

La Gazette de l'Unité de Développement en Obstétrique

NUMERO 19

juin 2014

SOMMAIRE DES ÉTUDES EN COURS A LA MATERNITÉ

Page 2

- ETUDE PARTOGRAMME
- ETUDE PILOTE AMNIOINFUSION

Page 3

- ETUDE DE LA CICATRICE DE CESARIENNE AU 1^{ER} TRIMESTRE
- ETUDE COQUELUCHE

Page 4

- LES DIP-STR : DES NOUVEAUX MARQUEURS GÉNÉTIQUES POUR LES ANALYSES FORENSIQUES ET POUR L'ÉTUDE DU MICROCHIMÉRISME.
- ETUDE ANTIDEPRESSEURS ET ALLAITEMENT

Page 5

- LE STRESS PRÉNATAL ET LA RÉACTIVITÉ DU JEUNE ENFANT : TRANSMISSION FOETALE ET DÉVELOPPEMENT DU CERVEAU

Page 6

- LES PROCHAINES ÉTAPES DES ÉTUDES DONT LE RECRUTEMENT EST ACHEVÉ
- PUBLICATIONS 2013-2014

Page 7

- PUBLICATIONS 2013-2014 (suite)

Page 8

- ABSTRACTS: ☉ ACTIVITÉ PHYSIQUE PERÇUE ET MESURÉE ET STRESS CHEZ LES OBSTÉTRICIENS
 - ☉ AUGMENTATION DE LA SENSIBILITE AU SEL DE LA PRESSION ARTERIELLE AMBULATOIRE CHEZ DES FEMMES AVEC UNE HISTOIRE DE PRE-ECLAMPSIE SEVERE

L'UNITE DE DÉVELOPPEMENT EN OBSTÉTRIQUE

Cette Unité a été créée en 1997 pour promouvoir la recherche clinique au sein du service d'Obstétrique. Le responsable est le Dr M. Boulvain.

De nombreux traitements, examens et interventions sont proposés aux femmes au cours de la grossesse. La prise en charge de cette période très importante mérite certainement d'être évaluée scientifiquement. Il est possible qu'au cours d'un suivi de grossesse ou d'accouchement un membre du service propose à une femme de participer à une étude clinique. Nous remercions d'avance les femmes de participer aux études que nous organisons. Leur collaboration sera utile à d'autres femmes dans la même situation que la leur.

Nous remercions également les membres de la Maternité pour leur aide précieuse!

Déterminer si l'utilisation d'un partogramme spécifique améliore la gestion du travail des patientes qui tentent un accouchement vaginal après césarienne (AVAC)

L'AVAC est une des stratégies majeures pour diminuer le taux des césariennes. En cas de tentative d'AVAC, il est important d'éviter un travail dystocique chez les patientes puisque le risque de rupture utérine est augmenté dans ces situations (1%).

La césarienne répétée est associée également à des complications maternelles et à un risque plus élevé de morbidité néonatale.

Une tentative d'AVAC sûre est proposée aux patientes après sélection en anténatal de la bonne candidate.

De plus, une bonne gestion du travail d'accouchement est indispensable pour minimiser le risque de rupture utérine.

Le partogramme est un outil important dans le suivi de l'accouchement puisqu'il nous renseigne notamment sur l'apparition d'une dystocie, indication majeur d'une césarienne. Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de partogramme spécifique aux patientes avec antécédent de césarienne ni d'étude visant à connaître le rôle de cet outil dans la surveillance des patientes en travail avec utérus cicatriciel.

Critères d'inclusion :

Toute patiente admise en travail pour une tentative d'AVAC à terme (dès 37 0/7 SA) avec une grossesse unique, en présentation céphalique.

Description de l'intervention :

La patiente sera randomisée dans le groupe « partogramme habituel » versus « partogramme spécifique » au moyen d'enveloppes opaques scellées.

L'issue principale:

Détecter une dystocie, définie par une stagnation de la dilatation de plus de 2 heures ou une dilatation de moins de 2cm en 4h, et la décision à ce moment-là de césarienne en urgence 1 (dans la demi-heure suivant la décision).

Taille de l'échantillon:

Actuellement, 51 patientes ont participé sur les 225 patientes prévues dans chaque groupe.

Dr N. Jastrow-Meyer Pr M. Boulvain Dr P. Drakopoulos V.Othenin-Girard tél: 32 380

AMNIOINFUSION: UNE ETUDE PILOTE

Évaluer l'acceptabilité par les femmes et les équipes clinique (obstétriciens et sages-femmes) de l'amnioinfusion transcervicale.

