

Prog CV : PEC des troubles fonctionnels du périnée : PEC médicale et place des pessaires dans une prise en charge moderne des prolapsus

La session présentielle se déroulera en classe virtuelle. Celle-ci sera réalisée sur une plateforme (type zoom pro) permettant une interactivité (sondage, tchat, mise en sous-groupe ...) et une traçabilité du temps de connexion

OBJECTIFS DE LA FORMATION

- 1. Etre capable de reconnaître et de qualifier les troubles du périnée (bilan anatomique et fonctionnel)**
- 2. Connaître les outils thérapeutiques de la prise en charge des prolapsus (rééducation , pessaire, situation relevant de la chirurgie)**
- 3. Etre capable de prescrire et de surveiller les pessaires adaptés dans les troubles du périnée.**

FORMATION CONTINUE : 7 heures

1. Formation cognitive présentielle : 3 heures

Programme horaire :

- Accueil des participants et recueil des attentes
- Reprise des cas cliniques adressés en ligne et des résultats de l'enquête d'analyse de pratique
Correction des cas cliniques et exposé de l'expert sur les recommandations.
Analyse des écarts entre les réponses de la grille d'analyse de pratique et les recommandations
 - - Dépistage et examen clinique pour le diagnostic d'un prolapsus selon les age de la vie : post partum, femme de plus de 40 ans
 - - Bilan urinaire et rectal à effectuer en présence de prolapsus
 - - Place de la rééducation périnéale en présence d'un prolapsus
 - - Place des pessaires dans la prise en en charge d'un prolapsus
- Synthèse et rappel-exposé par l'expert des recommandations
- Vérification de la réponse aux attentes formulées en début de séquence.

Questions diverses

La formation présentielle aura lieu en visioconférence synchrone.

La visioconférence s'effectuera via une plateforme de visioconférence de type ZOOM, permettant une gestion de la prise de parole des participants par les intervenants (chatt, vote...)

2. Formation cognitive non présentielle : 4 heures

1. Analyse de la pratique par mises en situations cliniques

Avant la formation présenteielle des cas cliniques sont adressés en ligne aux participants. Une synthèse des réponses est effectuée et adressée à l'expert. Elle servira de base à la formation présenteielle où les cas cliniques seront repris, corrigés et serviront de support aux présentations didactiques de l'expert

1 – madame X , 26 ans, professeur de gymnastique Pas de surpoids

Allergie au pollen, troubles veineux

Chirurgie hémorroïdaire, appendicectomie

Primipare primigeste, grossesse sans problème, accouchement facile par voie basse spontanée / péridurale d'un enfant de 4120 g, déchirure périnéale I , allaitement maternel

Pesanteurs ++ dans le post partum immédiat avec œdème de la vulve important et constipation opiniâtre.

Vous la voyez à 3mois post partum après la rééducation

Elle vous signale :

Une constipation toujours présente mais améliorée avec évacuation parfois difficile Des sensations de pesanteurs en fin de journée

Des gaz vaginaux et une perte de sensibilité aux rapports

Une impression occasionnelle de mauvaise vidange vésicale, pas d'incontinence à

l'effort ni d'urgences, pas d'infections urinaires

A l'examen clinique vous constatez : Une bonne trophicité

Une bonne cicatrisation, cicatrice souple et non douloureuse

Un écoulement vulvaire + diastasis du pubo rectal et béance fundique modérée Contraction du pubo rectal coté a 3.5/5, sans inversion de commande ni de parasitage

périphérique, d'endurance moyenne

A la poussée une cystocèle II, une rectocèle II, une hysteroptose I Des pressions importantes à la toux sans protection périnéale

Que lui conseillez-vous ?

1-continuer la rééducation périnéale 2-pratiquer une rééducation hypopressive 3-traitement de la constipation

4-de faire un bilan urodynamique

5-de faire une échographie 6 -d'essayer un pessaire

Si la réponse est oui, à quel type de pessaire pensez-vous ? - anneau

- cube Pourquoi ?

En quoi l'utilisation du pessaire peut-elle améliorer le confort chez cette patiente ? 1-maintenir la cystocèle

2-maintenir la rectocèle

3-éviter les pesanteurs

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

Est-il possible d'utiliser un pessaire en suite de couche immédiate ? 1-non

-du fait de la suture périnéale et des saignements

-il faut avoir fait une rééducation

-l'allaitement maternel est une contre-indication à l'utilisation du pessaire

2-oui

Si oui plutôt quel type de pessaire

- - Cube
- - Anneau
- - Pas d'importance

A la reprise de son activité professionnelle qu'allez-vous conseiller

à madame X ?

