

Dépistage et PEC de 1ere intention de l'endométriose devant des algies pelviennes et/ou dysménorrhée

I. Cible

Médecins généralistes, gynécologues, endocrinologues exerçant en gynécologie médicale, sages femmes

II. Justification

Les médecins généralistes, gynécologues, sage-femmes et les endocrinologues titulaires du DESC de gynécologie médicale et médecine de la reproduction et exerçant donc pour une grande partie ou la totalité de leur activité en gynécologie médicale sont les interlocuteurs en 1ere ligne des patientes pour les plaintes de dysménorrhées, troubles des règles, dyspareunies ou douleurs abdominales devant lesquels doivent être suspectées et dépistées d'éventuelles lésions d'endométriose.

Si ces professions ont une connaissance de formation initiale et continue sur la pathologie de l'endométriose, il existe actuellement un retard diagnostique et thérapeutique de la maladie pour un nombre significatif de patientes. Des recommandations ont donc été publiées préconisant une sensibilisation et optimisation de la formation des professionnels de 1^{er} recours ainsi que la mise en place d'organisation interprofessionnelle pour le dépistage et la prise en charge précoce de 1^{er} recours des lésions et de leurs conséquences notamment sur le plan de la douleur et afin d'éviter la chronicisation.

Ce séminaire qui a été conçu avec des experts appartenant à des réseaux de prise en charge d'endométriose répond à ces objectifs. Il s'adresse aux professionnels de 1^{er} recours consultés par les femmes gynécologues, sage-femmes, généralistes et endocrinologues exerçant en gynécologie et se propose pour ces professions cible de 1^{er} recours à partir d'une analyse de leur pratique par audit et vignettes cliniques de leur permettre d'optimiser ce dépistage et cette PEC de 1ere intention (diagnostic et traitement de 1ere intention ou orientation avis spécialisé) en leur proposant par ailleurs un renforcement des connaissances à mesure par l'exposé des recommandations selon les besoins analysés. Le caractère multi professionnel permettra l'échange entre les professionnels et la mise en place de parcours de soins, réseaux loco régionaux

III. Méthodologie

Evaluation 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 physique.

IV. Objectifs de la formation

1) Objectifs de l'évaluation des pratiques

Objectif général : Optimiser le dépistage et la PEC de 1ere intention de l'endométriose chez les patientes présentant une dysménorrhée ou des douleurs pelviennes et le dépistage et risque de chronicisation

- A. En première séquence du programme, mesurer les écarts de pratique par rapport aux recommandations de l'HAS/CNGOF sur le dépistage et PEC de 1ere intention de l'endométriose chez les femmes présentant une dysménorrhée et/ou des douleurs pelviennes en terme de :
 1. Dépistage de l'endométriose à l'interrogatoire et examen clinique
 2. Devant une suspicion d'endométriose optimiser le bilan complémentaire diagnostic d'endométriose
 3. Optimiser la détection et prise en charge séquencée des symptômes douloureux chez une femme atteinte d'une endométriose,
 4. Pec en charge de 1ere intention afin d'éviter la chronicisation de la douleur et les séquelles notamment sur l'infertilité
 - 4 a : arbre décisionnel de traitement de 1ere intention
 - 4b : orientation dans un parcours de soin de Pec de l'endométriose
- B. 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.

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

Évaluation des pratiques professionnelles non présentielle : 2h

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

A/ méthode audit clinique 1H

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 de l'HAS 2017 . (Voir annexe).

- Recommandations base de la grille d'audit

- Prise en charge Endométriose recommandations HAS 2017 : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_recommandations.pdf
- Endométriose démarche diagnostique et traitement médical fiche de synthèse HAS 2017 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_demarche_diagnostique_et_traitement_medical_-_fiche_de_synthese.pdf
- PEC de l'endométriose : messages clefs destinés aux généralistes https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_messages_cles_destines_au_medecin_generaliste.pdf
- Endométriose recommandations européennes de prise en charge Avril 2022 : <https://www.endofrance.org/endometriose-les-recommandations-europeennes-de-prise-en-charge/>

Dossiers patients cibles de l'audit : 10 derniers dossiers de patientes ayant consulté pour algies pelviennes et/ou dysménorrhée dans le mois précédant la formation présentielle

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 .: 1h

4 **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 validées 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 3 : 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 1an sur l'espace dédié de leur compte sur notre site.

