

Prise en charge actualisée d'un prolapsus génital et place et gestion des pessaires

I. Cible

Médecins gynécologues

II. Justification

Le prolapsus génital touche entre 30% et 50%¹ des femmes de tous âges et ses causes sont plurielles : grossesses, accouchements multiples ou encore ménopause. Elle est plus ou moins symptomatologique, gênante voir invalidante. Globalement, on estime que 10% à 20% des prolapsus sont pris en charge chirurgicalement, avec notamment la pose d'un implant pelvien visant à soutenir les organes qui s'affaissent. Mais certains de ces implants ont entraîné des complications chez des patientes opérées : douleurs et infections notamment. Dans de nombreux pays, les autorités sanitaires ont alors réévalué ces implants et leur utilisation a été restreinte. En France, ces implants ont fait l'objet d'une surveillance renforcée de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Ils doivent obtenir un avis favorable de la commission de la HAS en charge de l'évaluation des dispositifs médicaux (CNEDiMTS) avant toute utilisation sur le marché français.

Dans ce contexte, le ministère en charge de la Santé a saisi la HAS pour réévaluer la stratégie de prise en charge thérapeutique globale du prolapsus. Elle publie donc une recommandation de bonne pratique visant à aider les professionnels de santé à proposer des solutions thérapeutiques adaptées aux patientes souffrant d'un prolapsus génital pour en diminuer les symptômes tout en évitant la survenue d'effets indésirables ou de complications.

Ce séminaire se propose à partir d'une évaluation des pratiques de les sensibiliser à l'application pratique de ces recommandations

- Dépister, confirmer le diagnostic, éliminer toute autre pathologie et évaluer le prolapsus observé
- Evaluer le retentissement sur la vie quotidienne afin de choisir la PEC avec la patiente
- Choix du traitement de 1ere intention
- Intérêt des mesures hygiéno-diététique
- Prescription et gestion des pessaires en 1ere intention

III. Méthodologie

Évaluation des pratiques par la méthode d'audit + vignettes cliniques.

Le module comporte 2 phases :

- Phase non présentielle de travail en ligne non synchrone,
- Phase présentielle visioconférence synchrone.

IV. Objectifs de la formation

Objectifs de l'évaluation des pratiques

Objectif général : Optimiser le diagnostic et la prise en charge de 1ere intention des prolapsus génitaux

En première séquence du programme, mesurer les écarts de pratique par rapport aux recommandations de diagnostic et prise en charge d'un prolapsus génital (HAS Mai 2021 Prolapsus génital de la femme : en charge thérapeutique)

Diagnostic du prolapsus

Quantification des troubles liés au prolapsus et retentissement sur la qualité de vie

Bilan complémentaire

Prise en charge de 1ere intention du prolapsus

Prescription et surveillance d'un pessaire

En dernière séquence du programme, mesurer l'amélioration des pratiques des participants sur les mêmes thèmes.

Un renforcement des connaissances avec exposé des recommandations sera effectué à mesure de la correction des vignettes cliniques et analyse des données de l'audit et des vignettes cliniques mais étant partie intégrante de la démarche pédagogique valorisé au titre de l'EPP.

Objectifs de la FMC

. Actualiser les connaissances sur la place des différents traitements dans la PEC des prolapsus : kinésithérapie, pessaires, chirurgie

. Actualiser les connaissances sur la prescription et la surveillance des pessaires

Phase non présentielle

Le participant est sollicité pour un travail de réflexion individuelle tant sur le plan évaluation des pratiques professionnelles (EPP) que renforcement des connaissances, par l'envoi en ligne de documents, QCMs, Cas cliniques, grille d'audit à saisir en ligne en travaillant à partir de ses propres dossiers.

I. Moyens mis en œuvre

1) Logiciel d'enquête en ligne : Sphinx Déclic

Ce logiciel permet l'envoi de quizz, QCMs, cas/vignettes cliniques avec questions à réponses ouvertes ou QCMs, menus déroulants et la saisie de grilles d'audit.

Il permet :

- La réalisation de synthèses des réponses anonymisées du groupe,
- La synthèse des réponses d'un même participant à une grille d'audit sur x dossiers,
- L'analyse des réponses (analyses multivariées, critères de regroupement, conditionnelle...),
- L'envoi de cette synthèse aux participants et intervenants.

2) Espace réservé aux documents supports de la formation sur le compte du participant.

Existence sur le compte des participants du site EvalFormSanté d'un espace dédié à la formation leur permettant d'accéder aux documents post-formation présentielle (diaporama, articles compléments de FMC, analyse des enquêtes ...) Ces documents resteront accessibles pendant 1an. Ils pourront ainsi servir de base de référence pour leur pratique et la réalisation de l'audit post.

3) Forum en Ligne

Un forum réservé aux participants et intervenants sera ouvert sur le site EvalFormSanté pendant quelques semaines à la suite de la formation présentielle.

Il permettra un échange entre les participants et intervenants à propos de la 2^e phase d'EPP (audit clinique).

