

## L'OSTÉOPOROSE.

# Quelles sont les conséquences de la chute de prescription des THM?

PAR FLORENCE TRÉMOLLIÈRES\*, ENDOCRINOLOGUE, CENTRE DE MÉNOPAUSE ET MALADIES OSSEUSES MÉTABOLIQUES, HÔPITAL PAULE DE VIGUIER, TOULOUSE

### RÉSUMÉ

Le traitement hormonal de ménopause (THM) a une efficacité prouvée pour s'opposer à la perte osseuse et aux dégradations de la micro-architecture osseuse induite par la carence estrogénique de la ménopause. Il permet ainsi de réduire de manière significative l'incidence des fractures ostéoporotiques, même chez des femmes à risque fracturaire modéré à faible. La diminution importante des prescriptions de THM depuis la publication en 2002 de l'étude WHI ne peut que faire craindre une augmentation de l'incidence des fractures ostéoporotiques, ce qui a déjà été rapporté dans plusieurs études américaines. Le dépistage de l'ostéoporose doit être envisagé en début de ménopause de manière à identifier les femmes les plus à même de bénéficier avec le THM d'une véritable démarche de prévention primaire.

### MOTS-CLÉS

Ostéoporose, THM, Chute des prescriptions, WHI, Fracture.

### ABSTRACT

**The drop in MHT use: what consequences for the risk of osteoporosis?**

Menopause hormone treatment (MHT) has a proven efficacy in preventing the postmenopausal-related bone loss and microarchitectural deteriorations. Furthermore, it has been shown to significantly decrease the incidence of osteoporotic fractures even in women with a low to moderate risk of fracture. The sharp drop in MHT use since the 2002 publication of the WHI raises concerns about an increase in the rate of fracture such as it has already been reported by several studies in the USA. Screening for osteoporosis should be considered at the beginning of menopause in order to identify those women who could benefit from MHT in a true primary prevention strategy.

### KEYWORDS

Osteoporosis, MHT, Drop in prescription rate, WHI, Fracture.

**L'**ostéoporose est une maladie diffuse du squelette, caractérisée par une fragilité osseuse excessive liée à une diminution de la masse minérale et des altérations de la micro-architecture et exposant à un risque accru de fracture.

Les fractures en sont l'expression clinique et les formes les plus emblématiques sont les fractures de l'extrémité inférieure du radius (fracture de Pouteau-Colles), des vertèbres dorso-lombaires, de l'extrémité supérieure de l'humérus et de l'extrémité supérieure du fémur (ESF). Leur incidence augmente avec l'âge, notamment pour les fractures de l'ESF avec une augmentation exponentielle à partir de l'âge de 75 ans, c'est-à-dire en moyenne 20 à 25 ans après l'installation de la phase post-ménopausique.

L'ostéoporose, et notamment l'ostéoporose post-ménopausique qui en est la forme clinique la plus commune, touche plus de 200 millions de personnes dans le monde. En France, on estime que l'incidence annuelle des fractures vertébrales est de l'ordre de 60 000 à 120 000 et de 50 000 à

80 000 pour celle des fractures de l'ESF, pour un coût d'environ 3 milliards d'euros. L'accroissement prévisible de la fréquence de l'ostéoporose dans les 25 prochaines années, en partie en raison du vieillissement de la population, tout comme ses conséquences en termes de morbidité et de mortalité en font donc un problème de santé publique au même titre que d'autres pathologies liées au vieillissement.

Le traitement hormonal de ménopause (THM) a été pendant longtemps l'option thérapeutique de première intention pour la prévention de cette affection. Dès la fin des années 1940, les travaux américains de Fuller Albright avaient montré que l'administration d'estrogènes chez des femmes en début de ménopause permettait de s'opposer à la perte de taille observée chez les femmes non traitées. L'émergence et la diffusion de l'ostéodensitométrie au début des années 1990 ont contribué à objectiver l'impact de la carence estrogénique de la ménopause sur la perte osseuse et promouvoir l'efficacité préventive du THM. Les années 1990-2000 ont ainsi représenté l'âge d'or du THM et en France, près de 50 à 60 % des femmes en début de ménopause étaient alors traitées. Bien sûr, tout n'était pas parfait et ne serait-ce qu'en ne considérant que l'aspect osseux du traitement, un certain nombre d'auteurs ne manquaient pas de souligner le faible niveau de preuve des études en prévention du risque fracturaire ou la problématique de la dose minimale efficace, voire de la durée du traitement.

\* Responsable du Centre de ménopause au CHU de Toulouse, le Dr Florence Trémolières dirige la seule structure transversale dédiée à la ménopause en France. Elle est spécialiste de la prise en charge de l'ostéoporose et des pathologies métaboliques osseuses, de la prise en charge des risques cardiovasculaires des femmes à la ménopause et de la gestion des aspects purement gynécologiques de la ménopause.