A/ Autoanalyse des pratiques en non présentiel

Les participants analyseront leurs pratiques et l'évolution de celles-ci à partir des attendus et recommandations à l'issue des 2 tours d'audit.

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/ Evaluation des pratiques 2^e tour, : audit clinique

La méthode utilisée pour le 2^e tour d'évaluation des pratiques est celles de la méthode d'audit clinique

Après la session présentielle, le même audit est saisi en ligne pour les 10ers dossiers de patientes présentant des algies pelviennes et/ou dysménorrhée vus dans le mois suivant la formation.

Le principe de la synthèse et du pooling exposé ci-dessus 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 sera 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^e tour de façon plus interactive que le mail sur l'évolution de leurs pratiques, les difficultés rencontrées et nouvelles pistes d'amélioration éventuelles.

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

Leur lecture est une étape à part entière de la démarche pédagogique car :

- Ils constituent une base à laquelle les participants pourront se référer lors de leur autoanalyse de pratique
- Ils répondent 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 pas pu être détaillées compte tenu du timing de la phase présentielle (présentations d'études de référence, détails des recommandations...).
- Ils serviront de support pour la réalisation 2e tour de l'EPP d'audit clinique.
- Ils serviront 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 timing ...).

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'experts 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 selon les besoins d'actualisation des connaissances identifiés après 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.

- Recommandation HAS/CNGOF endométriose 2017 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_recommandations.pdf
- Pec endométriose diagnostic et traitement https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_demarche_diagnostique_et_traitement_medical_-_fiche_de_synthese.pdf
- PEC endométriose messages aux généralistes https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_messages_cles_destines_au_medecin_generaliste.pdf
- Recommandations européennes sur l'endométriose 2022 https://www.endofrance.org/wp-content/uploads/2022/04/ESHRE-ENDOMETRIOSIS-GUIDELINE_Patient-version_FINAL.pdf
- Articles spécifiques selon les besoins exprimés lors de la phase présentielle de l'analyse de pratique

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

Présentiel Physique.

La formation aura lieu dans une salle dédiée au DPC permettant le respect des normes sanitaires et disposant des systèmes de communication adaptés au format de la formation (vidéo projection, connexion internet ...).

Les modalités d'accès à la salle seront envoyées aux participants lors de la confirmation de la réunion ainsi que les personnes ressources à contacter en cas de difficultés ou de handicap.

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 propres 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.

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

2) Session EPP (2H) ; : **Unité 2**

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...

A/ optimisation du dépistage et diagnostic de l'endométriose : interrogatoire bilan clinique

B/ Optimisation de la hiérarchisation des bilans complémentaires devant une suspicion d'endométriose

C/ optimisation de l'évaluation de la douleur chez les patientes endométriosiques

D/ Pec en charge de 1ere intention des patientes endométriosique

- pour éviter une chronicisation de la douleur
- pour préserver la fertilité

3) 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. Evaluation 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 y comparer leurs propres réponses et faire une autoanalyse de leurs acquisitions et réfléchir à l'évolution de leurs pratiques.

