

Fibrome, adénomyose, chez la femme en âge de procréer : optimisation du diagnostic et de la prise en charge (présentiel)

Orient prioritaire Médecins spécialisés en Gynécologie Obstétrique et Gynécologie Médicale

Fiche de cadrage n°219

Optimisation de la prise en charge des troubles des pathologies gynécologiques fonctionnelles ou bénignes chez la femme

I. Cible

- gynécologues, endocrinologues titulaires du DESC de gynécologie médicale

II. Justification

Justif du sujet

Devant des points d'appel (douleurs, ménorragies, signes d'appel les plus fréquents en consultation de gynécologie) chez une femme en âge de procréer la découverte de ces pathologies bénignes de l'utérus, que sont les fibromes et adénomyoses pose plusieurs problèmes de prise en charge :

Ceux de l'optimisation du bilan diagnostic et notamment du bilan d'imagerie échographique :

- L'échographie pelvienne est :
 - L'examen de première ligne recommandé par le CNGOF et autres recommandations des sociétés savantes (RPC :ménorragies, prise en charge du couple infertile et prise en charge des myomes, etc cf. biblio)
 - L'étape primordiale indispensable sur laquelle se déclinent toutes les arborescences des CAT des recommandations
- L'optimisation du bilan repose principalement par l'optimisation de la qualité du bilan échographique ++ :
 - Le doute diagnostique conduisant à la prescription d'examen inutiles , anxiogènes et coûteux :

réitération des échographies, et consultations multiples, demandes abusives d'examens de deuxième intentions (adressage aux plateaux d'échographies de référence déjà surchargés ou demandes d'IRM)

- La performance de l'échographiste est fonction de la bonne reconnaissance des images pathologiques et se traduit par leurs complètes descriptions au compte rendu (aujourd'hui codifié par des recommandations) et sera évaluée à la phase évaluation des pratiques de ce DPC.

et ceux de l'optimisation de l'arbre décisionnel

- La prise en charge des signes fonctionnels de ces pathologies bénignes ne devant pas entrainer de perte de chances d'une éventuelle grossesse future chez ces patientes en âge de procréer
- Devront ainsi être discutés en fonction du tableau clinique et de l'imagerie de :
 - l'imputabilité des fibromes et de l'adénomyose au tableau clinique et la place des diverses explorations ((stratégie cout efficacité des examens)
 - la place des traitements médicaux en ville, (stratégie bénéfice risque du traitement)
 - et la place du recours aux plateaux techniques interventionnels (chirurgicaux principalement mais aujourd'hui également radiologiques (par le développement, même sur ce terrain, des procédures d'embolisation, d'HIFU, ou de la Radiofréquence))

Justif de la cible

Les Médecins

- spécialisés en Gynécologie Obstétrique et Gynécologie Médicale
- 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 1ère ligne des patientes pour les bilans et prise en charge de pathologies bénignes de l'utérus que sont fibromes et adénomyose .

III . Résumé

Devant des points d'appel (douleurs, ménométrorragies, signes d'appel les plus fréquents en consultation de gynécologie) chez une femme en âge de procréer ou à l'occasion d'un bilan d'imagerie la découverte de ces pathologies bénignes de l'utérus, que sont les fibromes et adénomyoses pose plusieurs problèmes de prise en charge :

Ceux de l'optimisation du bilan diagnostique et notamment du bilan d'imagerie

Les images échographiques pathologiques doivent être régulièrement rencontrées pour être mieux reconnues et décrites dans un compte rendu structuré aujourd'hui recommandé par les sociétés d'imagerie et les collègues de spécialité .

C'est l'objectif de l'évaluation des pratiques qui, à travers un audit de compte rendu et le travail sur des vignettes cliniques (films d'échographies pathologiques), se propose d'évaluer et de ce fait d'optimiser la réalisation de nos échographies pelviennes

et ceux de l'optimisation de l'arbre décisionnel

Alors que leurs traitements est souvent anti gonadotrope, la prise en charge des signes fonctionnels de ces pathologies bénignes ne doit pas entrainer de perte de chances et altérer la fertilité chez ces patientes en âge de procréer

Devront ainsi être discutés en fonction du tableau clinique et de l'imagerie

l'imputabilité des fibromes et de l'adénomyose au tableau clinique

la place des traitements médicaux en ville,

et les indications du recours aux plateaux techniques interventionnels (chirurgicaux

principalement mais aujourd'hui également radiologiques (par le développement même sur ce terrain des procédures d'embolisation, d'HIFU, ou de la Radiofréquence))

objectif de la partie FMC de ce DPC

IV. 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 physique

V. Objectifs de la formation

Objectif général : *optimiser les prises en charges des femmes en âge de procréer présentant une pathologie fibromateuse ,ou adénomyosique*

Objectifs de l'évaluation des pratiques

Optimiser l'analyse des anomalies d'imagerie d'aspect bénin (fibromes, adénomyose) de découverte systématique ou sur signes d'appel cliniques selon les recommandations .