Les participants pourront ainsi :

- Débattre des difficultés rencontrées dans leur pratique sur l'application des recommandations avec les intervenants et autres participants,
- Réinterroger l'expert sur des points mal acquis.

Les participants au forum sont avertis par une notification de nouveaux documents mis sur le forum et des nouvelles discussions et interventions au sein de ces discussions.

II. Déroulé de la phase non présentielle en ligne

Le temps de cette phase de travail est valorisé en non présentiel non connecté car que ce soit lors de la réalisation des cas cliniques, le temps connecté n'est que celui du téléchargement des documents ou de la saisie de leur réponse et n'est aucunement le reflet du temps de travail de FMC ou d'analyse de pratique réalisé par les participants

Évaluation des pratiques professionnelles non présentielle : 4h

1/ Évaluation des pratiques professionnelles non présentielle : phase 1 unité 1 : 2h

A/ méthode audit clinique 1H30

Audit à effectuer sur les dossiers patients et à transmettre à l'OA via le logiciel d'enquête en ligne, basé sur les recommandation/consensus (Voir annexe).

HAS Mai 2021 Prolapsus génital de la femme en charge thérapeutique https://www.has-sante.fr/jcms/p_3270984/fr/prolapsus-genital-de-la-femme-prise-en-charge-therapeutique

Dossiers patients cibles de l'audit :

Dossiers de patiente vues dans le postpartum dans le mois précédant la formation

10 dossiers de patientes vues quel que soit le motif de consultation dans le mois précédant la formation présentielle

5 dossiers de patientes présentant un prolapsus

La grille d'audit est adressée en ligne aux participants.

Elle est construite avec des réponses fermées (oui/non, menu déroulant, QCM) afin de permettre :

- Une synthèse individuelle des réponses du participant,
- Une synthèse des réponses anonymisées du groupe.

La synthèse des réponses du participant lui sera renvoyée (mail) afin qu'il puisse après l'exposé des attendus lors de la phase présentielle s'interroger sur les écarts de sa pratique par rapport ces attendus et élaborer des pistes d'amélioration.

La synthèse des réponses du groupe sera transmise à l'expert et aux participants avant la formation présentielle. Elle servira de support lors de la phase présentielle d'EPP à l'analyse collective des écarts aux recommandations et à l'élaboration de pistes d'amélioration par le groupe.

Cette synthèse en poolant les réponses permet puisque les participants ont le même type d'exercice.

- Un échantillonnage conforme à la méthodologie de l'HAS d'analyse de l'audit sur plus de 10 dossiers représentatifs de l'exercice des participants, même si certains participants n'ont pas pu ressortir chacun ces 10 dossiers de patients tirés de leur exercice.
- Un échantillonnage de dossiers plus large et représentatif afin que la réflexion en groupe sur cet audit et les écarts par rapport aux recommandations soit plus significatif.

B/ vignettes cliniques : 30 min

2 ou 3 **vignettes cliniques** sont adressées à réaliser sur le logiciel d'enquête en ligne.

Elles portent sur les mêmes objectifs que l'audit mais complètent celui-ci en plaçant le participant dans des situations qu'il ne rencontrerait pas forcément sur le temps imparti de l'audit.

Les mises en situation choisies selon le thème du DPC sont issues de l'exercice des concepteurs du programme. Ce choix permet au participant d'évaluer son raisonnement et sa démarche clinique dans un contexte proche de ses conditions d'exercice, favorisant ainsi l'acquisition des connaissances et l'amélioration des pratiques.

Ces vignettes cliniques

- Correspondent et donc se déroulent selon la séquence de mises en situations cliniques réelles
- Ont été validées par un comité d'expert
- Leur faisabilité testée par un panel de public cible
- Les questions ont été élaborées selon les objectifs d'analyse de pratique

Les intervenants (experts, animateurs...) auront été formés et auront l'expérience du déroulement d'une formation DPC selon la méthodologie des vignettes cliniques.

Les questions interrogent les objectifs qui permettent d'analyser les points critiques de la prise décisionnelle et sont élaborées afin de répondre aux recommandations de bonne pratique. Ces choix ont été validés par notre comité pédagogique et leur faisabilité testée sur un panel issue de la population cible.

Ces mises en situation clinique se dérouleront comme lors d'une prise en charge (PEC) en situation réelle d'un(e) patient(e) et pour certaines donc en différentes séquences successives correspondant aux différentes phases de la PEC.

Les mises en situation clinique sont à réaliser sur notre logiciel d'enquête en ligne avant la formation présentielle. Le logiciel permet aux participants de sauvegarder et éditer leurs réponses. Il nous permet aussi d'en faire une analyse individuelle et collective.

Les vignettes seront reprises et traitées en formation présentielle et cette correction sera l'occasion de l'exposé des recommandations.

Une synthèse anonymisée des réponses est effectuée. Elle est transmise à l'expert avant la formation présentielle afin d'identifier au mieux les besoins des participants et lui permettre de structurer son intervention au plus juste.

