta ?

■ La construction psychique, place de l'objet

La place de l'objet dans la construction psychique est posée par Freud dès 1895. Les processus de transformation des phénomènes corporels en phénomènes psychiques définissent le travail de psychisation du corps. Les psychosomaticiens, avec Marty puis, aujourd'hui Smajda, ont interrogé le fonctionnement psychique à travers les difficultés d'impression des traces mnésiques de l'objet. Le développement de la psychanalyse de l'enfant active sans cesse un travail de représentation, de métaphorisation de cette origine du fonctionnement psychique. L'accent est porté sur le rôle de l'objet primaire mais aussi sur le corps et la sensorialité.

« Objet non objet » « Moitié moi, moitié autre », intuitivement nous pensons que les difficultés à pouvoir penser le placenta se jouent chez l'adulte (comme parent, comme psychanalyste) à un niveau complexe, faute d'un espace qui serait une interface entre l'investissement narcissique (je suis enceinte) et l'investissement objectal (j'attends un enfant). Mais « je » n'attend pas un placenta. Cela oblige ou impose un certain désinvestissement narcissique pour se protéger des mécanismes de déprivation. De l'importance du lien psyché/soma, on peut en effet admettre l'intérêt à penser conjointement naissance, émergence de l'activité psychique et naissance physiologique, émergence du corps physique se déprenant du statut organique fœtal. Ces deux phénomènes peuvent être considérés comme des composantes de la fabrication du *Moi* ou du *Self*. En matière de savoir obstétrical, on considère que le placenta, dès le stade du trophoblaste, appartient au fœtus. Des conditions nécessaires à la subjectivation aux conditions indispensables à la symbolisation, comment penser le déficit de représentations attachées au placenta ? À ce stade de l'organisation psychique, le placenta peut-il être pensé comme un objet ? Et, le cas échéant, à qui appartiendrait cet objet ?

Deux concepts viennent nourrir cette réflexion et témoignent de la nécessité de penser de manière créative cette tension paradoxale qui frôle l'aporie.

• Winnicott et le non advenu de soi

Winnicott ouvre une perspective qu'il semble pertinent d'appliquer au placenta quand il évoque la question du « non advenu de soi ». Cet objet étrange, non advenu de soi, peut alors être pensé pour ce qu'il est ou a été, dans sa réalité sans avoir à être continûment évoqué à travers le prisme du deuil ou de la perte.

• Sylvain Missonier et la relation virtuelle à l'objet

Sylvain Missonier, s'inscrivant dans la pensée de Lebovici, plaide pour la reconnaissance d'une anthropologie du fœtus. Il s'attache à penser le processus de subjectivation en considérant la période anténatale comme une composante essentielle de l'histoire du sujet. Dans ce contexte, il pose l'hypothèse d'une relation virtuelle de l'objet parents/embryon qui participerait de processus communs entre le devenir parent et le naître humain ou le devenir humain, engagés dans une réciprocité. Cette hypothèse clinique admet de considérer le site utéro-placentaire comme une interface fœtus/environnement.

Outre que cette nouvelle modalité conceptuelle nous semble tout à fait pertinente pour ce qui concerne la construction psychique de l'un (le père en devenir), de l'une (la mère en devenir), de l'autre (le bébé en devenir), elle autorise un prolongement orienté vers le placenta. En effet, si on considère qu'il s'agit bien des deux versants d'un même processus, force est de constater qu'on ne peut traiter à l'identique le devenir de l'un, de l'une et de l'autre. L'un et l'une devenant parents restent en quelque sorte entiers, fondamentalement inchangés. L'autre (le fœtus) est double et devra, pour devenir nouveau-né, renoncer à une part de lui-même (le placenta) dont il gardera la trace sous la forme d'un stigmate corporel. Ce faisant, il nous fait plonger fantasmatiquement dans les abîmes de la perte et de

Le placenta, destiné à disparaître quand naît l'enfant du dedans, nous engage à une réflexion profonde incluant le passage de la relation d'objet partiel à la relation d'objet total, dont il préfigure la nécessité.

la séparation. Le placenta, destiné à disparaître quand naît l'enfant du dedans, nous engage à une réflexion profonde incluant le passage de la relation d'objet partiel à la relation d'objet total, dont il préfigure la nécessité.

CONCLUSION

Dans le registre de la subjectivation de l'être humain, le fœtus et l'embryon se heurtent à des positions défensives extrêmement variées, allant de l'évitement à la fascination.