En juillet 2002, la publication des résultats de l'étude WHI<sup>[1]</sup> a représenté un véritable tsunami dans le monde de la gynécologie et plus globalement pour le THM. Cette étude réalisée chez plus 16 000 femmes ménopausées et répondant pour la première fois, à la méthodologie de l'*evidence based medicine*, témoignait d'un impact négatif du THM, en particulier en raison d'une augmentation du risque de cancer du sein mais surtout des accidents cardio-vasculaires, coronariens, AVC, thrombose veineuse ou embolie pulmonaire. Au plan osseux, par contre, elle amenait la preuve irréfutable et définitive de l'efficacité du THM, avec une réduction du risque fracturaire, toutes fractures confondues, de 25 à 30 %, soit une épargne fracturaire de 47 à 56 fractures pour 10 000 femmes et par an<sup>[2]</sup>. Néanmoins, face à la déferlante médiatique qui a suivi la publication de ces résultats, ce bénéfice osseux est largement passé au second plan face à l'augmentation des risques mammaires et cardio-vasculaires. Les recommandations de l'AFSSAPS de janvier 2006 pour la prévention de l'ostéoporose<sup>[3]</sup> soulignent ainsi que le THM ne peut être indiqué que s'il existe des troubles climatériques, la durée de la prescription étant fonction de ces troubles ou en cas d'intolérance ou inefficacité des autres traitements de l'ostéoporose.

De fait, l'utilisation du THM s'est effondrée dans les années qui ont suivi avec une diminution globalement de 75 % du nombre de femmes traitées. On estime qu'actuellement moins de 10 % des femmes ménopausées prennent un THM.

On peut donc s'interroger sur les conséquences de telles modifications pour la prise en charge des femmes après la ménopause et en particulier pour la prévention de l'ostéoporose.

Rappelons en effet que la carence estrogénique est le déterminant physiopathologique majeur de l'ostéoporose post-ménopausique. Elle entraîne une activation du recrutement des ostéoclastes et de leur activité. Il en résulte une augmentation globale du remodelage osseux lié au couplage physiologique entre les activités cellulaires des ostéoclastes et des ostéoblastes. Néanmoins, la formation osseuse ne peut pas compenser l'hyper-résorption osseuse, ce qui a pour conséquence directe une accélération de la perte osseuse<sup>[4, 5]</sup>. L'augmentation du remodelage osseux est également à l'origine d'altérations de la micro-architecture, avec désorganisation, amincissement des travées osseuses et risque de rupture<sup>[6, 7]</sup>. Ces perturbations sont parfois présentes très précocement, dès le début de la carence hormonale pour ne s'atténuer qu'à distance de la ménopause. L'hyper-remodelage osseux représente ainsi en tant que tel, et au-delà de la diminution quantitative du capital osseux, un facteur clé du déterminisme fracturaire ultérieur.

L'ensemble de ces modifications sont plus marquées au niveau de l'os trabéculaire (vertèbres, extrémité inférieure du radius) qui est le plus sensible aux variations hormonales du début de la ménopause.

## THM ET PRÉVENTION DE L'OSTÉOPOROSE POST-MÉNOPOAUSIQUE

Les estrogènes ont largement fait la preuve de leur efficacité pour prévenir la perte osseuse et les anomalies micro-architecturales liées à la ménopause. L'étude WHI a confirmé sans ambiguïté l'efficacité du THM pour diminuer

**On peut donc s'interroger sur les conséquences de telles modifications pour la prise en charge des femmes après la ménopause et en particulier pour la prévention de l'ostéoporose.**

l'incidence des fractures ostéoporotiques à tous les sites osseux<sup>[2]</sup>. Il est de plus important de souligner que le THM est, à ce jour, le seul traitement qui a fait la preuve de son efficacité dans une population à faible risque de fracture, comme en témoigne une incidence 10 à 15 fois plus faible dans l'étude WHI que dans les grands essais thérapeutiques de l'ostéoporose. Seules 10 à 12 % des femmes présentaient une ostéoporose densitométrique (T score < - 2,5), malgré un âge moyen de 63 ans, ce qu'il faut avant tout rapprocher du fort pourcentage de surcharge pondérale et d'obésité de la population.

Il était donc logique de supposer qu'une moindre utilisation du THM en début de ménopause pourrait avoir pour conséquence une augmentation de l'incidence des fractures ostéoporotiques.

## ÉVOLUTION DU RISQUE FRACTURAIRE À L'ARRÊT DU THM

Toutes les études densitométriques avaient déjà montré que l'arrêt du THM était associé à une reprise évolutive de la perte osseuse avec une cinétique de perte variable selon l'âge des patientes, le site osseux considéré, la durée antérieure de prise du traitement et les doses utilisées<sup>[8-10]</sup>. Globalement, le bénéfice densitométrique disparaît dans les 3 à 5 ans suivant l'arrêt d'un THM, en particulier sur les sites osseux riches en os trabéculaire (vertèbres, poignet). Plusieurs études d'observations déjà anciennes avaient également souligné la perte de l'effet anti-fracturaire après cinq ans d'arrêt du THM<sup>[11, 12]</sup>. Plus récemment, une analyse complémentaire de l'étude E3N<sup>[13]</sup> a montré que la perte de l'effet protecteur osseux du THM était observée en moyenne après cinq ans d'arrêt sous réserve que le traitement ait été poursuivi au préalable pendant au moins cinq ans (HR = 0,83 ; IC 95 % [0,69-0,99]).