Le taux de césarienne (CS) dépasse parfois les 30% dans les pays développés. Il en résulte une augmentation de la morbidité et de la mortalité des femmes et des bébés. Une des raisons de cette augmentation est l'indication de CS pour un rythme cardiaque fœtal pas rassurant pendant l'accouchement et la crainte d'un litige.

L'amnioinfusion, technique qui consiste à perfuser du sérum physiologique par une canule à travers le col de l'utérus à l'intérieur de la cavité amniotique, devrait ainsi diminuer les compressions du cordon ombilical.

Une revue Cochrane récente comparant « amnioinfusion » versus « pas d'amnioinfusion » en cas de suspicion de compression du cordon ombilical a montré une réduction significative du taux de CS pour souffrance foetale, lors de décélérations du rythme cardiaque

foetale et du taux de CS global.

Elle a également constaté une amélioration de score d'Apgar <7 à 5 minutes de vie, des taux inférieurs de liquide méconial sur les cordes vocales et une hospitalisation maternelle plus courte dans les groupes avec l'amnioinfusion. Néanmoins, la plupart des études incluses dans cette analyse étaient de petites tailles et réalisées dans des hôpitaux n'utilisant pas le ph au scalp ni le STAN comme surveillance du bien-être fœtal en cours de travail. On ignore si l'amnioinfusion serait associée à une réduction similaire du taux de césariennes si elle est pratiquée dans des hôpitaux où le diagnostic de la souffrance foetale est confirmé par le pH sanguin du cuir chevelu.

Critères d'inclusion :

30 femmes à ≥ 34 semaines de gestation, en travail, avec un rythme cardiaque foetal (RCF) présentant des décélérations variables et les

obstétriciens et les sages-femmes qui prennent soins d'elles.

Actuellement, 8 femmes ont participé parmi les 30 femmes prévues.

Description de l'intervention :

Les femmes consentantes complèteront, après l'amnioinfusion transcervicale, un questionnaire d'acceptabilité; les équipes cliniques qui auront pris en charge ces patientes complèteront également un questionnaire.

Hypothèse:

Si l'amnioinfusion est bien acceptée par les patientes et les cliniciens nous déciderons de faire une étude randomisée pour répondre à la question suivante: l'amnioinfusion réduit-elle le taux de CS en raison d'un rythme cardiaque fœtal pathologique dans une grande maternité utilisant le ph au scalp et le STAN comme surveillance du bien-être fœtal.

Dr L.Sabouret A. Chilin tél: 32 302
V.Othenin-Girard tél: 32 380
Dr PD B. Martinez de Tejada

On assiste à une augmentation des taux de césarienne depuis plusieurs décennies (32% en Suisse en 2009).

En raison des complications maternelles et fœtales à court et à long terme associées à la césarienne, la diminution du taux de césariennes constitue plus que jamais une importante question de santé publique.

L'accroissement du nombre de césariennes répétées qui sont planifiées pour éviter le risque de rupture utérine accentue d'autant plus le besoin de répondre de manière appropriée à la problématique de la prédiction de la rupture utérine. Pour toutes ces raisons, l'introduction d'un outil standardisé et validé de prévention de la rupture utérine est nécessaire.

La MSI au 3^{ème} trimestre est actuellement l'outil proposé pour aider la femme à décider de la voie d'accouchement. De nombreuses évidences suggèrent que l'examen du 1^{er} trimestre est un examen échographique essentiel.

Objectif:

Cette étude vise à comparer l'aspect de la cicatrice de césarienne au 1^{er} trimestre à la MSI effectuée au 3^{ème} trimestre et à évaluer l'inconfort engendré par cet examen. De plus, elle a comme but d'analyser les issues obstétricales durant la grossesse et l'accouchement selon l'aspect échographique de la cicatrice au 1^{er} trimestre.

Hypothèse:

L'aspect de la cicatrice au 1^{er} trimestre est corrélé à la MSI effectuée au 3^{ème} trimestre et est moins inconfortable que cette dernière. Ceci permettrait de classer, dès le premier trimestre, les patientes en bas risque ou en haut risque de développer une complication liée à leur cicatrice de césarienne. Les patientes pourraient aussi savoir plus précocement si une césarienne est nécessaire. Il est important pour la plupart des femmes enceintes de se préparer le plus tôt possible à cette éventualité.

Matériel et méthodes:

Il s'agit d'une étude de cohorte prospective.