Si le bébé en devenir mobilise ainsi de tels mouvements, on peut comprendre que le placenta qui lui est associé, sorte de double, suscite également de vives réactions. Élément constitutif dès son origine de l'unité fœto-placentaire, il obéit à un destin marqué par le sceau de la perte, réalisée à l'instant même de la naissance de l'enfant.

Or le placenta fait généralement l'objet, y compris dans le champ de la psychanalyse, d'un déficit de pensée, de représentations qu'il semble opportun d'aller étudier étroitement. Comme le nouveau-né lui-même, on comprend aisément qu'il puisse être la cible de sentiments ambivalents de la part de la mère qui peut éprouver des difficultés à penser dans le même temps son bébé, qu'elle s'apprête à mettre au monde et cet organe, qui peut susciter un sentiment d'inquiétante étrangeté. On peut penser qu'il puisse aider la mère à supporter le bébé réel, en projetant sur lui, plutôt que sur le nouveau-né, des réactions de recul, de réticence ou de franche hostilité.

Au-delà de la mère elle-même, tous les sujets présents à l'instant de la naissance ont été confrontés à la réalité placentaire pour ce qui concerne l'émergence de leur propre identité. Les phénomènes de résistance qui s'opèrent autour du placenta peuvent trouver leur origine autour de conflits générant de l'angoisse et qui pourraient se rejouer à l'occasion de l'accouchement. D'une part, il confronte le sujet à la question de sa propre animalité et de propre analité. La placentophagie étant la règle dans le monde animal, il est la source d'un interdit puissant qu'il réactive : l'interdit du cannibalisme qui nous fonde humainement.

Par ailleurs, la résistance des sujets à investir le placenta sur le mode de la pensée, de l'évocation ou du rituel accompagnant son arrivée peuvent se comprendre à travers le prisme d'un autre interdit fondamental : l'interdit de l'inceste. En effet, de manière plus ou moins consciente, par la capacité du sujet à penser sa propre naissance ou par les traces mnésiques, plus profondes, qu'ont pu laisser à l'intérieur de lui les premières expériences fœtales en lien étroit, symbiotique avec la mère, c'est à un mécanisme de défense qu'on assiste, pour lutter contre ces vestiges qui le renvoient au corps de la mère.

Le placenta est le premier élément dont tout individu naissant est amené à se séparer. À ce titre, il mérite de ne pas être négligé. •

Le pneumothorax cataménial

PAR ÈVE LEGOFF, MÉDECIN GÉNÉRALISTE

RÉSUMÉ

Les localisations extra-génitales de l'endométriose représentent 5 % des lésions. Le Pneumothorax Cataménial (CP) est souvent associé à l'endométriose thoracique. Il pourrait représenter 20 à 35 % des pneumothorax des femmes en période d'activité génitale. Il se définit par l'apparition d'un pneumothorax de 24 heures avant à 72 heures après l'apparition des règles. Il est également récidivant, avec une prédominance droite. Le traitement nécessite une approche pluridisciplinaire et associe un traitement chirurgical suivi d'un traitement médical.

INTRODUCTION

Le pneumothorax se définit comme un épanchement pleural gazeux lié à l'irruption d'air dans la cavité pleurale. Il entraîne un collapsus pulmonaire responsable des symptômes tels qu'une toux, une dyspnée et/ou une douleur thoracique. Le pneumothorax cataménial est une forme de pneumothorax secondaire à une lésion pulmonaire ⁽¹⁾.

L'endométriose est définie par la présence de glandes et/ou de stroma endométrial en dehors de l'utérus. Il existe des atteintes pelviennes et extra-pelviennes. Ces localisations extra-pelviennes représentent 5 % des lésions ⁽²⁾ et englobent les manifestations thoraciques, digestives, urinaires ⁽³⁾.

L'endométriose thoracique peut se manifester de quatre façons : le pneumothorax cataménial (CP) dans 72 % des cas ⁽²⁾, l'hémoptysie cataméniale, l'hémothorax cataménial et le nodule pulmonaire ⁽⁴⁾.

Le CP est une manifestation fréquente et grave de l'endométriose thoracique. Le diagnostic est difficile et implique des récurrences ⁽⁵⁾. Il pourrait représenter 20 à 35 % des pneumothorax des femmes en période d'activité génitale ⁽⁶⁾.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Une revue de littérature a été réalisée entre le 1^{er} février 2019 et le 1^{er} juillet 2019. Elle a été réalisée sur les bases de données de PubMed, Cochrane et Lissa. Les critères de recherches étaient :

- **Mot-clé :** pneumothorax cataménial.