Elle est également mise à disposition des participants sur l'espace dédié de leur compte participant afin de leur permettre :

- De comparer leur pratique non seulement aux recommandations présentées en séance mais aussi à celles des membres du groupe.
- D'analyser les causes d'écarts de leur pratique par rapport aux attendus et d'élaborer des pistes d'amélioration
- D'analyser l'évolution de leur pratique à la suite de la formation en la comparant à la synthèse des réponses aux vignettes post.

2/ Évaluation des pratiques professionnelles non présentielle : **Unité 4 : 2h**

Matériel pédagogique :

a/ Réponses du participant

Une synthèse de ses propres réponses à l'audit pré et post est adressée à chaque participant en plus de la synthèse des réponses du groupe.

Pour les vignettes cliniques, chaque participant pourra à mesure sauvegarder ses réponses, la synthèse des réponses du groupe lui sera adressée.

b/ Ressources pédagogiques pour l'autoanalyse de pratique et le 2e tour d'analyse de pratique

Cf. ci-dessous, ces documents seront accessibles et téléchargeable pendant 1 an sur l'espace dédié de leur compte sur notre site.

A/ Auto-analyse des pratiques en non présentiel

Les participants recevront la synthèse de leurs réponses à l'audit. A partir de celle-ci et des réponses aux vignettes cliniques qu'ils auront sauvegardé, ils analyseront leurs pratiques et l'évolution de celles-ci à partir des attendus et recommandations à l'issue des 2 tours d'audit et établiront leurs propres pistes d'amélioration.

Il leur sera adressé un document leur permettant de synthétiser leurs réflexions et suivre la mise en place de leurs pistes d'amélioration des pratiques.

- A l'issue de la correction du 1er tour d'évaluation des pratiques (pré présentiel) : causes d'écart et pistes d'amélioration personnelles et collectives envisagées.
- A l'issue du 2e tour d'évaluation des pratiques : analyse des écarts persistants aux attendus et causes personnelles - nouvelles pistes d'amélioration envisagées.

B/ Évaluation des pratiques 2^e tour : audit clinique

La méthode utilisée pour le 2^e tour d'évaluation des pratiques est celle de l'audit clinique.

Après la session présentielle, les mêmes grilles d'audit que pour la phase pré est adressée 1 mois après la formation présentielle.

Elle est à saisir en ligne pour les mêmes dossiers de patientes cibles vus dans les 2 mois suivant la formation.

Le principe de la synthèse et du poolage exposé ci-avant est repris pour l'audit post.

Une synthèse de ses réponses personnelles est de nouveau adressée au participant par mail afin de lui permettre, en la comparant à la synthèse pré, une autoanalyse de l'évolution de sa pratique par rapport aux attendus et y effectuer de nouvelles corrections.

La synthèse des réponses post du groupe est adressée à l'expert et au pilote qui feront un commentaire sur l'évolution des pratiques par rapport à la phase pré de l'audit et les points restant à préciser.

Un forum interactif est ouvert en post formation (cf. ci-dessous). La synthèse des réponses du groupe et les commentaires sont mis à disposition des participants sur l'espace dédié de leur compte et sur un forum. Celui-ci permettra aux participants et intervenants d'échanger à l'issue de ce 2^{ème} tour de façon plus interactive que par mail sur l'évolution de leurs pratiques, les difficultés rencontrées et nouvelles pistes d'amélioration éventuelles.

C/ Lecture ressources pédagogiques pour l'autoanalyse de pratique et le 2e tour d'analyse de pratique

La lecture des ressources pédagogiques sélectionnées par l'expert est une étape à part entière de la démarche d'analyse de pratique car leur contenu :

- Constitue une base de connaissance à laquelle les participants peuvent se référer lors de l'auto-analyse de leur pratique ;
- Répond aux besoins d'actualisation des connaissances ressentis lors de l'analyse personnel ou collective du 1^{er} tour d'audit en venant renforcer et/ou compléter des informations de FMC n'ayant pu être détaillées compte tenu du timing de la phase présentielle (présentations d'études de référence, détails des recommandations...)
- Servira de support pour la réalisation 2e tour de l'EPP d'audit clinique ;
- Servira de base référentielle pour les améliorations de pratique à l'issue du 2^e tour d'audit.

Diaporamas des interventions de l'expert

Les diaporamas supports des interventions de l'expert lors de la session présentielle seront mis en ligne à l'issue de celle-ci à disposition des participants sur l'espace dédié sur leur compte.

Ils pourront aller au-delà du diaporama utilisé en séance (présentation d'études non détaillées compte-tenu du temps imparti à cette séquence ...).

Attendus de l'audit et correction des vignettes cliniques

Articles complémentaires à la FMC présentielle

Il ne s'agit pas de la liste de bibliographie fournie par ailleurs aux participants.