De manière plus intéressante, nous disposons de données issues de plusieurs études sur l'évolution du risque fracturaire, réalisées aux USA dans les années post-WHI.

Dans une étude longitudinale<sup>[14]</sup> réalisée en Californie chez 80 955 femmes de plus de 60 ans (moyenne : 68,8 ans), l'incidence des fractures de l'extrémité supérieure du fémur (FESF) a été évaluée entre 2002 et 2008. Au cours de cette période, l'utilisation du THM a diminué de 85 % à 18 %. Parallèlement, on retrouve une augmentation significative de l'incidence annuelle standardisée pour l'âge des FESF de 3,9 à 5,67/1 000 femmes. Le risque fracturaire était corrélé positivement à l'âge et négativement à l'IMC avec une augmentation du risque associée à la durée d'arrêt du traitement. En comparaison aux femmes qui ont poursuivi le THM, celles qui l'avaient interrompu avaient

une augmentation du risque de FESF de 52 % après deux ans d'arrêt, de 64 % après trois ans et de 77 % après cinq ans d'arrêt. Cette augmentation du risque était fonction du statut osseux avec, en comparaison au risque des femmes ayant un T-score supérieur à -1 à l'arrêt, un risque 7,6 fois plus élevé en cas de T-score inférieur à -2,5 (HR = 7,59 ; IC 95 % [4,53-12,7]) et 2,5 fois plus, en cas de T-score compris entre -1 et -2,5 (HR = 2,54 [1,51-4,27]). Ces résultats n'ont pas été modifiés après ajustement pour la prise de bisphosphonates dont la prévalence a augmenté de 8 % à 23 % dans le même temps.

Ils confirment les résultats d'une étude épidémiologique antérieure<sup>[15]</sup> réalisée à partir d'une importante base de données aux USA qui avait comparé l'incidence des fractures entre la période pré- (2000-2002) et post- WHI (2003-2005) chez des femmes de 40 à 69 ans. 919 389 femmes ont ainsi été étudiées à partir de 2000, ce nombre augmentant jusqu'à 2 872 372 en 2005. Plus de 43 000 fractures ont été colligées avec une augmentation significative de leur fréquence dans la période 2003-2005 par rapport à la période 2000-2002 où l'incidence fracturaire était restée stable. L'augmentation la plus importante concernait les fractures du poignet avec une majoration de 44 % de leur incidence ajustée pour l'âge entre 2004 et 2005 par rapport à la période de référence initiale. Même si cette étude n'est pas exempte de biais, il est logique de penser que l'augmentation du nombre des fractures observées peut être rapprochée de la baisse importante du nombre de femmes recevant un THM dans les années post-WHI. Et d'autant que dans le même temps, le dépistage de l'ostéoporose a progressé tout comme la disponibilité des autres traitements, facteurs de nature en principe, à diminuer l'incidence fracturaire.

Ces résultats contribuent à apporter un éclairage supplémentaire sur la balance bénéfice/risque du THM en confirmant une fois de plus la relation étroite existant entre ménopause et risque fracturaire.

Il apparaît de plus que la faible utilisation actuelle du THM s'accompagne d'une augmentation de l'incidence des fractures ostéoporotiques, en particulier de celles des sites osseux riches en os trabéculaire (poignet, vertèbres, côtes) et chez des femmes relativement jeunes, de moins de 65 ans. C'est ce que nous voyons tous les jours en pratique quotidienne et il est à craindre que le nombre de femmes jeunes présentant déjà une fragilité osseuse ne fasse qu'augmenter dans les années à venir.