Bibliographie

1/ HAS – Prise en charge de l'endométriose Méthode Recommandations pour la pratique clinique, décembre 2017 , https://www.has-sante.fr/jcms/c_2819733/fr/prise-en-charge-de-l-endometriose

- Prise en charge Endometriose recommandations HAS 2017 : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_recommandations.pdf
-
- Endometriose demarche diagnostique et traitement medical fiche de synthese HAS 2017 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_demarche_diagnostique_et_traitement_medical_-_fiche_de_synthese.pdf
- PEC de l'endometriose : messages clefs destines aux generalistes https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_messages_cles_destines_au_medecin_generaliste.pdf
-

2/ Amélie Levesque, MD, Thibault Riant, MD, Stéphane Ploteau, MD, Jérôme Rigaud, PhD, Jean-Jacques Labat, MD, Convergences PP Network, Clinical Criteria of Central Sensitization in Chronic Pelvic and Perineal Pain (Convergences PP Criteria) : Elaboration of a Clinical Evaluation Tool Based on Formal Expert Consensus, *Pain Medicine*, Volume 19, Issue 10, October 2018, Pages 2009-2015

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29552121/>

3/ Stratton P, Khachikyan I, Sinaii N, Ortiz R, Shah J. Association of chronic pelvic pain and endometriosis with signs of sensibilization and myofascial pain. *Obstet Gynecol*. 10.1097/AOG.0000000000000663 , <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25730237/>

4/ Aredo JV, Heyrana KJ, Karp BI, Shah JP, Stratton P. Releating Chronic Pelvic Pain and Endometriosis to Signs of Sensitization and Myofascial Pain and Dysfunction. *Semin reprod Med*. 2017 ; 35 (1) : 88 :97. Doi :10.1055/s-0036-1597123 , <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5585080/>

5/ SFETD Prise en charge de la Douleur Chronique en France en 2014-2015 Document élaboré par la Société Française d'Etude et de Traitement de la Douleur https://www.sfetd-douleur.org/wp-content/uploads/2019/09/livre_blanc-2017-10-24.pdf

6/ Endométriose recommandations européennes de prise en charge Avril 2022 : <https://www.endofrance.org/endometriose-les-recommandations-europeennes-de-prise-en-charge/>

ANNEXE vignettes cliniques & ou grille d'analyse de pratique

I. VIGNETTES CLINIQUES, exemples

Vignette 1 : Détection et prise en charge séquencée des symptômes douloureux chez une femme atteinte d'une endométriose (CH-BM) , obj 3 et 4

Mme B, patiente de 31 ans vous consulte pour douleurs pelviennes dans le cadre d'une endométriose pelvienne profonde.

Elle a pour antécédent une appendicectomie par coelioscopie. Elle est nullipare et nulligeste. Atcd de phlébite surale. Elle n'a pas de contraception actuellement. Elle a des dyspareunies profondes positionnelles et des dysménorrhées d'intensité modérée depuis plusieurs années. Elle n'a pas de symptômes digestifs ou urinaires.

Elle n'a pas de projet parental et est célibataire depuis peu.

A l'examen clinique, l'abdomen est souple et indolore, le col est sain et on palpe de manière précise un nodule du torus uterinum de 2cm et des ligaments utéro-sacrés tendus en corde.

Le toucher rectale ne retrouve pas de lésion rectale.

L'IRM pelvienne fait en ville retrouve une endométriose péritonéale avec atteinte du ligament utéro-sacré droit et du torus uterinum.

1/ Quel(s) élément(s) pertinents doivent être recueillis à l'interrogatoire pour évaluer l'intensité de la douleur ? (objectif 3)

- a. Echelle visuelle analogique : EVA
- b. Etude du retentissement sur la qualité de vie quotidienne
- c. Evaluation de la consommation d'antalgique
- d. Etude de la qualité de vie par un score tel que le SF36
- e. Aucune de ces réponses n'est exacte

(Réf : RPC CNGOF-HAS Prise en charge de l'endométriose Méthode Recommandations pour la pratique clinique, Décembre 2017, argumentaire, page 141)

2/ Quel(s) traitement(s) hormonaux suivants peuvent être proposés à la patiente en première intention ? (objectif 4a) (pour chacun 1ere intention , 2^e intention , Non)

- a. Une contraception œstro-progestative 20 microgramme
- b. Une contraception oestro-progestative 35 microgrammes
- c. Un anneau vaginal contraceptif
- d. Un implant à l'étonogestrel
- e. Aucun de ces traitements n'est possible
- f. La contraception micro-progestative orale ou désogestrel
- g. Le dienogest
- h. Un système intra-utérin au lévonorgestrel 13.5mg
- i. L'acétate de chlormadidone
- j. Analogue de la GnRH

(Réf : RPC CNGOF-HAS Prise en charge de l'endométriose. Méthode Recommandations pour la pratique clinique, Décembre 2017, page 18, paragraphe 5) .