Critères d'inclusion:

- ≥ 1 antécédent de césarienne
- Grossesse unique entre 11-13 6/7 SA
- Patiente majeure, acceptant la voie endovaginale dans le cadre des soins courants

Critère d'exclusion

- Cicatrice utérine autre que transversale basse (myomectomie, césarienne corporéale ou en T inversé)
- Grossesse multiple
- Anomalie fœtale létale connue
- Menace de fausse couche

Taille de l'échantillon:

385 femmes

Dr N. Jastrow-Meyer : 32 277 et le service des Ultras-Sons

TRANSMISSION DES ANTICORPS MATERNELS CONTRE LA COQUELUCHE AUX NOUVEAU-NÉS EN FONCTION DU MOMENT DE LA VACCINATION DE LEUR MÈRE PENDANT LA GROSSESSE

Juillet 2014

Cette étude a pour but de mesurer la quantité d'anticorps maternels contre la coqueluche transmise aux nouveau-nés pendant la grossesse et de déterminer comment elle augmente en fonction du moment de la vaccination des mamans pendant leur grossesse.

Objectif

La vaccination de la mère est en train de devenir la stratégie optimale contre la coqueluche précoce du nourrisson.

Actuellement, personne ne sait si une période de la grossesse est meilleure qu'une autre pour protéger les nouveau-nés. Nous réalisons donc cette étude pour évaluer quel est le meilleur moment de la grossesse

pour vacciner la femme enceinte contre la coqueluche afin que l'enfant reçoive un maximum d'anticorps.

Après avoir coupé le cordon ombilical du nouveau-né à la naissance, nous analyserons les anticorps dans le sang du cordon ombilical.

Critères d'inclusion:

- Femmes enceinte vaccinées contre la coqueluche pendant la grossesse

Critères d'exclusion:

- Déficit immunitaire congénital
- Traitement immunosuppresseur pendant les derniers 3 mois
- Infection VIH
- Exposition prouvée (culture ou PCR) à la coqueluche < 5ans
- Vaccination connue contre la coqueluche < 5ans avant la grossesse.

Taille de l'échantillon:

210 patientes vaccinées au 2^{ème} trimestre de la grossesse
 210 patientes vaccinées lors du 3^{ème} trimestre
 100 patientes vaccinées accouchant < 37 SA

Antonina Chilin : 32 302

Véronique Othenin-Girard: 32 380

Responsables de l'étude à la maternité:

Dr B. Martinez de Tejada

Dr. M. Boukri

LES DIP-STR : DES NOUVEAUX MARQUEURS GÉNÉTIQUES POUR LES ANALYSES FORENSIQUES ET POUR L'ÉTUDE DU MICROCHIMÉRISME

août 2013

Ce volet genevois d'une étude lausannoise du Dr ès Sc. Diana Hall (Unité de Génétique forensique, Centre universitaire romand de médecine légale) a pour but de développer une nouvelle méthode d'analyse permettant de détecter dans le sang maternel, grâce à des nouveaux marqueurs génétiques (les DIP-STR), la présence de l'ADN (acide désoxyribonucléique) du fœtus. Cet ADN est présent dans le sang de façon transitoire et en très faible quantité. Nous réaliserons des tests où seule la part infime d'ADN fœtale, transmise par le père biologique, sera détectable dans votre sang.

L'analyse de l'ADN fœtal présent dans le sang d'une femme enceinte pourrait servir de base pour le développement des tests prénataux. Cet examen serait moins invasif qu'actuellement l'amniocentèse.

Cette méthode d'analyse d'ADN pourrait également être utilisée pour certaines analyses judiciaires, lorsque du matériel biologique provenant de l'auteur d'un délit est mélangé à des grandes quantités de matériel biologique provenant d'une victime.

Critères d'inclusion /d'exclusion: Microchimérisme associé à la grossesse : 10 ml de sang des femmes enceintes seront prélevés chez des femmes volontaires, lors des 3 trimestres de la grossesse. Chez le père de l'enfant, un prélèvement de salive sera réalisé (écouvillon en mousse que l'on passe le long de la joue interne).

Taille de l'échantillon: 100 femmes enceintes et leur mari. Actuellement, 35 couples participent.

Médecin responsable de l'étude à la maternité des HUG: Pr O.Irion
V. Othenin-Girard Tél: 32 380

TRAITEMENTS ANTIDÉPRESSEURS DURANT LA GROSSESSE ET L'ALLAITEMENT

Avril 2014

Introduction:

15 à 20 % des femmes présentent des symptômes de dépression durant la grossesse et la période postpartum. Les études ont bien montré la nécessité de traiter les mères souffrant de troubles anxiodépressifs pendant la grossesse ou l'allaitement, afin d'améliorer leur santé psychique et de ce fait la qualité de leur relation avec leur bébé, et, le développement de l'enfant. D'autre part, les bienfaits de l'allaitement ne sont plus à démontrer, tant sur la santé des mères et des enfants, que sur la relation mère-enfant, et probablement aussi sur le développement de l'enfant. C'est pourquoi à l'heure actuelle les antidépresseurs sont largement prescrits pendant la grossesse et l'allaitement chez les mères souffrant de troubles anxio-dépressifs. Nous sommes toutefois loin de tout connaître sur le passage de ces médicaments dans le lait maternel et sur l'évolution des enfants exposés pendant la grossesse et l'allaitement. Les antidépresseurs de la classe des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (SSRI) et de la sérotonine/noradrénaline (SNRI) sont largement prescrits pendant la grossesse car ils n'ont pas été associés à un potentiel tératogène élevé, par contre, ils ont été associés à des troubles de l'adaptation néonatale.