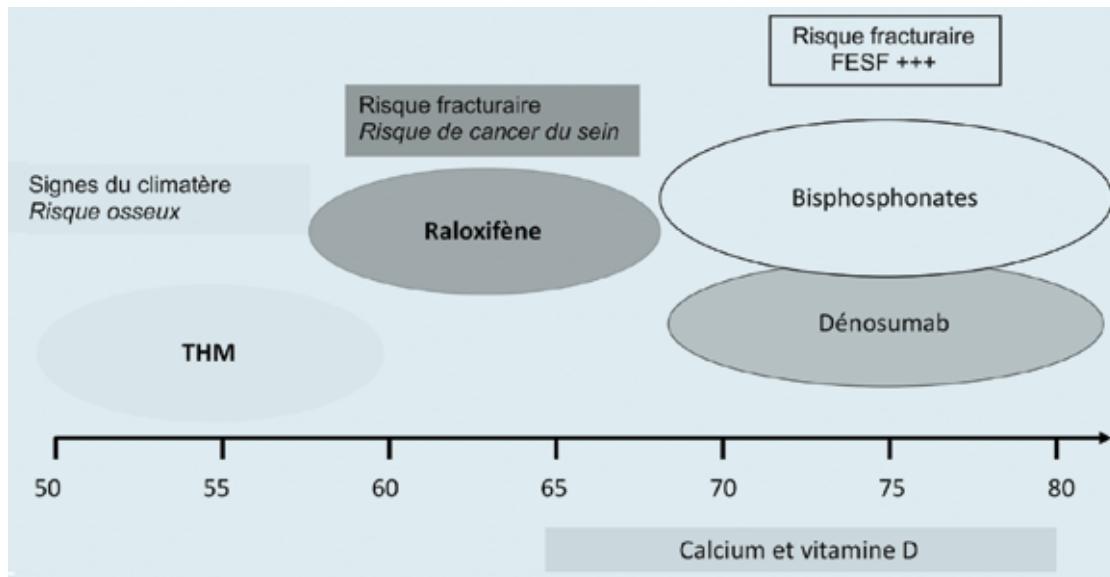
Cette diminution a par ailleurs conduit à augmenter et décaler vers les femmes les plus jeunes, les prescriptions

***Il apparaît que la faible utilisation actuelle du THM s'accompagne d'une augmentation de l'incidence des fractures ostéoporotiques, en particulier de celles des sites osseux riches en os trabéculaire (poignet, vertèbres, côtes) et chez des femmes relativement jeunes, de moins de 65 ans.***

des autres traitements de l'ostéoporose et notamment des bisphosphonates. Or pour la majorité des femmes qui abordent leur ménopause en bonne santé, le risque fracturaire à dix ans ne justifie quasiment jamais, en dehors de quelques exceptions, une telle prescription. Nous ne disposons d'aucune étude étayant l'efficacité anti-fracturaire des bisphosphonates ou du denosumab chez des femmes jeunes à faible risque de fracture. De plus, la médiatisation là également de certains effets secondaires rares (ostéonecrose de mâchoire, fracture atypique du fémur...) ou autres polémiques (ranélate de strontium) ont biaisé les messages et conduit à une baisse globale des prescriptions. Cette baisse s'intègre ainsi dans une problématique plus générale qui est celle du recul du dépistage de l'ostéoporose. La faute en revient pour partie à des messages déformés sur la nature de la maladie (l'ostéoporose est une maladie « normale » du vieillissement), sur son retentissement réel (sous-estimation de la morbidité des fractures vertébrales) et sur l'intérêt de l'évaluation du risque et des traitements.

À l'inverse, il n'est pas question de revenir à la situation antérieure à l'étude WHI et de prescrire systématiquement le THM à toutes les femmes ménopausées. L'évaluation du risque fracturaire est actuellement de mieux en mieux codifiée. Nous disposons des outils permettant de dépister les femmes qui abordent leur ménopause avec déjà une diminution de leur capital osseux et/ou une perte osseuse évolutive et qui sont les plus à même de bénéficier avec le THM d'une véritable démarche de prévention primaire. Une réévaluation régulière de la réponse osseuse et de la balance bénéfice/risque du THM permet ultérieurement d'envisager si nécessaire, un relais avec les autres traitements de l'ostéoporose et notamment le raloxifène (*figure 1, page suivante*), lorsque la durée du THM est jugée suffisante et/ou la balance bénéfice/risque moins favorable qu'en début de ménopause<sup>[16]</sup>.

**FIGURE 1 > STRATÉGIE DE PRISE EN CHARGE DU RISQUE FRACTURAIRE CHEZ LES FEMMES À RISQUE DE FRACTURE APRÈS ARRÊT DU THM<sup>[6]</sup>**