Ce travail est issu de la réalisation d'un mémoire. Tous mes remerciements aux enseignants Nantais pour la qualité de leurs cours et au Docteur Denis Savary, PH gynécologie Arcachon, mon Directeur de mémoire.

Le CP se définit par un pneumothorax survenant entre les 24 heures précédant les règles et dans les 72 heures après leur apparition, en dehors de toute pathologie pulmonaire identifiée.

- Articles en *full text* parus entre le 1^{er} janvier 2014 et le 1^{er} juillet 2019, en français et en anglais.

Au total 35 articles ont été inclus dans l'analyse des résultats.

RÉSULTATS

■ DÉFINITION

Le CP se définit par un pneumothorax survenant entre les 24 heures précédant les règles et dans les 72 heures après leur apparition, en dehors de toute pathologie pulmonaire identifiée ⁽⁶⁾. Il faut au moins deux épisodes pour affirmer le caractère cataménial ⁽⁵⁾.

Il est décrit le *Thoracic Endometriosis Related Pneumothorax non cataménial* qui se définit par un pneumothorax survenant en dehors des règles mais secondaire à la présence d'endométriose thoracique ⁽⁶⁾.

■ DIFFÉRENTES THÉORIES DE DÉVELOPPEMENT DE L'ENDOMÉTRIOSE THORACIQUE

■ L'embolisation lymphovasculaire

Elle explique l'implantation de tissu endométrial au niveau thoracique par passage de cellules endométriales au sein du réseau vasculaire et lymphatique. Cette théorie expliquerait les CP gauches et bilatéraux.

■ La migration

Il est évoqué une migration rétrograde de cellules endométriales par les trompes de Fallope dans le pelvis et le péritoine pendant les règles. La présentation droite majoritaire du CP pourrait s'expliquer par la circulation du liquide péritonéal se faisant en direction du foie. Il s'agit de l'hypothèse la plus communément admise ⁽⁴⁾.

■ La théorie de la Métaplasie

Elle est basée sur le fait que le mésothélium péritonéal, pleural et l'endomètre partagent la même origine embryologique. Des stimuli pathologiques pourraient transformer l'épithélium coelomique au niveau thoracique en tissu endométrial ⁽⁴⁾.

■ La théorie hormonale

Il existe une augmentation des prostaglandines F2 alpha durant les règles ce qui entraîne des contractions des

muscles vasculaires et bronchiolaires. Les modifications hormonales créent l'hyperpression qui entraîne le pneumothorax par rupture de bulles ou de blebs ⁽⁶⁾.

■ La théorie de la migration d'air rétrograde

L'hypothèse repose sur une entrée d'air rétrograde dans le péritoine, sa remontée dans la cavité thoracique entraînerait le pneumothorax ⁽⁴⁾. Cependant cette théorie sous-tend la présence d'anomalie diaphragmatique préexistante.

■ LA PRÉSENTATION CLINIQUE

Le CP est droit à 85 % ⁽²⁾. Il est rarement gauche ou bilatéral ⁽⁵⁾. L'âge moyen de survenue est plus tardif – à 34 ans dans le CP – que dans le pneumothorax spontané idiopathique ⁽²⁾.

Les facteurs de risque d'endométriose thoracique sont les suivants ⁽⁷⁾:

- Les antécédents de chirurgie gynécologique y compris les curetages, les hystérosopies et les révisions utérines ;
- Les antécédents d'infertilité primaire ou secondaire ;
- Les antécédents d'endométriose pelvienne.

Les symptômes à rechercher en cas de suspicion de CP

- Douleur thoracique éventuellement droite, se majorant avec les mois, à recrudescence cataméniale ⁽⁸⁾ ;
- Douleur scapulaire présente dans 40 % des cas ⁽⁹⁾, douleur cervicale, irradiation phrénique à recrudescence cataméniale ⁽⁸⁾.

■ LE DIAGNOSTIC

Le CA 125 pourrait être un marqueur du CP ⁽⁶⁾ s'il est supérieur à 76 UI/L ⁽¹⁰⁾. Mais le seuil et le moment de réalisation sont discutés.

Le diagnostic radiologique repose sur:

- **La radiographie** ⁽¹⁰⁾ : objectivant le pneumothorax ;
- **La tomodensitométrie avec injection** ⁽⁸⁾ : visualisation des nodules endométriaux, rupture diaphragmatique ;
- **L'IRM** ⁽¹¹⁾ : cartographie des lésions endométriosiques et exploration diaphragmatique.