- - Rien de particulier, elle est jeune, en bonne santé et sportive, elle va vite récupérer
- - De changer d'activité professionnelle
- - En cas de gêne de consulter pour un avis chirurgical
- - D'utiliser le pessaire avant les activités d'hyperpression
- - D'utiliser un pessaire dès qu'elle se sent gênée

Quels sont chez cette patiente les facteurs de risques de prolapsus 1-l'age

2-la primiparité

3-la déchirure périnéale 4-la macrosomie fœtale 5-la béance vulvaire 6-l'activité professionnelle 7-la constipation

CAS CLINIQUE 2

Madame X, 70 ans, consulte pour une pollakiurie invalidante 1m 55 /70 kg

Agricultrice en retraite. Jardinage, danse bretonne, marche Antécédents médicaux : HTA, hypercholestérolémie traitée

Antécédents chirurgicaux : cholécystectomie, hernie inguinale opérée, cure de prolapsus prothétique par voie basse + hystérectomie totale il y a 5 ans (prothèse antérieure et postérieure)

G3P3 VBS normotrophes

Ménopausée, pas de THS, pas d'œstrogènes locaux Rééducation avant la chirurgie

A l'interrogatoire :

Signes fonctionnels urinaires

Pollakiurie horaire, 3 levers la nuit avec retentissement sur sa qualité de vie par limitation de ses activités

Incontinence à l'effort aléatoire, des urgences mictionnelles sans fuites, une dysurie avec un jet mou parfois et une miction longue à initier

3 infections urinaires au cours de la dernière année

Signes fonctionnels digestifs

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

Signes fonctionnels génitaux

La patiente est veuve et n'a plus de rapports

Gêne en fin de journée, avec à la toilette une boule qui affleure à la vulve mais sans

commune mesure avec ce qu'elle a connu avant sa chirurgie du prolapsus

A l'examen clinique : Mauvaise trophicité

Zone sous urétrale mobile , pas de fuites à l'effort . Cystocèle II

Dôme en place

Pas de rectocèle

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

Au vu de l'examen que lui prescrivez-vous en première intention ? Un ECBU

Une échographie pelvienne

une recherche de résidu post mictionnel Un BUD

Une nouvelle rééducation

Une consultation en urologie

La réalisation d'un calendrier mictionnel

Au niveau médicamenteux

Des anticholinergiques pour traiter les urgences Des œstrogènes locaux pour améliorer la trophicité De la canneberge

Aucun traitement

Un antécédent de chirurgie du prolapsus est-il une contre-indication à l'utilisation d'un pessaire ?

-oui

-non

-ne sait pas

Pourquoi pourriez-vous envisager l'essai d'un pessaire ?

Pour éviter la majoration du prolapsus

Pour évaluer le rôle de la cystocèle dans les manifestations urinaires Ne sait pas

L'examen clinique vous semble t'il totalement favorable à ce type de prise en charge ? Oui

Non

- prolapsus trop peu important -prolapsus trop important -mauvaise trophicité

-atcd d'hystérectomie

- ne sait pas

Vous prenez la décision après discussion avec la patiente et la réalisation des examens et du traitement que vous avez prescrit de faire un essai pessaire, vous lui mettez en place un pessaire anneau pendant une semaine.

A la consultation suivante elle vous signale :

Une diminution du nombre des mictions diurnes et nocturnes.

Une amélioration de la qualité de la miction : jet dru, initiation facile

Apparition d'une incontinence à l'effort l'obligeant à se garnir

Au total une amélioration de sa qualité de vie avec une reprise de ses activités. Qu'en pensez-vous ?

1. Vous pensez qu'un pessaire n'est pas une bonne indication dans cette situation (fuites)
2. Vous êtes content de cet essai car il vous permet de vérifier que le prolapsus est responsable en partie de la genèse des troubles urinaires (pollakiurie et dysurie)
3. Vous lui conseillez de le garder et de mettre des garnitures
4. Vous lui faites essayer un autre type de pessaire
5. Vous l'orientez vers un chirurgien
6. Ne sait pas

Les examens que vous avez prescrits préalablement montrent

-l'absence d'infection urinaire

-une miction avec un résidu à 150ml sans pessaire, pas de résidu pessaire en place

-un calendrier mictionnel montrant des apports à 1.5l et des mictions à 250/300ml dans la journée, 1 miction occasionnelle la nuit, mais l'utilisation de 2 garnitures /j

Existe-t-il des pessaires permettant de corriger un prolapsus et l'incontinence urinaire démasquée par le refoulement de celui-ci ?