## BIBLIOGRAPHIE

- [1] Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, et al. *Risk and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial*. JAMA 2002 ; 288 : 321-333.
- [2] Cauley JA, Robbins J, Chen Z et al. *Effects of estrogen plus progestin on the risk of fracture and bone mineral density. The Women's Health Initiative randomized trial*. JAMA 2003 ; 290 : 1729-38.
- [3] *Traitements médicamenteux de l'ostéoporose post-ménopausique*. AFSSAPS Actualisation janvier 2006. <http://agmed.sante.gouv.fr>
- [4] Pouilles JM, Trémollieres F, Ribot C. *A longitudinal study of the effects of menopause on vertebral bone loss*. Calcif Tissue Int 1993, 52 : 340-354.
- [5] Pouilles JM, Trémollieres F, Ribot C. *Effects of menopause on femoral and vertebral bone loss*. J Bone Miner Res 1995, 10 : 1531-1536.
- [6] Akhter MP, Lappe JM, Davies KM, Recker RR. *Transmenopausal changes in the trabecular bone structure*. Bone 2007 ; 41 : 111-8.
- [7] Wehrli FW, Ladinsky GA, Jones C, et al. *In vivo magnetic resonance detects rapid remodeling changes in the topology of the trabecular bone network after menopause and the protective effect of estradiol*. J Bone Miner Res 2008 ; 23 : 730-40.
- [8] Trémollieres F, Pouilles JM, Ribot C. *Withdrawal of hormone replacement therapy is associated with significant vertebral bone loss in postmenopausal women*. Osteoporosis Int 2001, 12 : 385-390.
- [9] Sornay-Rendu E, Garneret P, Munoz F, Duboeuf F, Delmas PD. *Effect of withdrawal of hormone replacement therapy on bone mass and bone turnover: the OFELY study*. Bone 2003 ; 1 : 159 - 166.
- [10] Saarelainen J, Hassi S, Honkanen R et al. *Bone loss and wrist fractures after withdrawal of hormone therapy: the 15-year follow-up of the OSTPRE cohort*. Maturitas 2016 ; 85 : 49-55.
- [11] Kiel DP, Felson DT, Anderson JJ, Wilson PW, Moskowitz MA. *Hip fracture and the use of estrogens in postmenopausal women. The Framingham Study*. N Engl J Med 1987 ; 317 : 1169-74.
- [12] Cauley JA, Seeley DG, Ensrud K, et al. *Estrogen replacement therapy and fractures in older women*. Ann Intern Med 1995 ; 122 : 9-16.
- [13] Engel P, Fabre A, Fournier A, Mesrine S, Boutron- Ruault MC, Clavel-Chapelon F. *Risk of osteoporotic fractures after discontinuation of menopausal hormone therapy: results from the E3N cohort*. Am J Epidemiol 2011 ; 174 : 12-21.
- [14] Karim R, Dell RM, Greene DF, Mack WJ, Gallagher JC, Hodis HN. *Hip fracture in postmenopausal women after cessation of hormone therapy: results from a prospective study in a large health management organization*. Menopause 2011 ; 18 : 1172-7.
- [15] Islam S, Liu Q, Chines A, Helzner E. *Trend in incidence of osteoporosis-related fractures among 40- to 69-year-old women: analysis of a large insurance claims database, 2000-2005*. Menopause 2009 ; 16 : 77-83.
- [16] Trémollieres F, Pouilles JM, Ribot C. *Proposition d'une stratégie de prévention du risque fracturaire en début de ménopause*. Gyn Obstet Reprod 2009 ; 37 : 50-6.

# Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme

NOUVEAU  
SUPPLÉMENT  
AUX DOSSIERS  
DE L'OBSTÉRIQUE  
PARUTION  
2020



MÉMENTO  
CLINIQUE



CONDUITE  
À TENIR



THÉRAPEUTIQUE  
& PRESCRIPTIONS

## KIT MÉDIA VPSF 2020

4500 000 CONSULTATIONS PAR AN!

Le **Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme** sera consulté par **15 000 Sages-femmes** pendant 360 jours par an, soit environ **4500 000 prises en main** de plus de **1500 produits** par les Sages-femmes.

Version imprimée - version numérique

La revue *Les Dossiers de l'Obstétrique*, 1<sup>re</sup> revue de Sages-femmes, créée en 1974, édite en 2019 un supplément annuel d'aide à la prescription et aux conduites à tenir à l'usage des Sages-Femmes : le *Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme* (VPSF).

**VPSF 2020, c'est LE vademecum**

utile à la sage-femme :

- Mémento clinique
- Conduites à tenir
- Thérapeutique et Prescriptions

### 16 domaines de prescription

- 14 chapitres destinés aux situations normales ou pathologiques rencontrées par les sages-femmes,
- 1500 médicaments,
- 2 chapitres consacrés à l'hygiène des locaux,
- + de 100 stratégies thérapeutiques liées à la naissance, au confort de la maman et au confort du bébé,
- Des arbres de décisions,
- Plus de 1500 médicaments,
- Plus de 400 services ou produits...

Le VPSF s'appuie  
sur l'expertise du  
dictionnaire Vidal (avec  
l'aimable autorisation de Vidal)



Le **VPSF 2020** sera accessible également:

- via la plateforme VPSF 2020.
- via une application mobile : VPSF 2020.



LES DOSSIERS  
**DE L'OBSTÉRIQUE**

Le Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme est édité par les Éditions ESKA - 12 rue du quatre Septembre - 75002 Paris

**Contacts :** Cécile Grognard - Lamia Boucetta - Alicia Gorrilliot

[www.eska.fr](http://www.eska.fr)

01 42 86 55 79

Standard : 01 42 86 55 65

# Pourquoi un Vadémécum des Prescriptions de la Sage-Femme ?

- La sage-femme est au cœur de la périnatalité et de la gynécologie de prévention.
- Sa pratique est au carrefour de la médecine et de l'humanisme.
- Son engagement est entier pour la santé et les droits des femmes.
- Son statut médical lui donne la possibilité et le droit de suivre la grossesse, pratiquer les accouchements eutociques, prendre en charge le nouveau-né et effectuer le suivi gynécologique de prévention.
- Elle participe aussi, sur prescription du médecin et en collaboration avec lui, aux suivis des pathologies obstétricales et gynécologiques.