A/ En première séquence du programme, mesurer les écarts de pratique par rapport aux recommandations de l'HAS/CNGOF /SIFEM sur la qualification des lésions myométriales et la rédaction des comptes rendus d'échographies

- 1- Optimiser la reconnaissance et la description des images pathologiques (spécifiques où évocatrices) des fibromes et de l'adénomyose en échographie.
- 2- Rédiger un compte-rendu d'échographie pour lésions myométriales selon les préconisations
- 3- Définir une CAT de 1ere intention : nécessité examen de 2nd recours, Pec en ville , adressage...

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

Objectifs FMC

Optimisation de l'arbre décisionnel de prise en charge d'une patiente en âge de procréer atteinte d'une maladie fibromateuse ou adénomyosique

1. Hiérarchiser les explorations selon le signe d'appel et les recommandations
2. Hiérarchiser les prises en charges selon le signe d'appel et les recommandations

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 :

1/ Évaluation des pratiques professionnelles non présentielle :

A/ méthode audit clinique unité 1 : 1h

Audit rétrospectif à effectuer sur les dossiers patients et à transmettre à l'OA via le logiciel d'enquête en ligne,

Recommandations base de la grille d'audit :

Ref : mise à jour des comptes rendus de l'échographie en Gynécologie par le CNGOF et la SIFEM en 2017 Compte rendu – pathologie du myomètre

<https://cngof.fr/app/pdf/Commissions//Commission%20echographie/2017-Echo-Gyn-CR-minimum-MAJ%20.pdf?x13417>

Compte rendu d'échographie pelvienne - Pathologie du myomètre : (en PJ)

Dossiers patients cibles de l'audit :

En rétrospectif : ressortir les 10 derniers dossiers échographiques

de femmes présentant une pathologie fibromateuse ou adénomyosique

- *réalisée devant un ou plusieurs signes d'appel évoquant ces pathologies (ménorragies douleurs ,..)*
- *ou de rencontre, découverte à l'occasion d'une échographie d'indication autre*

et vérifier que l'analyse des images myométriales ont été effectuées selon les recommandations

Le temps de travail des participants n'est pas le temps de remplissage de la grille d'audit mais bien celui préalable (hors connexion) correspondant au temps de recherche des dossiers puis dans les dossiers ceux correspondant à la cible (compte rendu d'échographie retrouvant un fibrome ou une adénomyose) puis le temps de la relecture du résultat du compte rendu, recherche au dossier papier ou et informatique de tous les éléments de l'audit ce temps est évalué entre 5 à 10 mn par dossier une fois ces éléments collectés le temps de remplissage de la grille peut être de simplement quelques minutes.

La grille d'audit est adressée en ligne aux participants, elle est identique pour tout les participants et couvre les deux types de pathologie (fibrome et adénomyose) sur deux paragraphes qui seront sélectivement renseignés selon l'anomalie constatée.

Elle est le plus possible 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 par mail(retour individualisé) avant la formation présentielle afin qu'il puisse 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 : unité 2 : 2h

8 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.

De la même manière que pour l'audit le temps de résolution de la vignette ne correspond pas au temps de réponses aux questions de l'expert sur le logiciel d'enquête mais bien celui de l'observation de l'image ou de la séquence filmée d'échographie, l'analyse détaillée des clichés et la répétition de l'observation des séquences filmées sont en effet nécessaires pour répondre aux questions des vignettes (le temps conseillé par dossier d'imagerie est de 10 à 15 mn)

Les mises en situation choisies 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

1- Ces vignettes cliniques répondent au format HAS :

Elles ont été validées par notre comité pédagogique (comité d'expert comprenant ici un gynécologue clinicien, un gynéco échographiste référent en échographie pelvienne)

Leur faisabilité testée par un panel de public cible (une gynéco-endocrinologue exerçant en gynéco médicale , un gynécologue clinicien)

Les questions ont été élaborées selon les objectifs d'analyse de pratique

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

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, sur la grille scoring qui leur a été fournie (PJ) Il nous permet aussi d'en faire une analyse individuelle et collective. Les vignettes seront reprises et traitées en formation présentielle et cette correction pourra être l'occasion de rappel des recommandations utile pour améliorer la pratique.