3/ même question si pas d'atcd de phlébite

4/ Si vous évoquez la possibilité d'introduire un analogue de la GnRH-a ,Quels arguments pouvez-vous retenir pour vous guider dans ce choix thérapeutique ? (objectif 4)

- a. Des agonistes de la GnRH_a peuvent lui être prescrits jusqu'à 24 mois
- b. Une add back thérapie doit être prescrite en association avec les agonistes de la GnRH_a pour prévenir les bouffées de chaleur uniquement
- c. L'add back thérapie doit comporter une œstrogène et un macro-progestatif
- d. L'add back thérapie ne doit être prescrite qu'après le 3^{ème} mois
- e. NSP, j'oriente pour avis

(Réf : RPC CNGOF-HAS Prise en charge de l'endométriose. Méthode Recommandations pour la pratique clinique, Décembre 2017, page 19, paragraphe 5-3)

La patiente est finalement opérée pour son endométriose pelvienne profonde.

5/ Quel traitement post-opératoire peut lui être proposé ?

- a. Aucun traitement médical post-opératoire
- b. Un agoniste du GnRH_a avec une add back thérapie
- c. Une contraception oestro-progestative
- d. Une contraception par désogestrel
- e. Aucune de ces propositions ne sont possibles
- f. NSP

Argumentez de:

(Réf : RPC CNGOF-HAS Prise en charge de l'endométriose. Méthode Recommandations pour la pratique clinique, Décembre 2017, page 18, paragraphe 5)

Vignette 2 : obj 2, 3 , 4

Patiente de 41 ans ayant suspicion d'endométriose.

La patiente a toujours de douleurs pelviennes chroniques importantes, dysménorrhées, dyspareunies d'intromission et profonde.

Elle est porteuse d'un système intra-utérin au lévonorgestrel depuis trois mois. Elle a des diarrhées, une dysurie, et pas de méno-métrorragies. Elle est allergique aux anti-inflammatoires. Elle a également des douleurs lors de pose de tampon vaginal. Elle présente des migraines depuis plusieurs années.

Pour mémoire on note un parcours de PMA avec échec de trois inséminations et sans désir de continuer plus loin dans la prise en charge de l'infertilité.

Ce jour à l'examen clinique, la pose du spéculum est très douloureuse. On palpe une contracture du muscle élévateur de l'anus marquée surtout du côté droit. Il est difficile de palper une induration pouvant faire évoquer une endométriose. L'utérus est petit et rétroversé.

L'IRM pelvienne avait conclu à l'absence d'endométriose pelvienne profonde mais avec un utérus rétroversé.

1/ Quels éléments cliniques évoquent une hypersensibilité pelvienne ? obj3

- a. La présence d'une douleur pelvienne chronique
- b. La douleur lors de la pose d'un tampon vaginal
- c. La présence de dysménorrhées
- d. La présence d'une dysurie
- e. Toutes les réponses sont inexactes

(Réf : Amélie Levesque, MD, Thibault Riant, MD, Stéphane Ploteau, MD, Jérôme Rigaud, MD, PhD, Jean- Jacques Labat, MD, Convergences PP Network, Clinical Criteria of Central Sensitization in Chronic Pelvic and Perineal Pain (Convergences PP Criteria) : Elaboration of a Clinical Evaluation Tool Based on Formal Expert Consensus. Pain Medicine, Volume 19, Issue 10, Octobre 2018, Pages 2009-2015, <https://pubmed.ncbi.nlm.gov/29522121/>)