**Le statut médical de la sage-femme lui confère un droit de prescription autonome des examens complémentaires et un droit de prescription défini par une liste pour les médicaments.**

**Sa pratique l'oblige à bien connaître les médicaments prescrits par le médecin pour la surveillance des pathologies.**

- Le VPSF est un vadémécum des prescriptions et des conduites à tenir, à l'usage des sages-femmes.
- Rédigé majoritairement par des sages-femmes, il est destiné à aider la prescription des sages-femmes.
- Il est mis à jour annuellement.
- **Il réunit en un seul ouvrage :**
  - un mémento clinique,
  - un guide de la prescription,
  - un catalogue des équipements nécessaires à la pratique de la sage-femme.

**16 domaines de prescription organisés suivant l'évolution de la grossesse, au service de la santé, de la maman et du bébé.**

**Le VPSF s'appuie sur l'expertise du dictionnaire Vidal (avec l'aimable autorisation de Vidal)**



ALLAITEMENT MATERNEL - CHAPITRE 8

## 8.7. TIRE-LAIT

**POINTS À PRENDRE EN COMPTE**

Confort d'utilisation, efficacité, tire-lait manuel ou électrique automatique, hygiène, disponibilité et coût, taille des tétrales.

**TIRE-LAIT MANUEL**

- Moins cher, non remboursé.
- Pratique, petit, transportable, ne fait pas de bruit, établie.
- > Utilisation ponctuelle, sur une lactation déjà établie.

> Ameda®  
> Avent®  
> Grandir Nature  
> Harmony de Medela®  
> Kett®...  
> Lansinoh®  
> Mamivac®

**TIRE-LAIT ÉLECTRIQUE DE LOCATION**

- En location dans la pharmacie ou association d'aide à l'allaitement.
- Permet de tirer le lait des deux seins à la fois.

> Kitett Fisio  
> Lactaline d'Améda®  
> Symphony de Medela®  
> Mamivac®

**CONSERVATION DU LAIT MATERNEL**

- Les durées de conservation ne s'additionnent pas.
- Attention aux récipients de conservation. Tout récipient propre pouvant fermer hermétiquement convient, biberons (de préférence en verre avec bouchons, sans bisphénol A), mais également des sachets en plastique pour la conservation du lait maternel, ou plus simplement encore dans des glaçons soufflés, sachets à glaçons.
- Il est conseillé de congeler le lait en petites quantités (de 30 ml à 100 ml ou de 1 à 3 onces). Cela permet d'éviter le gaspillage, la mère ne sachant pas la quantité prise par son bébé. Noter sur le contenant la date à laquelle le lait a été tiré afin d'utiliser le lait le plus vieux en premier.

**RÉDACTION DE L'ORDONNANCE**

L'ordonnance doit comporter les informations suivantes:

- Le nom de la mère;

# Pré-sommaire

## Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme

### CHAPITRE 1

#### TEST DE GROSSESSE

### CHAPITRE 2

#### PRÉVENTION

- 2.1. Confort urinaire
- 2.2. Équilibre de la flore
- 2.3. Frottis de dépistage
- 2.4. Hygiène féminine
- 2.5. Nutrithérapie : vitamines et oligo-éléments
- 2.6. Préparation à la naissance : matériel
- 2.7. Sport et grossesse
- 2.8. Tabacologie
- 2.9. Troubles du sommeil
- 2.10. Vaccinations

### CHAPITRE 3

#### PETITS MAUX DE LA GROSSESSE

- 3.1. Constipation
- 3.2. Crampes
- 3.3. Lombalgies
- 3.4. Nausées et vomissements
- 3.5. Pyrosis
- 3.6. Sciatique
- 3.7. Syndrome douloureux pelvien
- 3.8. Troubles veineux
- 3.9. Vergetures

### CHAPITRE 4

#### INFECTIONNISTIQUE PARASITOLOGIE

- 4.1. CMV (cytomégalovirus)
- 4.2. Coqueluche
- 4.3. Grippe
- 4.4. Hépatites
- 4.5. Herpès
- 4.6. Infections génitales basses
- 4.7. Infections urinaires
- 4.8. Rubéole et Grossesse
- 4.9. Streptocoque bêta hémolytique
- 4.10. Syphilis
- 4.11. Toxoplasmose
- 4.12. VIH
- 4.13. Protection des personnels
- 4.14. Désinfection des matériels et locaux

### CHAPITRE 5

#### PATHOLOGIES OBSTÉTRICALES

- 5.1. Anémies
- 5.2. Cholestase gravidique

Le VPSF s'appuie  
sur l'expertise du  
dictionnaire Vidal (avec  
l'aimable autorisation de Vidal)