La confirmation histologique est nécessaire. Les lésions peuvent être diaphragmatiques à 60 % ⁽²⁾, pleurales et parenchymateuses. Elles sont parfois associées ⁽²⁾.

■ LE TRAITEMENT

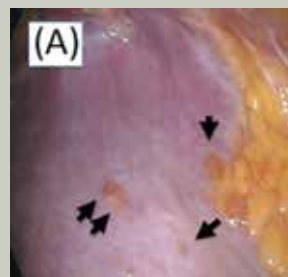
Le traitement est d'abord celui du pneumothorax par décompression à l'aiguille ou drainage sur colonne d'aspiration ⁽⁶⁾.

■ LA CHIRURGIE

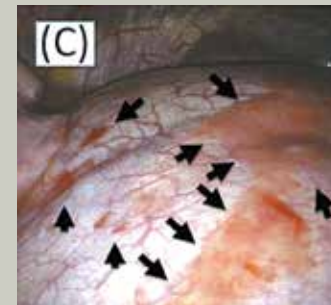
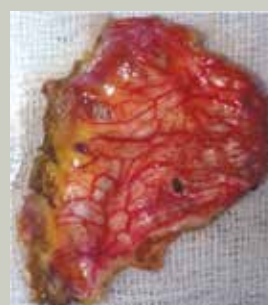
La vidéothoroscopie (VATS) est la technique de référence ⁽⁶⁾ ⁽¹⁵⁾. Elle permet la confirmation histologique, le traitement des lésions et de diminuer le risque de récurrence :

- **Traitement des perforations diaphragmatiques** : par résection suture ⁽⁶⁾ ;
- **Pleurodèse** : systématiquement proposée ⁽⁶⁾ ;
- **Résection de nodules** parenchymateux ou pleuraux ⁽⁵⁾.

LES LÉSIONS MACROSCOPIQUES



Nodule jaune à gauche ⁽¹²⁾,
Nodule bleu sur la paroi thoracique à droite ⁽¹³⁾



Pièce de résection diaphragmatique à gauche ⁽¹⁴⁾,
Lésions diaphragmatiques d'endométriose à droite ⁽¹²⁾

L'âge moyen de survenue est plus tardif – à 34 ans dans le CP – que dans le pneumothorax spontané idiopathique.

L'endométriose thoracique est associée à des lésions pelviennes dans 50 à 80 % des cas ⁽²⁾. Il est donc recommandé de rechercher des lésions pelviennes ⁽²⁾. Une exploration synchrone par VATS et coelioscopie pourrait permettre une meilleure exploration diaphragmatique et de diminuer le nombre d'anesthésies ⁽⁹⁾.

■ LE TRAITEMENT HORMONAL

Il diminue la dissémination des lésions et la récurrence du CP.

Les molécules utilisées

- Analogue du GnRH le plus souvent ⁽⁶⁾, parfois associé à une *add back* thérapie pour limiter le risque de la carence œstrogénique ⁽¹⁷⁾
- Acétate de cyprotérone ⁽⁶⁾ ;
- Contraception œstroprogestative continue ⁽²⁾ ;
- Macroprogestatif continu ⁽²⁾ ;
- Dienogest : une étude évoque une efficacité équivalente du dienogest à 4 mg/j comparé aux analogues de la GnRH ⁽¹⁸⁾ ;
- Danazol ⁽⁴⁾.

Le traitement hormonal postopératoire est maintenu 6 à 12 mois ⁽⁶⁾. En France le traitement recommandé est un analogue du GnRH pendant 6 mois ⁽²⁾.

L'association du traitement chirurgical et médical diminue également les plaintes au niveau thoracique ⁽⁹⁾.

DISCUSSION

Il est retrouvé des CP gauches plus fréquents chez les patientes de moins de 20 ans ⁽¹⁹⁾. Les lésions diaphragmatiques sont plus rares alors que les blebs et les bulles sont plus fréquentes ⁽¹⁹⁾. Ceci évoque une physiopathologie différente plutôt en faveur de l'embolisation lymphovasculaire ou de la métaplasie cœlomique ⁽¹⁹⁾.

Une étude sur de petits effectifs s'est intéressée à la fertilité dans le pneumothorax cataménial. Elle semble indiquer qu'il n'existe pas d'impact de l'endométriose thoracique seule sur la fertilité ⁽²⁰⁾. Les difficultés de conception semblent liées à l'endométriose pelvienne lorsqu'elles sont associées ⁽²⁰⁾.