Il s'agit de textes (articles, extrait d'ouvrages, détails de recommandations, PDF interactifs de suivi de recommandation...) choisis spécifiquement par l'expert pour venir compléter et enrichir les éléments d'actualisation des connaissances délivrée en présentiel ou de textes auxquels il fait référence lors de la formation mais dont l'intégralité ne peut être développée dans le temps imparti à celle-ci.

Ils peuvent être enrichis par rapport au dossier initialement déposé après identification des besoins d'actualisation des connaissances issue de l'analyse du 1^{er} tour d'audit.

Ils seront transmis soit sous forme de PDF (pour des articles non accessibles en dehors d'abonnements ou articles sous presse ou extraits de livres, revues...) ou sous forme de lien internet s'ils sont en accès libre. Leur lecture sera validée par des QCMs test de lecture.

Exemples d'articles/revues.... Ils pourront être complétés par l'expert selon l'évolution de l'actualité et les besoins des participants évalués lors des 1eres phase de la formation

- HAS Mai 2021 Prolapsus genital de la femme en charge thérapeutique : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3270984/fr/prolapsus-genital-de-la-femme-prise-en-charge-therapeutique

- Directive clinique de la sogc| volume 43, issue 2, p267-280.e1, february 01, 2021, directive clinique 411, utilisation des pessaires ,
- Bilan avant le traitement chirurgical d'un prolapsus génital : Recommandations pour la pratique clinique, Progrès en Urologie Vol 26, N° 2HS - juillet 2016 pp. 8-26, <http://www.em-consulte.com/en/article/1069837>

D/ Forum interactif (Temps non valorisé dans cette formation)

A la suite de la formation présentielle ouverture sur notre site aux participants à la formation et aux experts d'un forum interactif (cf. moyens utilisés).

Ce Forum permet aux participants et à l'expert d'échanger à l'issue du 2^e tour d'audit.

Ce forum permet également aux participants d'exposer au groupe et à l'expert leurs questions, cas cliniques difficiles, difficultés rencontrées sur l'application des recommandations dans leur pratique quotidienne à l'issue de la formation et échanger à ces sujets non seulement avec l'expert mais aussi le groupe. Cet échange avec leurs pairs renforce la mise en œuvre en pratique des pistes d'amélioration identifiées lors de la session présentielle de l'audit.

L'expert et le pilote/animateur déposeront sur ce forum leurs commentaires au décours de l'analyse de pratique post présentielle et y interrogeront les participants sur les écarts résiduels.

Les participants pourront en réagissant sur le forum ainsi élaborer individuellement ou collectivement de nouvelles pistes d'amélioration de pratique si nécessaire.

Phase présentielle

I Moyens mis en œuvre.

A. Présentiel Visioconférence synchrone

La session présentielle se déroulera en classe virtuelle en visioconférence synchrone.

Celle-ci sera réalisée sur une plateforme (type Zoom pro) permettant une interactivité (sondage, chat ...), la répartition des inscrits en sous-groupe si nécessaire et une traçabilité du temps de connexion.

Le lien d'accès à la visioconférence sera envoyé aux participants 2 jours avant celle-ci ainsi que les coordonnées (mobile, courriel) de la personne ressource à contacter en cas de difficultés de connexion.

II. Contenu

1/ Analyse de la pratique en présentiel 2 h **Unité 2**

- Phase d'analyse collective de l'audit et des vignettes clinique :

A partir de la synthèse des réponses du groupe à l'audit clinique présentée par l'animateur, débat entre les participants et avec l'expert sur les écarts de pratique par rapport aux attendus issus des recommandations.

- Analyse de ces écarts et identification des causes (défaut de connaissances, difficultés de mise en applications pratique, difficultés de ressource...),
- Élaboration de pistes d'amélioration.

Ayant reçu au préalable la synthèse de leurs réponses, les participants pourront effectuer également une réflexion personnelle sur leurs propres écarts de pratique par rapport à ces attendus, leurs causes et élaborer leurs propres pistes d'amélioration qu'ils pourront confronter à celles du groupe.

2/ Formation cognitive présentielle : 1 h **Unité 3**

, exposé par l'expert des recommandations des sociétés savantes et l'actualisation des données scientifiques sur le thème.

III. Déroulé de la phase présentielle

Les temps d'accueil et conclusion sont valorisés à partie égale dans les sessions EPP et FMC.

1) Accueil des participants, exposé des attentes 10 min:

Selon le nombre de participant soit un tour de table sera effectué comme en présentiel physique soit les participants exprimeront par Chat leurs attendus. L'animateur en fera une synthèse, transmise à l'expert en temps réel. Il s'en servira en fin de séance pour vérifier que l'expert a bien répondu à toutes les attentes.

Pour le reste du déroulé EPP ou FMC, les participants pourront être sollicités à répondre par bouton de vote, réponse par Chat (l'animateur synthétisant alors les réponses) ou prise de parole.

Ils feront connaître leurs remarques ou poseront des questions soit par Chat l'animateur se faisant le rapporteur soit lors d'un temps dédié à un échange verbal qui sera prévu après chaque vignette ou chapitre.