- 5.3. Diabète gestationnel
- 5.4. Fièvre et grossesse
- 5.5. Hydramnios
- 5.6. Hypertension gravidique
- 5.7. Iso immunisation rhésus
- 5.8. Menace d'accouchement prématuré
- 5.9. Métrorragie
- 5.10. Oligoamnios
- 5.11. Phlébite
- 5.12. Placenta bas inséré
- 5.13. Prééclampsie
- 5.14. Prévention de l'allo-immunisation
- 5.15. RCIU
- 5.16. Rupture prématurée des membranes
- 5.17. Thrombopénie
- 5.18. Thyroïde

### CHAPITRE 6

#### PATHOLOGIES ET GROSSESSE

- 6.1. Diabète type 1
- 6.2. Épilepsie
- 6.3. Hémoglobinopathies

### CHAPITRE 7

#### PÉRINÉE

- 7.1. Cicatrisation
- 7.2. Prévention massage
- 7.3. Rééducation
- 7.4. Suture

### CHAPITRE 8

#### ALLAITEMENT MATERNEL

- 8.1. Abcès
- 8.2. Accessoires de confort
- 8.3. Crevasses
- 8.4. Engorgements
- 8.5. Mastites
- 8.6. Nutrithérapie
- 8.7. Tire-lait

### CHAPITRE 9

#### ALLAITEMENT BIBERON

- 9.1. Biberon
- 9.2. Produits lactés pour nourrisson

### CHAPITRE 10

#### PÉDIATRIE

- 10.1. Coliques
- 10.2. Ictère
- 10.3. Portage
- 10.4. Supplémentations vitaminiques
- 10.5. Surveillance poids
- 10.6. Erythème fessier

### CHAPITRE 11

#### GYNÉCOLOGIE

- 11.1. Contraception :
  - de l'adolescence
  - d'urgence
  - de la femme en âge de procréer
  - du post-partum
- 11.2. Endométriose
- 11.3. Incontinence
- 11.4. Ménopause
- 11.5. Prolapsus
- 11.6. Sénologie

### CHAPITRE 12

#### SANTÉ, BEAUTÉ,

#### ENVIRONNEMENT

#### PARAPHARMACIE

- 12.1. Dispositifs à propriétés réparatrices
- 12.2. Dermocosmétique pour la grossesse et la femme
- 12.3. Dermocosmétique pour le bébé

### CHAPITRE 13

#### MATÉRIEL

- 13.1. Appareil de rééducation
- 13.2. Bilirubinomètre
- 13.3. Cardio tocographe
- 13.4. Échographie
- 13.5. Kit de suture
- 13.6. Logiciel médical
- 13.7. Pèse-bébé
- 13.8. Sonicaid dopplers
- 13.9. Spéculum
- 13.10. Tables d'examen

### CHAPITRE 14

#### CONSOMMABLES

- 14.1. Doigtiers
- 14.2. Drap d'examen
- 14.3. Gants
- 14.4. Consommables pour la maman
- 14.5. Consommables pour le bébé

### CHAPITRE 15

#### CONFORT DE LA MAMAN

#### ET DU BÉBÉ

- 15.1. Hydratation
- 15.2. Rééducation
- 15.3. Soutien psychologique

### CHAPITRE 16

#### ÉQUIPEMENT ET MANAGEMENT DU CABINET/MATERNITÉ

- 16.1. Logiciels
- 16.2. Imagerie
- 16.3. Lasers
- 16.4. Autres équipements

# Que trouve-t-on dans le Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme ?

- Classement des médicaments par principe actif
- Classement des médicaments par famille pharmacologique
- Index des médicaments par ordre alphabétique
- Rappel des textes réglementaires
- Liste des Centres nationaux de référence (ex.: CRAT...)
- Liste des numéros utiles (ex.: 3919...)
- Liste des Associations professionnelles (ex.: Association Nationale des Sages-femmes libérales...)
- Accès au dictionnaire des médicaments du Vidal
- Accès aux recommandations du Vidal

**PATHOLOGIES OBSTÉTRICALES - CHAPITRE 5**

## 5.1. ANÉMIE FERRIPRIVE ET GROSSESSE

**DÉFINITION**  
Hb < 11 g/100 mL au 1<sup>er</sup> et 3<sup>e</sup> trimestre Ø  
Hb < 10,5 g/100 mL au 2<sup>e</sup> trimestre Ø  
Hb < 10 g/100 mL en post-partum

**SYGNE CLINIQUES**

- Pâleur
- Tachycardie
- Vertiges
- Hypotension
- Dyspnée d'effort puis de repos
- Céphalées

**CONDUITE À TENIR**

- ▲ Numération formule plaquette + ferritinémie
- ▲ Examens complémentaires de première intention : Réticulocytes +/- électrophorèse de l'hémoglobine.
- ▲ Éléments diagnostics
  - Ferritine < 12 µg/L ou 30 µg/L si inflammation
  - Microcytaire : VGM < 80 A
  - Arénégative : réticulocytes < 100 000 /mL