Oui

Non

Ne sait pas

Quel type de pessaire ? -cube

-anneau -dish -donut

-ne sait pas

Si votre patiente est satisfaite de ce choix thérapeutique et qu'elle porte un pessaire de port permanent, à quelle fréquence organisez-vous la surveillance ?

- 1/ mois
- tous les 2/3 mois
- tous les 6 mois
- tous les ans
- il n'y a pas de surveillance particulière à effectuer

Quelle est la condition sine qua non à l'utilisation du pessaire ? -une rééducation permanente

- la régularité de la surveillance
- des antiseptiques vaginaux réguliers
- une bonne trophicité vaginale, avec application d'œstrogènes locaux

régulièrement
-un ECBU mensuel

-ne sait pas

2. Analyse de la pratique

A/ Avant la formation présentielle une grille d'analyse de pratique est adressée aux participants

Une synthèse des réponses est réalisée et adressée à l'expert pour qui servira de base à la réflexion d'analyse de pratique lors de la formation présentielle .

Après la formation présentielle la même grille d'analyse de pratique est adressée 3 semaines après la formation

La synthèse des 2 grilles d'analyse de pratique pré et post sont adressées aux participants afin qu'ils puissent réfléchir à l'évolution de leur pratiques suite à la formation par rapport aux recommandation et au groupe . Elle est également adressée à l'expert pour commentaire

A propos des patientes vues dans le dernier mois

Pour vos patientes vues dans le postpartum remplissez les items suivants 1/ (toujours, le plus souvent, parfois ,rarement, non)

- - avez vous posé la question de l'existence de fuites urinaires ?
- - avez vous posé la question de l'existence de fuites anales aux gazs ?
- - avez vous abordez la question de la reprise des rapports sexuels
- - avez vous effectué un testing perinéal ?
- - avez vous Réalisé un examen avec valves ou spéculum

- Noté au dossier l'absence ou l'existence d'un trouble débutant de la statique pelvienne

2/ si oui

- - car systématique
- - car existence de facteurs de risque lors de l'accouchement

○ lesquels : -

- accouchement difficile
- macrosomes
- Travail prolongé
- Extraction instrumentale
- autres

3/ Avez vous prescrit une rééducation périnéale (toujours, le plus souvent, parfois ,rarement, non)
Si oui car

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

Pour les patientes de plus de 40 ans vues en consultation (toujours, le plus souvent, parfois ,rarement, non)

- avez vous dans le dossier noté la recherche de facteurs de risque périnéaux si oui lesquels

- - avez vous posé la question de l'existence d'incontinence urinaire d'effort ○
à chaque consultation
 - au moins une fois dans les 3 dernières années
 - non
- - avez vous posé la question d'autres troubles urinaires
- - avez vous posé la question de troubles annaux : constipation , fuite de gaz
- - avez vous recherché l'existence d'un prolapsus
- - - avez vous abordé la qualité des rapports sexuels

Pour les patientes se plaignant de troubles urinaires avez vous (toujours, le plus souvent, parfois ,rarement, non)

- - caractérisé le trouble urinaire : incontinence urinaire d'effort, pollakiurie, urgenturie ...
- - effectué un testing périnéal
- - recherché un prolapsus
- - adressé pour un bilan urodynamique

Pour les patientes pour lesquelles il existait une incontinence urinaire d'effort avez vous

- - prescrit de la rééducation périnéale
- - évoquer la possibilité d'un pessaire cube

- adressé pour avis chirurgical

Pour les s patientes présentant un prolapsus avez vous (toujours, le plus souvent, parfois ,rarement, non)

- - qualifié la gêne clinique et le retentissement sur la qualité de la vie -
- - effectué un testing périnéal
- - Qualifié le prolapsus cystocele hysteroptose rectocele
- - Quantifié le defect stade 1.a4 classif pop Q. ... -
- - recherché une incontinence urinaire d'effort
- - rechercher une incontinence annale
- - prescrit de la rééducation périnéale
- - Rechercher facteur de risques associés susceptibles d'être corrigés
- - Si oui lesquels ?
-
- - évoquer la possibilité d'un pessaire cube
- - adressé pour avis chirurgical

3. Lecture d'article de références

Ces articles seront choisis au décours de la séquence présenteielle en fonction de l'analyse des enquêtes et des échanges entre le groupe et l'expert. Pour chaque article, les experts poseront 3 à 5 QCM de « test de lecture ».