La revue de littérature n'a pas permis de dégager une prise en charge de référence. Les pratiques varient selon les équipes. Il existe également des incohérences dans la définition du CP et la classification des différentes présentations anatomo-cliniques. Il existe par ailleurs 40 % des CP pour lesquels aucune lésion anatomique n'est retrouvée ⁽²⁾. Il se pose donc la question d'une physiopathologie différente ⁽⁷⁾ ou d'une absence de reconnaissance des lésions ⁽⁵⁾.

Une limite de ce travail est le faible nombre d'articles inclus du fait de la rareté de la pathologie et des publications. Une autre limite se situe dans la revue des publications des cinq dernières années, une durée plus importante aurait probablement permis de faire des comparaisons de prise en charge.

CONCLUSION

Le CP est une pathologie rare, potentiellement grave et récidivante. La sensibilisation du public pourrait permettre de cibler les femmes ayant des symptômes compatibles avec une endométriose thoracique et prévenir l'apparition des manifestations telles que le CP.

En cas d'endométriose thoracique avérée, un bilan pelvien est recommandé pour évaluer l'existence de lésions pelviennes.

Le traitement est toujours multidisciplinaire. Il associe toujours le traitement chirurgical et hormonal.

Des études complémentaires sur de plus grands effectifs pourraient permettre d'optimiser la prise en charge des patientes. •

BIBLIOGRAPHIE

1. Netgen. *Prise en charge du pneumothorax spontané et cataménial*. Revue Médicale Suisse. Disponible sur : <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2487/23910>
2. Merlot B, Ploteau S, Abergel A, Rubob C, Hocke C, Canis M, et al. *Endométriose extra-génitale : atteintes pariétales, thoraciques, diaphragmatiques et nerveuses*. RPC Endométriose CNGOF-HAS. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. mars 2018 ; 46 (3) : 319-25.
3. Hwang SM, Lee CW, Lee BS, Park JH. *Clinical features of thoracic endometriosis : A single center analysis*. Obstet Gynecol Sci. mai 2015 ; 58 (3) : 223-31.
4. Narula N, Ngu S, Avula A, Mansour W, Chalhoub M. *Left-sided Catamenial Pneumothorax : A Rare Clinical Entity*. Cureus. 2 mai 2018 ; 10 (5) : e2567.
5. Shrestha B, Shrestha S, Peters P, Ura M, Windsor M, Naidoo R. *Catamenial Pneumothorax, a Commonly Misdiagnosed Thoracic Condition : Multicentre Experience and Audit of a Small Case Series With Review of the Literature*. Heart Lung Circ. 22 févr 2019 ;
6. Fournel L, Bobbio A, Robin E, Canny-Hamelin E, Alifano M, Regnard J-F. *Clinical presentation and treatment of catamenial pneumothorax and endometriosis-related pneumothorax*. Expert Review of Respiratory Medicine. 2 déc 2018 ; 12 (12) : 1031-6.
7. Bricelj K, Srpič M, Ražem A, Snoj Ž. *Catamenial pneumothorax since introduction of video-assisted thoracoscopic surgery : A systematic review*. Wien Klin Wochenschr. oct 2017 ; 129 (19-20) : 717-26.
8. Rousset P, Rousset-Jablonski C, Alifano M, Mansuet-Lupo A, Buy J-N, Revel M-P. *Thoracic endometriosis syndrome : CT and MRI features*. Clin Radiol. mars 2014 ; 69 (3) : 323-30.
9. Nezhat C, Main J, Paka C, Nezhat A, Beygui RE. *Multidisciplinary treatment for thoracic and abdominopelvic endometriosis*. JSLS. sept 2014 ; 18 (3).
10. Marjański T, Sowa K, Czapla A, Rzyman W. *Catamenial pneumothorax - a review of the literature*. Kardiochirurgia Torakochirurgia Pol. juin 2016 ; 13 (2) : 117-21.
11. Rousset P, Gregory J, Rousset-Jablonski C, Hugon-Rodin J, Regnard J-F, Chapron C, et al. *MR diagnosis of diaphragmatic endometriosis*. Eur Radiol. nov 2016 ; 26 (11) : 3968-77.
12. Yukumi S, Suzuki H, Morimoto M, Shigematsu H, Okazaki M, Abe M, et al. *Two Young Women with Left-sided Pneumothorax Due to Thoracic Endometriosis*. Intern Med. 2016 ; 55 (23) : 3491-3.
13. Maniglio P, Ricciardi E, Meli F, Vitale SG, Noventa M, Vitagliano A, et al. *Catamenial pneumothorax caused by thoracic endometriosis*. Radiol Case Rep. 13 oct 2017 ; 13 (1) : 81-5.
14. Aissa S, Benzarti W, Alimi F, Gargouri I, Salem HB, Aissa A, et al. *Catamenial pneumothorax revealing diaphragmatic endometriosis : a case report and revue of literature*. Pan Afr Med J. 14 juin 2017 ; 27.
15. Beranger F, de Lesquen H, Goin G, Natale C, Bonnet P-M, Avaro J-P. *[Catamenial pneumothorax : easy to see, difficult to manage]*. Rev Pneumol Clin. juin 2014 ; 70 (3) : 127-32.
16. Visouli AN, Zarogoulidis K, Kougioumtzi I, Huang H, Li Q, Dryllis G, et al. *Catamenial pneumothorax*. J Thorac Dis. oct 2014 ; 6 (Suppl 4) : S448-460.
17. Garner M, Ahmed E, Gatiss S, West D. *Hormonal manipulation after surgery for catamenial pneumothorax*. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 01 2018 ; 26 (2) : 319-22.
18. Lalani S, Black A, Hodge MC, Tulandi T, Chen I. *Dienogest Therapy as a Treatment for Catamenial Pneumothorax : Case Report and Review of Hormonal Options*. J Obstet Gynaecol Can. sept 2017 ; 39 (9) : 764-8.
19. Inoue T, Chida M, Inaba H, Tamura M, Kobayashi S, Sado T. *Juvenile catamenial pneumothorax : institutional report and review*. J Cardiothorac Surg. 13 juin 2015 ; 10 : 83.
20. Ottolina J, De Stefano F, Viganò P, Ciriaco P, Zannini P, Candiani M. *Thoracic Endometriosis Syndrome : Association With Pelvic Endometriosis and Fertility Status*. J Minim Invasive Gynecol. avr 2017 ; 24 (3) : 461-5.