2/ Quels éléments devez-vous rechercher à l'interrogatoire pour étayer le diagnostic d'hypersensibilité pelvienne ? obj 3

- a. Des douleurs au remplissage de la vessie
- b. Des douleurs soulagées par l'émission de gazs ou par la défécation
- c. L'absence de douleur pendant les rapports sexuels
- d. Des diarrhées
- e. Toutes les réponses sont inexactes

(Réf : Amélie Levesque, MD, Thibault Riant, MD, Stéphane Ploteau, MD, Jérôme Rigaud, MD, PhD, Jean- Jacques Labat, MD, Convergences PP Network)

3/ Que vous évoque la douleur à la mise en place du tampon ? obj 3

- a. Une allodynie
- b. Une hyperalgésie
- c. Une vulvodynie
- d. Une hypersensibilisation musculo squelettique
- e. Aucune de ces réponses n'est exacte

4/ Quel examen complémentaire vous semble utile ? obj 2

- a. Une nouvelle IRM pelvienne
- b. Echographie pelvienne
- c. Un bilan urodynamique
- d. Une manométrie ano-rectale
- e. Aucune de ces réponses n'est exacte

5/ Quel outil d'évaluation clinique utilisez-vous ? obj 3

- a. Le questionnaire convergence PP
- b. Le questionnaire DN
- c. Le questionnaire SF36
- d. L'EVA
- e. Aucune de ces réponses n'est exacte

Vignette 3 : orientation dans le parcours de soin d'une patiente présentant une endométriose obj 4A

Vignette 4 : prévention de l'infertilité pour une patiente endométriosique (obj 1,2,4)

II. GRILLE AUDIT CLINIQUE

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

HAS – Prise en charge de l'endométriose Méthode Recommandations pour la pratique clinique, décembre 2017 ;

- Prise en charge Endometriose recommandations HAS 2017 : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_recommandations.pdf
-
- Endometriose demarche diagnostique et traitement medical fiche de synthese HAS 2017 https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_demarche_diagnostique_et_traitement_medical_-_fiche_de_synthese.pdf
- PEC de l'endometriose : messages clefs destines aux generalistes https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-01/prise_en_charge_de_lendometriose_-_messages_cles_destines_au_medecin_generaliste.pdf

- A/ Grille d'audit à saisir pour les 10 derniers dossiers de patientes vues en gynécologie dans le mois précédent en pré et des 10 premiers dans le mois suivant obj 1

1/ Avez-vous recherché et noté dans le dossier la présence ou l'absence : (oui/non)

- a) D'ATCD de dysménorrhée
- b) De présence actuelle de dysménorrhée – De douleurs pelviennes cycliques
- c) L'abondance des règles spontanée
- d) La régularité des cycles spontanées
- e) Les ATCD familiaux d'endométriose

B/ à partir des dossiers de patientes présentant une dysménorrhée et/ou des douleurs pelviennes vue dans le mois précédent la formation en pré et le mois suivant en post (but 10 dossiers) obj 1 et 3

1/ Avez-vous précisé la cyclicité ou l'absence de cyclicité pour les douleurs pelviennes ?

2/ Avez-vous recherché l'existence de signes urinaires ou digestifs associés: douleurs à la défécation, à la miction ?

3/ Avez-vous chiffré par une échelle Eva l'intensité de la douleur ressentie ?

4/ Avez-vous interrogé sur la sédation de la douleur aux antalgiques ?

5/ Avez-vous évalué l'altération de la qualité de vie ?

- Si oui avec quel questionnaire ?