A revoir avec expert après la formation les articles presentis sont

a/ 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>

b/ L. 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

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

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

Cortesse A, Cardot V, Basset V, Le Normand L, Donon L. Traitement de l'incontinence urinaire associée au prolapsus génital : Recommandations pour la pratique clinique. Prog Urol 2016;26:S89-97

EVALUATION DE LA FORMATION

Voir le modèle dans les « *Supports pédagogiques* » 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

Des Quizz-QCMs de pré et post test sont adressés aux participants avant et dans le mois suivant la formation présentielle afin d'évaluer les messages retenus et qui serviraient également de test de lecture

Une synthèse des résultats est effectuée et adressée aux participants et intervenants

Le pilote chargé de cette formation réalise une analyse comparée des résultats du groupe aux enquêtes pré et postérieure à la phase cognitive. Cette analyse est transmise à l'expert pour commentaire.

BIBLIOGRAPHIE

L. 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 anatomofonctionnelles 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>

Pessaire : pour la prise en charge du prolapsus des organes pelviens chez la femme, Bugge C, Adams EJ, Gopinath D, Reid F

, Cochrane France fev 2013 , <http://www.cochrane.org/fr/CD004010/pessaires-dispositifs->

[mecaniques-pour-la-prise-en-charge-du-prolapsus-des-organes-pelviens-chez-la-femme](#)

Prise en charge conservatrice de l'incontinence urinaire , SOGC , dec 2006, 186, p 1119-1124,

<https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/186F-CPG-December2006.pdf>

Abrams P et al

Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence.

Neurourol Urodyn. 2010;29(1):213-40

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.20870>

CNGOF 2011 : Prévenir les complications de la chirurgie prothétique du prolapsus

<http://www.em-consulte.com/en/article/675242>

RPC UK (RCOG/BSUG Joint Guideline | July 2015) post hysterectomy Vaginal Vault prolapsus

<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg46/>

Le Normand L, Cosson M, Cour F, Deffieux X, Donon L, Ferry P, Fatton B, Hermieu JF, Marret H, Meurette G, Cortesse A, Wagner L, Fritel X.

J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2016 Oct 21.

[Clinical practice guidelines: Synthesis of the guidelines for the surgical treatment of primary pelvic organ prolapse in women by the AFU, CNGOF, SIFUD-PP, SNFCP, and SCGP].

[RPC : Synthèse des recommandations pour le traitement chirurgical du prolapsus génital non récidivé de la femme par l'AFU, le CNGOF, la SIFUD-PP, la SNFCP, et la SCGP.](#)

e

2. Formation cognitive non présenteielle : 4 heures

1. Analyse de la pratique par mises en situations cliniques

Avant la formation présenteielle des cas cliniques sont adressés en ligne aux participants. Une synthèse des réponses est effectuée et adressée à l'expert. Elle servira de base à la formation présenteielle où les cas cliniques seront repris, corrigés et serviront de support aux présentations didactiques de l'expert

1 – madame X , 26 ans, professeur de gymnastique Pas de surpoids

Allergie au pollen, troubles veineux

Chirurgie hémorroïdaire, appendicectomie

Primipare primigeste, grossesse sans problème, accouchement facile par voie basse spontanée

/ périnéale d'un enfant de 4120 g, déchirure périnéale I , allaitement maternel
Pesanteurs ++ dans le post partum immédiat avec œdème de la vulve important et
constipation opiniâtre.

Vous la voyez à 3mois post partum après la rééducation
Elle vous signale :

Une constipation toujours présente mais améliorée avec évacuation parfois difficile Des
sensations de pesanteurs en fin de journée

Des gaz vaginaux et une perte de sensibilité aux rapports

Une impression occasionnelle de mauvaise vidange vésicale, pas d'incontinence à

l'effort ni d'urgences, pas d'infections urinaires

A l'examen clinique vous constatez : Une bonne trophicité

Une bonne cicatrisation, cicatrice souple et non douloureuse

Un écoulement vulvaire + diastasis du pubo rectal et béance fundique modérée Contraction du
pubo rectal coté a 3.5/5, sans inversion de commande ni de parasitage

périphérique, d'endurance moyenne

A la poussée une cystocèle II, une rectocèle II, une hysteroptose I Des pressions importantes à
la toux sans protection périnéale

Que lui conseillez-vous ?