2) Session EPP (1H50) ; :

A partir de la synthèse des réponses à l'audit et de la correction des vignettes cliniques, pour chaque sujet

Présentation des attendus

Analyse des écarts par rapport aux attendus et identification des causes (défaut de connaissances, difficultés de mise en applications pratique, difficultés de ressource...).

- Élaboration de pistes d'amélioration
 - Formation continue actualisation des connaissances
 - Présentation des recommandations en séances + en post lecture individuelle des recommandations et articles complémentaires fournis par les experts selon les besoins ressentis d'actualisation des connaissances par chacun en fonction de ses propres écarts par rapport aux attendus
 - Mise en place de réseau de « ressources » locaux, avis bilan...
- Examen clinique du périnée : dépistage et/ou diagnostic d'un prolapsus selon l'âge de la vie : post partum, femme de plus de 40 ans, femme ménopausée
- Bilan urinaire et rectal d'un prolapsus
- Pec de 1ere intention
- Prescription et surveillance d'un pessaire

3) Session FMC (50 min) **Unité 3**

la FMC est intriquée à la phase d'EPP avec exposés à mesure de l'analyse de l'audit et des vignettes s'y rapportant

Exposé : Place et actualisation des connaissances sur les différents traitements des prolapsus 20min
Prescription en 1ere intention des pessaires : choix et surveillance

4) Questions diverses (10 minutes) et vérification de la réponse aux attentes

Évaluation de la formation

I. Questionnaire de satisfaction

Un questionnaire est rempli par chaque participant à l'issue de la formation présentielle. Il renseigne sur les conditions du déroulé de cette séquence.

II. Évaluation des messages retenus,

(Non valorisé en FMC car correspondant à une séquence de moins d'1H)

QUIZZ-QCMs pré test

Des QUIZZ - QCMs correspondant aux messages principaux de la formation cognitive liée à l'analyse présentielle des résultats de l'audit et de la lecture d'article seront adressés par le logiciel d'enquête en ligne avant la phase présentielle.

Il sera effectué les synthèses des réponses anonymisées du groupe qui seront analysées par les intervenants en pré formation afin de mieux cibler les besoins.

QUIZZ-QCMs post test

Les mêmes QUIZZ - QCMs que le prétest correspondant aux messages principaux de la formation cognitive liée à l'analyse présentielle des résultats de l'audit et de la lecture d'article seront adressés par le logiciel d'enquête en ligne durant le mois suivant celle-ci en post test de lecture et évaluation des messages retenus.

Une synthèse des réponses anonymisées est également effectuée et sera analysée et comparée à la synthèse des pré test par les intervenants en post formation afin d'évaluer l'acquisition des messages principaux. L'expert/pilote les commenteront le cas échéant en précisant les messages mal acquis. Synthèse des réponses, Analyse, attendus et commentaires de l'expert sont mis à disposition en ligne des participants sur l'espace dédié de leur compte et /ou par le biais du forum interactif. Les participants pourront ainsi comparer l'évolution de leurs pratiques.

Bibliographie

Donon [1], S. Warembourg [2], J.-F. Lapray [3], A. Cortesse [4], J.-F. Hermieu [5], B.Fatton [2], M. Cayrac [6], X. Deffieux [7], M. Geraud [8], L. Le Normand [9]

Bilan avant le traitement chirurgical d'un prolapsus génital : Recommandations pour la pratique clinique

Progrès en Urologie Vol 26, N° 2HS - juillet 2016 pp. 8-26

<http://www.em-consulte.com/en/article/1069837>

SOGC 2013 : Mise à jour technique sur l'utilisation des pessaires

Robert et al J Obstet Gynaecol can 2013

<https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/07/gui294CPG1307Fabstract.pdf>

Lousquy R, Costa P, Delmas V, Haab F. État des lieux de l'épidémiologie des prolapsus génitaux. Prog Urol 2009;19:907-15

<http://www.urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/2009/v19i13/S1166708709003236/main.pdf>

Adjoussou SA, Bohoussou E, Bastide S, Letouzey V, Fatton B, de Tayrac R. Prévalence des troubles fonctionnels et associations anatomo-fonctionnelles chez les femmes présentant un prolapsus génital. Prog Urol 2014;24:511-7.

<http://urofrance.org/fileadmin/documents/data/PU/2014/v24i8/S1166708713008385/main.pdf>

CNGOF 2016 Recommandations sur le traitement chirurgical du prolapsus non récidivé :

http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2016%2BProlapsus%252FRPC_2016_Prolapsus_gnital_VF.pdf&i=7801

HAS Mai 2021 Prolapsus génital de la femme en charge thérapeutique : [https://www.has-](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3270984/fr/prolapsus-genital-de-la-femme-prise-en-charge-therapeutique)

[sante.fr/jcms/p_3270984/fr/prolapsus-genital-de-la-femme-prise-en-charge-therapeutique](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3270984/fr/prolapsus-genital-de-la-femme-prise-en-charge-therapeutique)

CNGOF 2018 Communiqué Chirurgie de l'incontinence urinaire d'effort et prolapsus génital

<http://www.cngof.fr/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=Clinique%252Freferentiels%252Fchirurgie%252Fcommuniqué-BSU-CNGOF-septembre-2018.pdf&i=20861>

Directive clinique de la sogc| volume 43, issue 2, p267-280.e1, february 01, 2021, directive clinique 411, utilisation des pessaires ,

ANNEXE vignettes cliniques, Audit

I. VIGNETTES CLINIQUES, exemples

VIGNETTE 1 –

Madame X , 26 ans, professeur de gymnastique, IMC 22, allergique au pollen,
Cure d'hémorroïdes avant sa grossesse.