Euromédial, créateur du set complet de pose avec stérilet depuis 2010!

Chère Madame, Cher Monsieur,

Vous avez très certainement eu connaissance, par le biais de l'ANSM ou de différentes associations de Gynécologues et de Sage-femmes, voire même avez été confronté(e) au problème de fabrication des stérilets Eurogine que nous distribuions (rupture des stérilets Novaplus et Ancora au moment de l'extraction).

Nous souhaitons, à travers ce communiqué, vous présenter nos excuses, ainsi qu'à vos patientes, pour les conséquences que cela a pu engendrer, et vous informer que nous avons pris toutes nos dispositions et cessé nos relations avec ce fabricant espagnol de DIU, au cuivre et argent, Eurogine.








Euromédial Gynécologie continue, bien évidemment, ses activités de promotion et de commercialisation de sa gamme SETHYGYN, créée en 2010, avec toujours le même concept novateur du DIU avec set de pose, sans surcoût pour la patiente ou le professionnel de santé.

Toujours désireux d'apporter un service supplémentaire aux patientes et aux professionnels de santé, nous vous proposons maintenant un stérilet avec hystéromètre que vous retrouverez dans les références ci-après.

Nous vous remercions pour votre confiance et restons à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Au plaisir de vous revoir sur notre stand lors des prochains congrès !

Mélanie et Christophe NORMAND

		Avec set de pose		Sans set de pose	
		Dénomination	Référence	Dénomination	Référence
DIU cuivre		Sethygyn T 380 A	9712162	Euromédial T 380 A	9707534
		Sethygyn T 380 Cu - Normal	9712179	Euromédial T 380 Cu - Normal	9707563
		Sethygyn T 380 Cu - Mini	9712185	Euromédial T 380 Cu - Mini	9707557
		Sethygyn T 375 Cu - Normal	9712156	Euromédial T 375 Cu - Normal	9707540
DIU Cuivre + Argent		Sethygyn T 380 Ag - Normal	9712127	Euromédial T 380 Ag - Normal	9712015
		Sethygyn T 380 Ag - Mini	9712110	Euromédial T 380 Ag - Mini	9712021
		Sethygyn T 380 Ag - Maxi	9712133	Euromédial T 380 Ag - Maxi	9712009



Conseil de prescription : "dénomination du stérilet + référence"