**Contrôler l'efficacité de la supplémentation après 3 mois de traitement**

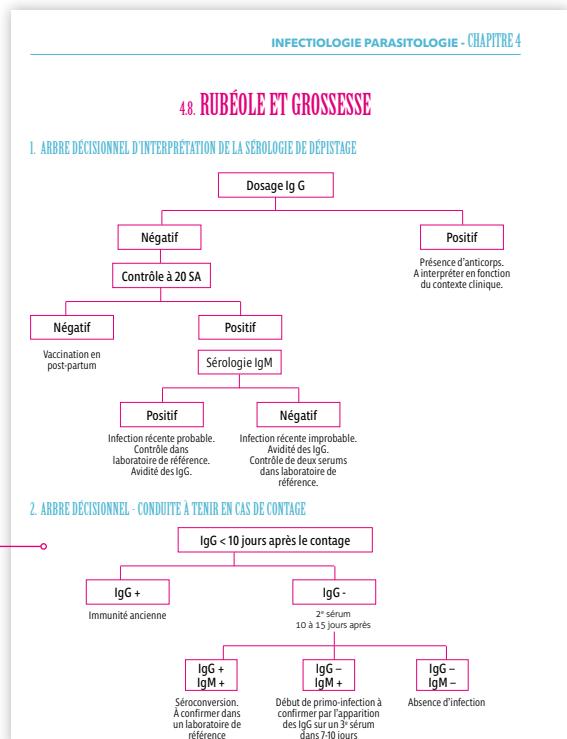
- **Correction de l'anémie** : Mesure des paramètres hémobinique (Hb) et volume globulaire moyen (VGM).
- **Restauration des stocks de fer** : Mesure du fer sérique et saturation de la sidérophilin.

**MÉDICAMENTS**

- ▲ **TIMOFEROL 50 mg, en comprimé enrobé**
  - ▷ **Principe actif :** 50 mg de fer (sulfate ferreux) et 30 mg d'acide ascorbique par unité de prise.
  - ▷ **Excipient**
    - Gélule : carbonate de magnésium léger, talc, silice colloïdale, acétate de polyvinyle, amidon de maïs, acétate de polyvinyle, talc, saccharose, gomme arabique, dioxyde de titane, cire de carnauba.
  - ▷ **Laboratoire Eleret**
- ▲ **FEDO-GMAD LP vitamine C 500 mg, comprimé (jaune)**
  - Sulfate ferreux exprimé en fer : 105 mg
  - Acide ascorbique (vitamine C) : 500 mg
  - ▷ Laboratoire Teofarma SRL

• Exemple d'arbre de décision

• Le nom des laboratoires est cité afin d'identifier le distributeur et le fabricant.



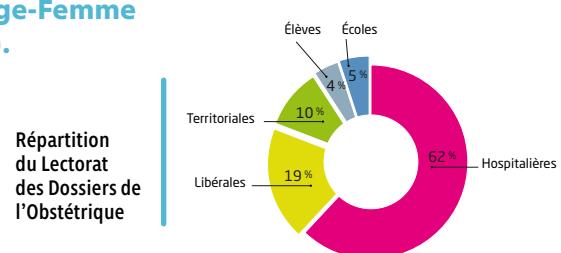
## Les Prescriptions de la sage-femme

## Diffusion

Il est diffusé :

- au lectorat des Dossiers de l'Obstétrique (environ 4 000 abonnés);
- aux maternités;
- aux sages-femmes libérales;
- aux Écoles de Sages-Femmes;
- aux Gynécologues-Obstétriciens;
- sur les Congrès de sages-femmes.

Le Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme 2020 est édité à 15 000 exemplaires (OJD).



## Vademecum des Prescriptions de la Sage-Femme 2020

### BON DE COMMANDE

Cocher les cases correspondantes

Je souhaite :

- M'abonner à la revue **Les Dossiers de l'Obstétrique**, pour 12 mois au tarif de lancement de 50 € (Tarif valable jusqu'au 31 décembre 2019), incluant le **Vademecum des Prescriptions de la Sage-femme 2020** (papier et numérique).
- Recevoir un volume du **Vademecum des Prescriptions de la Sage-femme 2020**, incluant la version numérique (+ 15 € de participation aux frais d'expédition).
- J'envoie par courrier mon règlement par chèque à l'ordre des Éditions Eska.

À retourner daté, signé et revêtu de votre signature, par e-mail à :  
congres@eska.fr - Tél. : 01 42 86 55 79 ou 01 42 86 55 65

### VOS COORDONNÉES

M<sup>me</sup>    M<sup>lle</sup>    M. (en lettres capitales)

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Code postal ..... Ville .....

Pays .....

Tél. ..... Fax .....

E-mail .....

Exercice professionnel

Libéral    PMI    Hospitalier    Privé    Autre

Adresse de facturation si différente .....

Fait à .....

Le .....

Cachet et signature