Objectifs:

Etudier la pharmacocinétique des antidépresseurs SSRI et SNRI et évaluer l'exposition de l'enfant allaité à ces médicaments par un suivi des enfants exposés à la naissance, à 6, 18, et 36 mois.

Critères d'inclusion:

Toutes les femmes enceintes ≥ 18 ans >34 SA, sous traitement antidépresseur de la classe des SSRI/SNRI (citalopram, escitalopram, sertraline, fluvoxamine, fluoxétine, paroxétine, venlafaxine ou duloxétine).

Planification des visites et des interventions:

A la naissance, une prise de sang maternel et du cordon ombilical seront effectuées pour la quantification des concentrations de médicaments et pour la réalisation des tests pharmacogénétiques. Trois auto-questionnaires seront distribués aux mères pour évaluer leur état psychique. Durant les premiers jours de vie, une évaluation de l'adaptation néonatale sera effectuée par le pédiatre puis un suivi de la croissance des enfants sera organisé à 6, 18, et 36 mois. Deux échantillons de lait seront prélevés au cours d'une même tétée (début et fin) pour l'évaluation de l'effet de la composition du lait sur les concentrations de médicaments (1^{ère} semaine puis 4–6 semaines) pour comparer l'influence de la maturité du lait sur les concentrations de médicaments.

Médecin responsable de l'étude à la maternité des HUG: Dr M. Epiney
R.Azbar tél: 32 370 (mardi et merc) V. Othenin-Girard Tél: 32 380

LE STRESS PRÉNATAL ET LA RÉACTIVITÉ DU JEUNE ENFANT : TRANSMISSION FŒTALE ET DÉVELOPPEMENT DU CERVEAU

Décembre 2011

Evaluer les implications neuro-développementales du stress prénatal, en particulier au niveau du développement du cerveau du fœtus et de la réactivité du bébé. Elle vise également à mieux identifier les situations et conditions de vie provoquant des états de stress neurobiologique et psychologique élevés chez la femme enceinte.

Les interactions familiales seront aussi analysées durant la période prénatale et après la naissance dans le but d'identifier les contextes interactionnels pouvant moduler les conséquences du stress prénatal.

L'étude utilise la situation de l'amniocentèse, connue pour induire un stress modéré, pour constituer deux groupes de 20 femmes chacun : un groupe de femmes ne faisant pas d'amniocentèse et un groupe faisant une amniocentèse en raison d'un risque avéré d'anomalie. Ces deux groupes de femmes seront évalués à chaque trimestre de la grossesse et lors de l'amniocentèse à l'aide de plusieurs mesures. Deux rendez-vous post-nataux seront proposés, l'un lors du test de « Guthrie » et le dernier lorsque l'enfant aura 4 mois.

Critères d'inclusion

Grossesse unique entre 10 et 12 semaines d'aménorrhée.

Variables étudiés

Les niveaux de stress neurobiologique (cortisol salivaire), psychologique (anxiété, dépression, événements de vie stressants, exposition à la violence) et neurovégétatif (rythme cardiaque) seront analysés au cours des trois trimestres de la grossesse.

Les modifications épigénétiques provoquées par l'exposition au stress seront analysées à partir du liquide amniotique prélevé à l'amniocentèse et à la naissance (placenta, sang de cordon).

Après la naissance, une IRM du cerveau de l'enfant sera proposée afin d'identifier d'éventuelles modifications structurelles en lien avec le stress maternel prénatal. Cette IRM sera réalisée lors du test de « Guthrie », ce qui nous permettra d'analyser également la réactivité du bébé peu de temps après la naissance, ceci sans l'exposer à un événement stressant supplémentaire.

Une mesure développementale du nouveau-né (NBAS) sera effectuée à la naissance et une évaluation du développement psychomoteur (Echelle de Bayley) sera proposée lors du rendez-vous à l'âge de 4 mois.

L'étude analysera également les interactions parents-enfant, afin de déterminer dans quelle mesure elles peuvent jouer un rôle modérateur sur l'impact du stress prénatal. A cet effet, une situation de jeu impliquant les deux futurs parents sera proposée lors du rendez-vous du 2ème trimestre (LTP, « Lausanne Trilogue Play») afin d'évaluer les interactions familiales durant la période prénatale. Cette même situation sera à nouveau proposée lorsque l'enfant aura 4 mois. La réactivité au stress de l'enfant sera évaluée à cet âge.