Primipare primigeste, grossesse sans problème, accouchement spontané par voie basse
/ péridurale d'un enfant de 4120 g, déchirure périnéale de degré 1 , allaitement maternel

A présenté une pesanteur pelvienne ++ dans le post partum immédiat avec oedème vulvaire important
et constipation opiniâtre. Elle a effectué une rééducation périnéale

Elle vous consulte 3mois après l'accouchement pour:

- sensation de pesanteur pelvienne en fin de journée
- fuites de gaz vaginales
- perte de sensibilité aux rapports sexuels
- impression occasionnelle de mauvaise vidange vésicale, sans IUE ni urgenturie (ECBU récent négatif)

A l'examen clinique vous constatez :

- une bonne trophicité des muqueuses
- une cicatrice périnéale souple et indolore
- un diastasis du pubo rectal
- une béance vulvaire modérée

La contraction du muscle pubo rectal est cotée a 3.5/5, sans inversion de commande ni parasitage
périphérique, d'endurance moyenne

A la poussée, vous notez une cystocèle II, une rectocèle II, une hystéroptose I

Que lui prescrivez ou réalisez-vous comme bilan complémentaire ? Obj B

- un bilan urodynamique
- une échographie pelvienne à la recherche d'une pathologie uterine ou ovarienne
- une echographie

Que lui conseillez vous ? obj C

- essayer le port d'un pessaire
- continuer la rééducation périnéale standard
- pratiquer une rééducation hypopressive
- traiter sa constipation

Mme X... choisit un pessaire

- En quoi l'utilisation du pessaire peut-elle améliorer le confort chez cette patiente ?
 - 1-contenir la cystocèle
 - 2-contenir la rectocèle
 - 3-diminuer la pesanteur pelvienne
 - 4-améliorer la constipation terminale

- 5-corriger la béance vulvaire
- 6-améliorer le tonus périnéal
- 7-limiter les hyperpressions

- Peut on utiliser un pessaire en suites de couches immédiates ?

1-non, du fait de

- la fragilité de la suture périnéale
- du risque d'infection
- l'allaitement maternel qui est une contre-indication à l'utilisation du pessaire

2-oui , quel type de pessaire

- Cube
- Anneau
- l'un ou l'autre
- en silicone
- en latex

Vous prescrivez un pessaire cube a Mme X...

- Vous lui apprenez a le mettre en place et a l'enlever pendant la CS
- Vous prescrivez le dispositif sans apprentissage
- Vous prescrivez des ovules d'œstrogènes locaux
- Vous lui conseillez de l'utiliser uniquement dans des situations d'hyperpressions
- Vous la revoyez 3 mois après la prescription

Six mois après son accouchement , elle consulte pour son suivi gyneco. Elle est satisfaite de son pessaire, notamment pour son activité professionnelle, ne se plaint pas d'incontinence urinaire, mais trouve la pose quotidienne contraignante, Que lui proposez vous ?

- L'utilisation du pessaire de façon intermittente
- La gestion des facteurs de risques de prolapsus(équilibre pondéral, traitement de la constipation, activité physique régulière)
- Une réévaluation annuelle de la situation
- Un suivi semestriel
- Une consultation uniquement en cas de retour des symptômes

-

VIGNETTE 2

Madame X, 70 ans ,3 enfants nés par voie basse et poids normal, consulte pour une pollakiurie invalidante, avec perception à la toilette d'une boule vulvaire comme avant sa chirurgie du prolapsus

Elle est agricultrice en retraite, elle jardine, marche avec ses amies et danse (danse bretonne) Son IMC est a 27, elle est hypertendue, et traitée pour une hypercholestérolémie, Elle est ménopausée (sans THS), veuve sans activité sexuelle Elle a subi une cure de prolapsus génital a 65 ans : hystérectomie totale par voie basse et pose de prothèses antérieure et postérieure après rééducation périnéale

L'interrogatoire précise les signes urinaires

- Pollakiurie diurne et nocturne,(3 levers la nuit) entraînant une limitation de ses activités
- incontinence à l'effort aléatoire,
- urgences mictionnelles sans fuite,
- dysurie avec un jet mou parfois et une miction longue à initier

- 3 infections urinaires dans 1 année

Elle se plaint de signes digestifs

- Constipation occasionnelle gérée par l'alimentation
- Dyschésie occasionnelle si la patiente est loin de chez elle
- Pas d'incontinence anale aux gaz

A l'examen clinique :

Mauvaise trophicité

Zone sous urétrale mobile , pas de fuites à la toux .