1-continuer la rééducation périnéale 2-pratiquer une rééducation hypopressive 3-traitement de
la constipation

4-de faire un bilan urodynamique

5-de faire une échographie 6 -d'essayer un pessaire

Si la réponse est oui, à quel type de pessaire pensez-vous ? - anneau

- cube Pourquoi ?

En quoi l'utilisation du pessaire peut-elle améliorer le confort chez cette patiente ? 1-
maintenir la cystocèle

2-maintenir la rectocèle

3-eviter les pesanteurs

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

Est-il possible d'utiliser un pessaire en suite de couche immédiate ? 1-non

-du fait de la suture périnéale et des saignements

-il faut avoir fait une rééducation

-l'allaitement maternel est une contre-indication à l'utilisation du pessaire

2-oui

Si oui plutôt quel type de pessaire

- - Cube
- - Anneau
- - Pas d'importance

A la reprise de son activité professionnelle qu'allez-vous conseiller

à madame X ?

- - Rien de particulier, elle est jeune, en bonne santé et sportive, elle va vite récupérer
- - De changer d'activité professionnelle
- - En cas de gêne de consulter pour un avis chirurgical
- - D'utiliser le pessaire avant les activités d'hyperpression
- - D'utiliser un pessaire dès qu'elle se sent gênée

Quels sont chez cette patiente les facteurs de risques de prolapsus 1-l'age

2-la primiparité

3-la déchirure périnéale 4-la macrosomie fœtale 5-la béance vulvaire 6-l'activité professionnelle 7-la constipation

CAS CLINIQUE 2

Madame X, 70 ans, consulte pour une pollakiurie invalidante 1m 55 /70 kg

Agricultrice en retraite. Jardinage, danse bretonne, marche Antécédents médicaux : HTA, hypercholestérolémie traitée

Antécédents chirurgicaux : cholécystectomie, hernie inguinale opérée, cure de prolapsus prothétique par voie basse + hystérectomie totale il y a 5 ans (prothèse antérieure et postérieure)

G3P3 VBS normotrophes

Ménopausée, pas de THS, pas d'œstrogènes locaux Rééducation avant la chirurgie

A l'interrogatoire :

Signes fonctionnels urinaires

Pollakiurie horaire, 3 levers la nuit avec retentissement sur sa qualité de vie par limitation de ses activités

Incontinence à l'effort aléatoire, des urgences mictionnelles sans fuites, une dysurie avec un jet mou parfois et une miction longue à initier

3 infections urinaires au cours de la dernière année

Signes fonctionnels digestifs

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

Signes fonctionnels génitaux

La patiente est veuve et n'a plus de rapports

Gêne en fin de journée, avec à la toilette une boule qui affleure à la vulve mais sans

commune mesure avec ce qu'elle a connu avant sa chirurgie du prolapsus

A l'examen clinique : Mauvaise trophicité

Zone sous urétrale mobile , pas de fuites à l'effort . Cystocèle II

Dôme en place

Pas de rectocèle

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

Au vu de l'examen que lui prescrivez-vous en première intention ? Un ECBU

Une échographie pelvienne

une recherche de résidu post mictionnel Un BUD

Une nouvelle rééducation

Une consultation en urologie

La réalisation d'un calendrier mictionnel

Au niveau médicamenteux

Des anticholinergiques pour traiter les urgences Des œstrogènes locaux pour améliorer la trophicité De la canneberge

Aucun traitement

Un antécédent de chirurgie du prolapsus est-il une contre-indication à l'utilisation d'un pessaire ?

-oui

-non

-ne sait pas

Pourquoi pourriez-vous envisager l'essai d'un pessaire ?

Pour éviter la majoration du prolapsus

Pour évaluer le rôle de la cystocèle dans les manifestations urinaires Ne sait pas

L'examen clinique vous semble t'il totalement favorable à ce type de prise en charge ? Oui

Non

- prolapsus trop peu important -prolapsus trop important -mauvaise trophicité

-atcd d'hystérectomie

- ne sait pas

Vous prenez la décision après discussion avec la patiente et la réalisation des examens et du traitement que vous avez prescrit de faire un essai pessaire, vous lui mettez en place un

pessaire anneau pendant une semaine.