Taille d'échantillon

Actuellement, 33 femmes enceintes ont été incluses sur les 40 attendues.

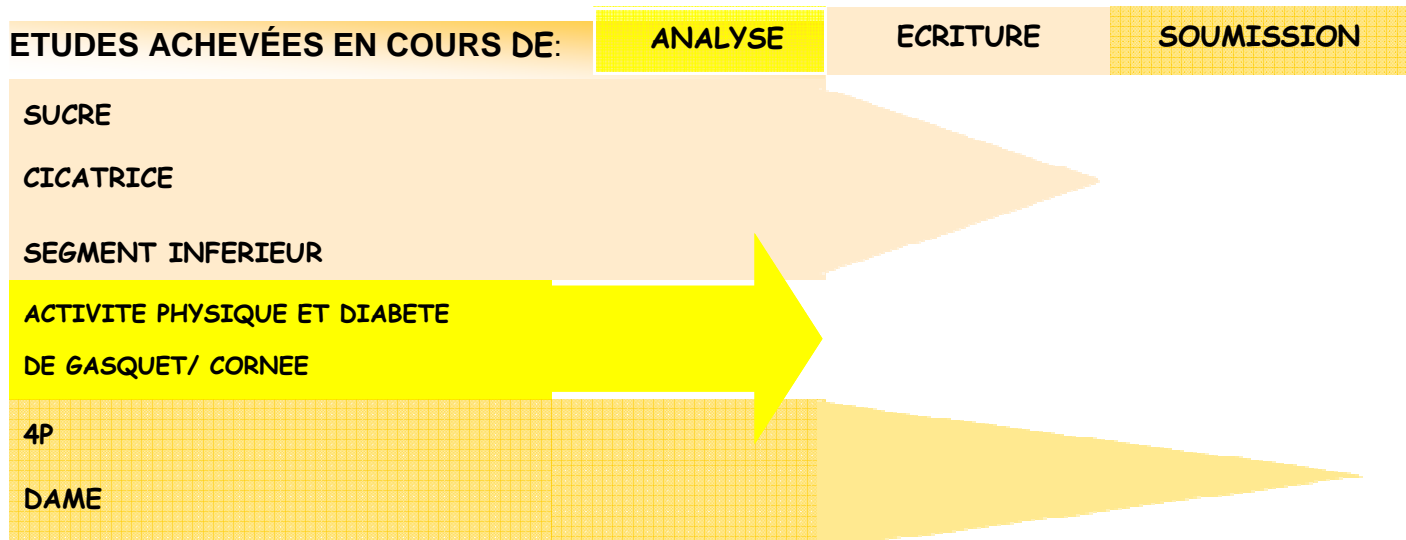
Dr Manuella Epiney
Rhimou Azbar tél: 32 370

VALIDATION DE DEUX QUESTIONNAIRES DE MESURE DU VÉCU DE L'ACCOUCHEMENT CHEZ LES MÈRES ET LES PÈRES : UNE COLLABORATION AVEC LA HEDS

Juin 2014

Background

La naissance d'un premier enfant est un événement pivot dans la vie d'une femme. Une expérience d'accouchement bien vécue peut conduire la femme à des sentiments profonds d'accomplissement, de valorisation et de confiance en soi. Mal vécue, elle peut avoir d'autres conséquences qui ont été décrites comme un sentiment de détresse maternelle, pouvant aller jusqu'à la dépression du post-partum et au syndrome de stress post-traumatique. L'enfant et le conjoint peuvent aussi subir ces conséquences pathologiques. Actuellement, beaucoup d'aspects physiques sont évalués autour de l'accouchement en termes de mortalité et de morbidité. Les aspects psychologiques qui contribuent à la construction de ce vécu sont beaucoup moins investigués et pourtant essentiels. Pour exemple, à ce jour, il n'y a aucun questionnaire validé en français évaluant le vécu de l'accouchement de façon multidimensionnelle. C'est un manque qu'il est urgent de combler pour nos futures recherches en périnatalité.