Cystocèle II

Dôme vaginal en place

Pas de rectocèle

Testing périnéal a 4/5, bien commandé, endurant, sans parasitage périphérique

Quels examens prescrivez-vous en première intention ? objectif B

ECBU

échographie pelvienne

recherche de résidu post mictionnel

BUD

réalisation d' un calendrier mictionnel

Les examens que vous avez prescrits préalablement montrent

- l'absence d'infection urinaire
- un résidu mictionnel de 150ml sans pessaire, nul si pessaire en place
- un calendrier mictionnel montrant des apports a 1.5 l et des mictions a 250/300ml dans la journée, 1 miction occasionnelle la nuit, mais l'utilisation de 2 garnitures /j

Quelle PEC proposez-vous ? obj C

Nouvelle séquence de rééducation périnéale

Avis urologique

Avis chirurgical

Prescription médicamenteuse

- anticholinergiques pour traiter les urgences
- oestrogènes locaux pour améliorer la trophicité-
- consommation de canneberge

Aucun médicament

Pose d'un pessaire

Si vous posez un pessaire ?

pour éviter la majoration du prolapsus

pour évaluer le rôle de la cystocèle dans les manifestations urinaires

Si vous ne posez pas un pessaire ?

- parce que la cystocèle est modérée
- parce qu'elle est trop importante
- mauvaise trophicité vulvo vaginale
- parce qu'il est contrindiqué en cas de chirurgie antérieure

après discussion avec la patiente vous mettez en place un pessaire anneau .

un mois plus tard, à la consultation de contrôle, elle se dit améliorée :

- diminution du nombre des mictions diurnes et nocturnes.
- amélioration de la qualité de la miction : jet dru, initiation facile

-mais, apparition d'une incontinence à l'effort quotidienne l'obligeant à se garnir

Qu'allez-vous conseiller à Mme X... ?

1-l'essai de pessaire est satisfaisant car il confirme que pollakiurie et dysurie proviennent du prolapsus

- vous confirmez le choix du pessaire et conseillez le port de garnitures
- vous prescrivez une rééducation complémentaire

1- l'essai de pessaire n'est pas satisfaisant puis qu'une IUE est démasquée

- vous choisissez un autre type de pessaire
- vous l'orientez vers un chirurgien

En accord avec la patiente, vous choisissez un autre type de pessaire

1- lequel est capable de corriger la cystocèle et l'IUE en même temps ?

- | | | | |
|--------------------------------|-----|-----|-------------|
| un anneau de taille supérieure | oui | non | ne sait pas |
| un cube | | | |
| un dish | | | |
| un donut | | | |

2 vous mettez en place un pessaire cube, vous la revoyez 1 mois plus tard, la cystocèle est corrigée et l' IUE a disparu, la patiente désire poursuivre

- 1- vous lui demander de suivre la notice sans donner d'explications
- 2- vous lui apprenez pendant la CS a poser enlever son pessaire
- 3- vous l'informez des modalités de surveillance :

CS mensuel

CS annuel

Aucun suivi particulier

5- Quelles précautions conseillez vous d'observer :

- poursuivre une rééducation périnéale
- utilisation régulière d'antiseptiques vaginaux
- application régulière d'oestrogènes locaux
- pratiquer un ECBU mensuel
- ne sait pas

6 Quelles complications recherchez-vous au cours du suivi :

leucorrhées par infections vaginales

fissuration ou cassure du pessaire
érosions vaginales
cancérisation du col utérin
incarcération dans le tissu vaginal

Trois mois plus tard, la patiente consulte car le pessaire cube ne tient plus

Elle est soignée pour une BPCO , présente des crise de toux quotidiennes, et l'IUE réapparaît . Que lui, proposez vous :

- un pessaire de taille supérieure
- un traitement anticholinergique
- une éducation thérapeutique du contrôle de la toux
- un avis chirurgical

II. GRILLE AUDIT CLINIQUE

La grille d'audit est construite à partir de la recommandation :

HAS, Mai 2021, Prolapsus génital de la femme en charge thérapeutique : https://www.has-sante.fr/jcms/p_3270984/fr/prolapsus-genital-de-la-femme-prise-en-charge-therapeutique

- **A/ Grille d'audit à saisir pour les derniers dossiers de patiente vues dans le post-partum** dans le mois précédent en pré et dans les 2 mois suivants
- Avez-vous posé la question de l'existence de fuites urinaires ?
- Avez-vous posé la question de l'existence de fuites de gaz anales ?
- Avez-vous posé la question de la satisfaction de la reprise des rapports sexuels
- Avez-vous effectué un testing périnéal ?
- Avez-vous réalisé un examen avec valves ou spéculum à la recherche d'un prolapsus
- Avez-vous noté dans le dossier l'absence ou la présence d'un trouble débutant de la statique pelvienne(béance vulvaire, cystocèle, fuite a la toux)
- Si oui :
 - car systématique
 - car existence de facteurs de risque lors de l'accouchement
 - accouchement difficile
 - macrosomie foetale
 - travail prolonge
 - extraction instrumentale
 - déchirures périnéales
- Avez-vous prescrit une rééducation périnéale (toujours, souvent, parfois, non)