A la consultation suivante elle vous signale :

Une diminution du nombre des mictions diurnes et nocturnes.

Une amélioration de la qualité de la miction : jet dru, initiation facile

Apparition d'une incontinence à l'effort l'obligeant à se garnir

Au total une amélioration de sa qualité de vie avec une reprise de ses activités Qu'en pensez-vous ?

1. 1- Vous pensez qu'un pessaire n'est pas une bonne indication dans cette situation (fuites)
2. 2- Vous êtes content de cet essai car il vous permet de vérifier que le prolapsus est responsable en partie de la genèse des troubles urinaires (pollakiurie et dysurie)
3. 3- Vous lui conseillez de le garder et de mettre des garnitures
4. 4- vous lui faites essayer un autre type de pessaire
5. 5- vous l'orientez vers un chirurgien
6. 6- ne sait pas

Les examens que vous avez prescrits préalablement montrent

-l'absence d'infection urinaire

-une miction avec un résidu à 150ml sans pessaire, pas de résidu pessaire en

place

-un calendrier mictionnel montrant des apports à 1.5l et des mictions à

250/300ml dans la journée, 1 miction occasionnelle la nuit, mais l'utilisation de 2 garnitures /j

Existe-t-il des pessaires permettant de corriger un prolapsus et l'incontinence urinaire démasquée par le refoulement de celui-ci ?

Oui

Non

Ne sait pas

Quel type de pessaire ? -cube

-anneau -dish -donut

-ne sait pas

Si votre patiente est satisfaite de ce choix thérapeutique et qu'elle porte un pessaire de port permanent, à quelle fréquence organisez-vous la surveillance ?

-1/ mois

-tous les 2/3 mois

-tous les 6 mois

- tous les ans

-il n'y a pas de surveillance particulière à effectuer

Quelle est la condition sine qua non à l'utilisation du pessaire ? -une rééducation permanente

- la régularité de la surveillance
- des antiseptiques vaginaux réguliers
- une bonne trophicité vaginale, avec application d'œstrogènes locaux

régulièrement

- un ECBU mensuel

-ne sait pas

2. Analyse de la pratique

A/ Avant la formation présentielle une grille d'analyse de pratique est adressée aux participants

Une synthèse des réponses est réalisée et adressée à l'expert pour qui servira de base à la réflexion d'analyse de pratique lors de la formation présentielle .

Après la formation présentielle la même grille d'analyse de pratique est adressée 3 semaines après la formation

La synthèse des 2 grilles d'analyse de pratique pré et post sont adressées aux participants afin qu'ils puissent réfléchir à l'évolution de leur pratiques suite a la formation par rapport aux recommandation et au groupe . Elle est également adressée à l'expert pour commentaire

A propos des patientes vues dans le dernier mois

Pour vos patientes vues dans le postpartum remplissez les items suivants 1/ (toujours, le plus souvent, parfois ,rarement, non)

- - avez vous posé la question de l'existence de fuites urinaires ?
- - avez vous posé la question de l'existence de fuites annales aux gazs ?
- - avez vous abordez la question de la reprise des rapports sexuels
- - avez vous effectué un testing perinéal ?
- - avez vous Réalisé un examen avec valves ou spéculum

- Noté au dossier l'absence ou l'existence d'un trouble débutant de la statique pelvienne

2/ si oui

- - car systématique
- - car existence de facteurs de risque lors de l'accouchement
- lesquels : -
 - accouchement difficile
 - macrosomes
 - Travail prolonge
 - Extraction instrumentale
 - autres

3/ Avez vous prescrit une rééducation périnéale (toujours, le plus souvent, parfois ,rarement, non)

Si oui car

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

Pour les patientes de plus de 40 ans vues en consultation (toujours, le plus souvent, parfois ,rarement, non)

- avez vous dans le dossier noté la recherche de facteurs de risque périnéaux si oui lesquels

- - avez vous posé la question de l'existence d'incontinence urinaire d'effort ○
à chaque consultation
 - au moins une fois dans les 3 dernières années
 - non
- - avez vous posé la question d'autres troubles urinaires
- - avez vous posé la question de troubles annaux : constipation , fuite de gaz
- - avez vous recherché l'existence d'un prolapsus
- - - avez vous abordé la qualité des rapports sexuels