PUBLICATIONS 2013 -2014

- [Strategies for implementing the WHO diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy.](#)
Colagiuri S, Falavigna M, Agarwal MM, **Boulvain M**, Coetzee E, Hod M, Meltzer SJ, Metzger B, Omori Y, Rasa I, Schmidt MI, Seshiah V, Simmons D, Sobngwi E, Torloni MR, Yang HX.
Diabetes Res Clin Pract. **2014** Mar;103(3):364-72. doi: 10.1016/j.diabres.2014.02.012. Epub **2014** Feb 25.
- [Effect of physical activity during pregnancy on mode of delivery.](#)
Domenjot I, Kayser B, **Boulvain M**.
Am J Obstet Gynecol. **2014** Mar 14. pii: S0002-9378(14)00240-3. doi: 10.1016/j.ajog.2014.03.030.
- [Maternal positioning to correct occipito-posterior fetal position in labour: a randomised controlled trial.](#)
Guittier MJ, Othenin-Girard V, Irion O, **Boulvain M**.
BMC Pregnancy Childbirth. **2014** Feb 24;14:83. doi: 10.1186/1471-2393-14-83.
- [Antibiotics for preterm rupture of membranes.](#)
Kenyon S, **Boulvain M**, Neilson JP.
Cochrane Database Syst Rev. 2013 Dec 2;12:CD001058. doi: 10.1002/14651858.CD001058.pub3. Review.
- [Hydration for treatment of preterm labour.](#)
Stan CM, **Boulvain M**, Pfister R, Hirsbrunner-Almagbaly P.
Cochrane Database Syst Rev. 2013 Nov 4;11:CD003096. doi: 10.1002/14651858.CD003096.pub2. Review.
- [Increased salt sensitivity of ambulatory blood pressure in women with a history of severe preeclampsia.](#)
Martillotti G, Ditisheim A, Burnier M, Wagner G, **Boulvain M**, Irion O, Pechère-Bertschi A.
Hypertension. 2013 Oct;62(4):802-8. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.113.01916. Epub 2013 Aug 26.
- [Feasibility and safety study of a new device \(Odón device\) for assisted vaginal deliveries: study protocol.](#)
World Health Organization Odon Device Research Group, Schwartzman JA, Krupitzki H, Betran AP, Requejo J, Bergel E, Fiorillo AE, Gadow EC, Vizcaino FM, von Petery F, Althabe F, Belizan J, Borruto F, **Boulvain M**, Di Renzo GC, Gülmezoglu M, Hofmeyr J, Judge K, Leung TY, Nguyen MH, Saugstad OD, Temmerman M, Treisser A, Vayena E, Merialdi M.
Reprod Health. 2013 Jul 2;10:33. doi: 10.1186/1742-4755-10-33.
- [How to report and interpret fetal mortality.](#)
Meyer-Hamme U, Vochtchinina N, Irion O, **Boulvain M**.
Am J Obstet Gynecol. 2013 Nov;209(5):499-500. doi: 10.1016/j.ajog.2013.06.016. Epub 2013 Jun 13. No abstract available.
- [Tobacco and alcohol during pregnancy: prevalence and determinants in Geneva in 2008.](#)
Dupraz J, Graff V, Barasche J, Etter JF, **Boulvain M**.
Swiss Med Wkly. 2013 May 25;143:w13795. doi: 10.4414/smw.2013.13795.
- [Hypnosis for the control of pain associated with external cephalic version: a comparative study.](#)
Guittier MJ, Guillemin F, Farinelli EB, Irion O, **Boulvain M**, de Tejada BM.
J Altern Complement Med. 2013 Oct;19(10):820-5. doi: 10.1089/acm.2012.0945. Epub 2013 Mar 5.
- [Elevated middle cerebral artery peak systolic velocity as a prenatal manifestation of heterozygous type 2 alpha-thalassemia.](#)
Gwanmesia LM, Samii K, **Boulvain M**, Extermann P, Faigaux R, Fokstuen S.
Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013 Apr;167(2):235-6. doi: 10.1016/j.ejogrb.2012.12.007. Epub 2013 Jan 3. No abstract available.

PUBLICATIONS 2013 -2014 (suite)

[The Border of Reproductive Control: Undocumented Immigration as a Risk Factor for Unintended Pregnancy in Switzerland.](#)

Casillas A, Bodenmann P, **Epiney M**, Gétaz L, Irion O, Gaspoz JM, Wolff H.
J Immigr Minor Health. 2013 Nov 2. [Epub ahead of print]

[\[The art of being when there is nothing you can do: caring for perinatal bereavement\].](#)

Weber K, Canuto A, Toma S, Bonnet J, **Epiney M**, Girard E.
Rev Med Suisse. 2014 Feb 12;10(417):390-2. French.

[Validation of the antenatal perceived stress inventory.](#)

Razurel C, Kaiser B, Dupuis M, Antonietti JP, Citherlet C, **Epiney M**, Sellenet C.
J Health Psychol. 2014 Apr;19(4):471-81. doi: 10.1177/1359105312473785. Epub 2013 Mar 14.