Si oui car

- systématique
- facteurs de risques incontinence urinaire
- troubles urinaires
- fuites de gaz anaux
- testing faible
- symptomatologie clinique

B/ grille d'audit pour 10 patientes de plus de 40 ans ayant eu des grossesses vues quel que soit le motif de consultation, les 10 dernières dans le mois précédent la formation présente et 10 vues entre 1 et 2 mois suivant la formation présente
réponses (oui/non)

- avez-vous dans le dossier noté la recherche de facteurs de risque de troubles périnéaux
 - ATCD accouchement difficiles et/ou manœuvres instrumentales lors de l'accouchement
 - Surpoids,
 - Sédentarité,
 - Toux chronique,
 - Poussée abdominale lors de la miction,
 - Posture inadaptée lors du port de charges
- avez-vous posé la question de l'existence d'incontinence urinaire ou autre trouble urinaire
 - à chaque consultation
 - au moins une fois dans les 3 dernières années
 - non
- avez-vous caractérisé le trouble urinaire s'il existait ?
- avez-vous recherché une symptomatologie de pesanteur pelvienne à la station debout prolongée
- avez-vous posé la question de troubles anaux : constipation, fuite anale de gaz
- avez-vous abordé la qualité des rapports sexuels
- avez-vous recherché l'existence d'un prolapsus : oui de façon systématique, oui car autre troubles (précisez) , non

C/ grille d'audit pour les patientes ayant un prolapsus vues dans le mois précédant la formation présente en pré et dans les 2 mois suivant en post

- lister les facteurs de risques associés susceptibles d'être corrigés :
 - Obésité
 - Sédentarité
 - Poussée abdominale lors des mictions et de la défécation
 - Éducation thérapeutique au port de charges
 - Traitement d'une toux chronique
 - Traitement de la constipation
- quantifié le gêne clinique et le retentissement sur la qualité de la vie
- Qualifié le prolapsus au 4 compartiment : cystocèle, hystéroptose, rectocèle, élytrocèle (tableau oui /non pour chaque)
- Quantifié le stade du prolapsus.
- effectué un testing périnéal

- recherché une incontinence urinaire d'effort ou autre trouble urinaire

Si oui et présence incontinence urinaire : avez-vous

Caractérisé le trouble urinaire : incontinence urinaire d'effort, pollakiurie, urgenturie, nycturie, dysurie ...

Précisé son retentissement sur la qualité de vie

- rechercher une incontinence anale

- effectué une échographie a la recherche de pathologies utérines ou ovariennes

- recherché une rétention urinaire en échographie

Quels troubles associés au prolapsus présentait la patiente : asymptomatique , urinaires, annaux, pesanteur gêne ou douleur pelvienne

Si la patiente présentait des troubles urinaires associés

Quel trouble urinaire :

Avez-vous

- prescrit un bilan urodynamique

- prescrit une rééducation périnéale

- envisagé la pose d'un pessaire cube en 1ere intention , apres echec de la rééducation

- demandé un avis chirurgical de 1ere intention , en cas d'echec des traitement médicaux

Si la patiente présentait des troubles annaux

Avez-vous

- prescrit un bilan manometrique annal

- prescrit une rééducation périnéale

- envisagé la pose d'un pessaire cube en 1ere intention , apres echec de la rééducation

- demandé un avis chirurgical de 1ere intention , en cas d'echec des traitement médicaux

Si la patiente présentait des pesanteurs gêne pelvienne, sans troubles urinaires ou annaux associés

Avez-vous

- prescrit un bilan urodynamique

- prescrit une rééducation périnéale

- envisagé la pose d'un pessaire cube en 1ere intention , apres echec de la rééducation

- demandé un avis chirurgical de 1ere intention , en cas d'echec des traitement médicaux

Si la patiente ne présentait aucune gêne fonctionnelle

Avez-vous

- prescrit un bilan urodynamique

- prescrit une rééducation périnéale

- envisagé la pose d'un pessaire cube en 1ere intention , après échec de la rééducation

- demandé un avis chirurgical de 1ere intention, en cas d'échec des traitement médicaux

Si vous avez choisi la prescription d'un pessaire

Vous avez fait vous-même l'essai du pessaire et expliqué à la patiente son utilisation en consultation

Vous l'avez adressé a un autre professionnel pour l'essai du pessaire

Vous avez revu la patiente en consultation de suivi du pessaire 2 à 6 semaines après la prescription initiale ? oui non

Vous avez dit a la patiente de vous recontacter en cas de perte avec le pessaire ? oui-non