EPH-30 EPH-5 SF-36

6/ La patiente présente : répondez dans le tableau suivant (oui/non)

	Oui	non	NSP
1/ Une dysménorrhée essentiellement avant et/ou 2ers jours des règles			
2/Une dysménorrhée majorée en fin de règles			
3/Des douleurs pelviennes non cycliques			
4/ Des douleurs pelviennes cycliques			
5/ Des dyspareunies			
6/ Des douleurs à la miction			
7/ Des douleurs à la défécation			
8/ Les douleurs cèdent avec les antalgiques			
9/ Les douleurs cèdent avec les ains			

6/ Suspectez-vous une endométriose ?

Sur quels signes du tableau

7) pour les patientes présentant une dysménorrhée obj 2 et 4 (analyse des réponses selon endométriose suspectée ou pas)

- 7a/ Avez-vous fait ou prescrit en première intention ? (oui, non)
 - une échographie pelvienne
 - une IRM
- 7b/ Avez-vous prescrit un traitement hormonal en première intention ?

Si oui lequel :

- Oestro-progestatifs
 - DIU au LNG
 - Micro-progestatifs
 - Implant à l'étonogestrel
 - Diénogest
 - Analogue de la GnRH
-
- 7c/ Avez-vous prescrit un traitement antalgique
 - Paracétamol
 - Ains
 - Codéine
 - Dihydro-codéine
 - Dextropropoxyphène – Tramadol
 - Morphines et ses dérivés

Analyse de pratique déclarative

• Si vous suspectez une endométriose, quels traitements hormonaux proposez vous à vos patientes ? en 1ere intention , en 2° intention, jamais

- Oestro-progestatifs
- DIU au LNG
- Micro progestatifs
- Implant à l'étonogestrel
- Dienogest
- Analogue de la GnRH

• Si vous suspectez une endométriose, quels traitements antalgiques suivants au long cours proposez vous à vos patientes ? en 1ere intention , en 2° intention, jamais

- Paracétamol
- Ains
- Codéine
- Dihydro-codéine
- Dextropropoxyphène – Tramadol
- Morphines et ses dérivés

○

- Chez une femme asymptomatique connue porteuse d'une endométriose faites-vous une surveillance de l'imagerie ?

III. Exemples de QCMs test de lecture

QCMs Cocher la / les bonnes réponses

- L'endométriase :
 - Peut donner des scapulalgies
 - Peut donner une sciatique
 - Peut atteindre l'ombilic
 - Est hormonodépendante
 - Peut être extra-abdominale
 - Ne peut infiltrer de façon transfixiante les organes pelviens de voisinage (rectum, uretères, vessie, nerfs...)

- Cocher la / les bonnes réponses
- Le traitement de l'endométriase :
 - doit être systématique lors de sa découverte, même en l'absence de symptômes
 - En cas de dysménorrhée, une COP discontinue améliore la symptomatologie.
 - Les AINS au long cours sont recommandés
 - Le DIU au LNG 52mg fait partie des traitements recommandés en première intention.
 - Les analogues de la GNRH peuvent être prescrits à tout âge.

Ces traitements améliorent, en première intention , les douleurs liées à l'endométriase:

- un COP en discontinu
- un COP en continu
- l'implant à l'étonogestrel
- le DIU CU
- les macroprogestatifs

Ces pilules entraînent le plus souvent une aménorrhée :

- Qlaira
- Jasminelle continu
- Misolfa
- Lutéran 10 J5-J25
- Optimizette

Les progestatifs ayant l'amm dans le traitement de l'endométriase :

- Acétate de chlormadinone

- Dienogest
- Promegestone
- Acétate de cyprotérone
- Médrogestone

Ces situations nécessitent d'adresser la patiente à un spécialiste de l'endométriose :

- Suspicion d'endométriose à l'interrogatoire
- Diagnostic d'endométriose récent (ex : échographie pelvienne)
- Suspicion d'atteinte d'organes de voisinage
- Mise en place d'un traitement de première intention
- Dyspareunie profonde intense persistante malgré une aménorrhée
- Projet de grossesse chez une patiente atteinte d'endométriose
- Echec de plusieurs traitements de première intention