[Validation of the post-delivery perceived stress inventory.](#)

Razurel C, Kaiser B, Dupuis M, Antonietti JP, Sellenet C, **Epiney M**.
Psychol Health Med. 2014;19(1):70-82. doi: 10.1080/13548506.2013.774431. Epub 2013 Mar 12.

[Influenza vaccination given at least 2 weeks before delivery to pregnant women facilitates transmission of seroprotective influenza-specific antibodies to the newborn.](#)

Blanchard-Rohner G, Meier S, Bel M, Combescure C, Othenin-Girard V, Swali RA, **Martinez de Tejada B**, Siegrist CA.
Pediatr Infect Dis J. 2013 Dec;32(12):1374-80. doi: 10.1097/01.inf.0000437066.40840.c4.

[\[Management of liver diseases during pregnancy\].](#)

Restellini S, **Martinez de Tejada B**, Spahr L, Giostra E.
Rev Med Suisse. 2013 Sep 4;9(396):1577-80, 1582-3. French.

[Perceived and measured physical activity and mental stress levels in obstetricians.](#)

Martinez de Tejada B, Jastrow N, Poncet A, Le Scouezec I, Irion O, Kayser B.
Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013 Nov;171(1):44-8. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.08.020. Epub 2013 Aug 16.

[Missed opportunities among HIV-positive women to control viral replication during pregnancy and to have a vaginal delivery.](#)

Aebi-Popp K, Mulcahy F, Glass TR, Rudin C, **Martinez de Tejada B**, Bertisch B, Fehr J, Grawe C, Scheibner K, Rickenbach M, Hoesli I, Thorne C; European Collaborative Study in EuroCoord; Swiss Mother & Child HIV Cohort Study.

J Acquir Immune Defic Syndr. 2013 Sep 1;64(1):58-65. doi: 10.1097/QAI.0b013e3182a334e3.

[Molecular-based screening for perinatal group B streptococcal infection: implications for prevention and therapy.](#)

Emonet S, Schrenzel J, **Martinez de Tejada B**.
Mol Diagn Ther. 2013 Dec;17(6):355-61. doi: 10.1007/s40291-013-0047-2.

[Neonatal pneumococcal sepsis associated with maternal tubo-ovarian abscess.](#)

Eperon I, Liberek C, Irion O, **Martinez De Tejada B**.
J Obstet Gynaecol. 2013 May;33(4):416-7. doi: 10.3109/01443615.2013.766680. No abstract available.

[Antibiotic resistance patterns among group B Streptococcus isolates: implications for antibiotic prophylaxis for early-onset neonatal sepsis.](#)

Capanna F, Emonet SP, Cherkaoui A, Irion O, Schrenzel J, **Martinez de Tejada B**.
Swiss Med Wkly. 2013 Mar 25;143:w13778. doi: 10.4414/smw.2013.13778.

[Free and total plasma levels of lopinavir during pregnancy, at delivery and postpartum: implications for dosage adjustments in pregnant women.](#)

Fayet-Mello A, Buclin T, Guignard N, Cruchon S, Cavassini M, Grawe C, Gremlich E, Popp KA, Schmid F, Eap CB, Telenti A, Biollaz J, Decosterd LA, **Martinez de Tejada B**; Swiss HIV Cohort Study; Mother & Child HIV Cohort Study. Antivir Ther. 2013;18(2):171-82. doi: 10.3851/IMP2328. Epub 2012 Aug 22

[\[Simulation in obstetrics\].](#)

Jastrow N, Picchiottino P, Savoldelli G, Irion O.
Rev Med Suisse. 2013 Oct 23;9(403):1938-40, 1942. French.

[Adverse obstetric outcomes in women with previous cesarean for dystocia in second stage of labor.](#)

Jastrow N, Demers S, Gauthier RJ, Chaillet N, Brassard N, Bujold E.
Am J Perinatol. 2013 Mar;30(3):173-8. doi: 10.1055/s-0032-1322515. Epub 2012 Jul 26.

[Tocolysis for preterm labor: expert opinion.](#)

Hösli I, Sperschneider C, Drack G, Zimmermann R, Surbek D, **Irion O**.
Arch Gynecol Obstet. 2014 Apr;289(4):903-9. doi: 10.1007/s00404-013-3137-9. Epub 2014 Jan 3.

[Association between anxiety and pain in the latent phase of labour upon admission to the maternity hospital: A prospective, descriptive study.](#)

Floris L, Irion O.

J Health Psychol. 2013 Oct 22.

ACTIVITÉ PHYSIQUE PERÇUE ET MESURÉE ET STRESS CHEZ LES OBSTÉTRICIENS

[Martinez de Tejada B¹](#), [Jastrow N](#), [Poncet A](#), [Le Scouezec I](#), [Irion O](#), [Kayser B](#).