Pour les patientes se plaignant de troubles urinaires avez vous (toujours, le plus souvent, parfois ,rarement, non)

- - caractérisé le trouble urinaire : incontinence urinaire d'effort, pollakiurie, urgenturie ...
- - effectué un testing périnéal
- - recherché un prolapsus
- - adressé pour un bilan urodynamique

Pour les patientes pour lesquelles il existait une incontinence urinaire d'effort avez vous

- - prescrit de la rééducation périnéale
- - évoquer la possibilité d'un pessaire cube

- adressé pour avis chirurgical

Pour les patientes présentant un prolapsus avez vous (toujours, le plus souvent, parfois, rarement, non)

- - qualifié la gêne clinique et le retentissement sur la qualité de la vie -
 - - effectué un testing périnéal
 - - Qualifié le prolapsus cystocele hysteroptose rectocele
 - - Quantifié le defect stade 1.a4 classif pop Q. ... -
 - - recherché une incontinence urinaire d'effort
 - - rechercher une incontinence annale
 - - prescrit de la rééducation périnéale
 - - Rechercher facteur de risques associés susceptibles d'être corrigés
 - - Si oui lesquels ?
-
- - évoquer la possibilité d'un pessaire cube
 - - adressé pour avis chirurgical

3. Lecture d'article de références

Ces articles seront choisis au décours de la séquence présentielle en fonction de l'analyse des enquêtes et des échanges entre le groupe et l'expert. Pour chaque article, les experts poseront 3 à 5 QCM de « test de lecture ».

A revoir avec expert après la formation les articles presentis sont

a/ 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>

b/ L. 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

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

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

Cortesse A, Cardot V, Basset V, Le Normand L, Donon L. Traitement de l'incontinence urinaire associée au prolapsus génital : Recommandations pour la pratique clinique. Prog Urol 2016;26:S89-97

EVALUATION DE LA FORMATION

Voir le modèle dans les « *Supports pédagogiques* » 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

Des Quizz-QCMs de pré et post test sont adressés aux participants avant et dans le mois suivant la formation présentielle afin d'évaluer les messages retenus et qui serviroient également de test de lecture

Une synthèse des résultats est effectuée et adressée aux participants et intervenants

Le pilote chargé de cette formation réalise une analyse comparée des résultats du groupe aux enquêtes pré et postérieure à la phase cognitive. Cette analyse est transmise à l'expert pour commentaire.

BIBLIOGRAPHIE

L. 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 anatomofonctionnelles 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>

Pessaire : pour la prise en charge du prolapsus des organes pelviens chez la femme, Bugge C, Adams EJ, Gopinath D, Reid F

, Cochrane France fev 2013 , <http://www.cochrane.org/fr/CD004010/pessaires-dispositifs->

[mecaniques-pour-la-prise-en-charge-du-prolapsus-des-organes-pelviens-chez-la-femme](#)

Prise en charge conservatrice de l'incontinence urinaire , SOGC , dec 2006, 186, p 1119-1124,

<https://sogc.org/wp-content/uploads/2013/02/186F-CPG-December2006.pdf>

Abrams P et al

Fourth International Consultation on Incontinence Recommendations of the International

Scientific Committee: Evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse, and fecal incontinence.
Neurourol Urodyn. 2010;29(1):213-40

<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/nau.20870>

CNGOF 2011 : Prévenir les complications de la chirurgie prothétique du prolapsus

<http://www.em-consulte.com/en/article/675242>

RPC UK (RCOG/BSUG Joint Guideline | July 2015) post hysterectomy Vaginal Vault prolapsus

<https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg46/>

Le Normand L, Cosson M, Cour F, Deffieux X, Donon L, Ferry P, Fattouh B, Hermieu JF, Marret H, Meurette G, Cortesse A, Wagner L, Fritel X.

J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2016 Oct 21.

[Clinical practice guidelines: Synthesis of the guidelines for the surgical treatment of primary pelvic organ prolapse in women by the AFU, CNGOF, SIFUD-PP, SNFCP, and SCGP].

[RPC : Synthèse des recommandations pour le traitement chirurgical du prolapsus génital non récidivé de la femme par l'AFU, le CNGOF, la SIFUD-PP, la SNFCP, et la SCGP.](#)