¹Department of Obstetrics and Gynecology, University of Geneva Hospitals and Faculty of Medicine, Geneva, Switzerland.

OBJECTIFS

Travailler dans un service d'Obstétrique produit un stress subjectif et objectif important qui est perçu comme une activité physiquement exigeante par les obstétriciens. Le but de cette étude était de quantifier les niveaux d'activité physique et de stress psychologique chez des obstétriciens au travail et pendant leurs loisirs pour examiner leur association avec les niveaux d'activité physiques globaux et leur expérience professionnelle.

DESIGN DE L'ETUDE

18 obstétriciens de la Maternité des Hôpitaux Universitaires de Genève ont été inclus dans une étude prospective d'observation. L'activité physique et leur niveau de stress ont été mesurés dans deux domaines d'activité différents (la salle d'accouchement et le service des consultations prénatales) et à l'extérieur du travail. L'activité physique a été évaluée par un questionnaire validé, une échelle analogue visuelle (VAS) et le port d'un accéléromètre. Le stress a été évalué par des questionnaires validés, l'échelle analogue visuelle (VAS), la mesure dans les urines des catécholamines et du cortisol salivaire ainsi que des indices de variabilité du rythme cardiaque la nuit.

RÉSULTATS

Le niveau de stress était plus élevé au travail qu'à l'extérieur (tout, $P = 0.002$). Les dosages d'adrénaline ($P = 0.002$) et de dopamine ($P = 0.09$) étaient plus élevés après un changement de service; avec une tendance à une diminution de la variabilité du rythme cardiaque pendant la nuit. La moyenne du nombre de pas quotidiens était de 7132 (intervalle de 5283-8649 pas). Les sujets ont atteint une médiane de 32 minutes (intervalle de 19-49 minutes) d'activité physique quotidienne d'intensité modérée ou forte.

CONCLUSIONS:

Contrairement à la perception, le travail dans un service d'Obstétrique n'est pas exigeant physiquement. Il est, cependant, accompagné par un important stress mental subjectif et objectif qui peut avoir un impact négatif sur la santé lorsqu'il est combiné avec un manque d'activité physique régulière et quotidienne.

AUGMENTATION DE LA SENSIBILITE AU SEL DE LA PRESSION ARTERIELLE AMBULATOIRE CHEZ DES FEMMES AVEC UNE HISTOIRE DE PRE-ECLAMPSIE SEVERE

Gabriella Martillotti, Agnès Ditisheim, Michel Burnier, Ghislaine Wagner, Michel Boulvain, Olivier Irion, Antoinette Pechère-Bertschi

Les maladies cardiovasculaires sont la principale cause de décès chez les femmes dans les pays développés et sont surtout favorisées par l'hypertension. La sensibilité au sel de la pression artérielle (PA) est considérée comme un facteur de risque cardio-vasculaire à n'importe quel niveau de PA. La pré-éclampsie est un facteur de risque des maladies cardiovasculaires. Cette étude a mesuré, plusieurs années après la grossesse la sensibilité au sel de la PA chez les femmes ayant une pré-éclampsie sévère par rapport aux femmes sans complications hypertensives de la grossesse. Quarante femmes pré-ménopausées ont été recrutées 10 ans après leur accouchement. La sensibilité au sel de la PA a été définie comme une augmentation de > 4 mmHg 24 heures après sur une alimentation riche en sodium. La réponse de la TA ambulatoire au sel a augmenté de façon significative chez les femmes ayant des antécédents de pré-éclampsie par rapport à celle des témoins. La moyenne (intervalle de confiance à 95%) pendant la journée a considérablement augmenté de 115 (109-118) / 79 (76-82) mmHg lors d'un régime pauvre en sel à 123 (116-130) / 80 (76-84) lors d'un régime riche en sel chez les femmes ayant la pré-éclampsie, mais pas dans le groupe témoin (à partir de 111 [104-119] / 77 [72-82] à 111 [106-116] / 75 [72 à 79], respectivement, $P < 0,05$). L'indice de sensibilité du sodium (SSI = Δ pression artérielle / Δ excrétion de Na $\times 1000$) était de 51,2 (19,1 à 66,2) chez les femmes atteintes de pré-éclampsie et de 6,6 (5,8 à 18,1) mm Hg / mol par jour chez les témoins ($P = 0,015$). La baisse nocturne a été atténuée avec une alimentation riche en sel chez les femmes atteintes de pré-éclampsie. Notre étude montre que les femmes qui ont développé une pré-éclampsie sont sensibles au sel avant la ménopause, une conclusion qui peut contribuer à leur risque cardiovasculaire accru. Les femmes ayant des antécédents de pré-éclampsie sévère devraient être ciblées à un stade précoce pour des mesures préventives des maladies cardiovasculaires.