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

2- Leur construction respecte la fiche de l'Andpc Vignettes cliniques « méthodes et formats de dpc _ maj janvier 2024 vignettes dpc »

Après rappel du contexte clinique : femme présentant signes fonctionnels évocateurs découverte d'une pathologie fibromateuse ou adénomyosique, ou à l'occasion d'une échographie d'indication autre .

Les mises en situation clinique sont à réaliser sur notre logiciel d'enquête en ligne avant la formation présentielle.: plutôt que la succession de 30 clichés recommandés, seront fournies à chaque fois que possible des boucles vidéos que le participant devra analyser et décrire les éléments visibles, en établissant un compte rendu de ses observations sur la grille de réponses fournie (scoring en PJ)(cette grille étant construite à partir du compte rendu type du CNGOF

Le choix du nombre de vignettes cliniques à 8 a été déterminé par l'expert échographiste comme significatif à démontrer les aspects essentiels des signes échographiques à reconnaître en cas d'adénomyose ou de fibromes utérins .

- Les réponses du professionnel de santé sont comparées aux réponses attendues et doivent conduire à une notation (scoring) ;
un tableau de concordance de ses réponses par rapport à celles de l'expert sera fourni en préalable à la session présentielle aux participants permettant à celui-ci d'élaborer un plan d'amélioration
Modèle scoring en PJ

Lors de la session présentielle ces mêmes vignettes seront reprises, les vidéos commentées et un temps d'échanges collectifs réalisé, permettant de comparer les réponses aux attendus et d'identifier les causes des écarts

2/ Évaluation des pratiques professionnelles non présentielle : Unité 5 : 2 h

Accompagnement de l'auto-analyse de pratique par l'organisme

- Après la phase présentielle, est transmis aux participants un support (tableau) 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.
- Commentaires de l'expert sur l'évolution des pratiques entre le pré et post présentiel
- Un forum interactif est ouvert en post formation présentielle (cf. ci-dessous 2 D). Il permet aux participants et intervenants d'échanger au cours et à l'issue des phases d'auto-analyse de pratique de façon plus interactive que par mail sur l'évolution de leurs pratiques, les difficultés rencontrées ou de nouvelles pistes d'amélioration éventuelles.

La synthèse des réponses du groupe et les commentaires de l'expert sont mis à disposition des participants sur l'espace dédié de leur compte et/ou sur ce forum

2A/ Auto-analyse des pratiques en non présentiel 30mn

Les participants recevront la synthèse de leurs réponses à l'audit, et leur score évaluant les réponses aux vignettes cliniques

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.

2B/ Évaluation des pratiques 2^e tour : audit clinique 1h

La méthode utilisée pour le 2^e tour d'évaluation des pratiques est celle de l'audit clinique. 3mois après la session présentielle, la même grille d'audit que pour la phase pré (ou une nouvelle grille centrée sur les points d'amélioration) est saisie en ligne à partir des 10 derniers comptes rendus d'échographies de patientes ayant concerné une pathologie fibromateuse ou adénomyosique.

Le principe de la synthèse et du pooling 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.

2C/ Autoanalyse des pratiques du 2^e tour d'audit clinique : 30mn

Les participants reçoivent la synthèse de leurs réponses à l'audit post. Ils les comparent aux attendus et recommandations (cf matériel pédagogique) ainsi qu'à la synthèse des réponses du groupe. Ils comparent l'évolution des écarts entre le 1^{er} et le 2eme tour et recherchent les causes des écarts persistants. Ils établissent en fonction de nouvelles pistes d'amélioration

Ils peuvent s'aider dans cette analyse des commentaires de l'expert sur l'évolution des pratiques du groupe

Ils se servent du tableau fourni en post formation pour colliger ces réflexions aux différentes étapes. Ils peuvent échanger avec l'expert et/ou les autres participants sur le forum sur leurs questions ou difficultés

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.

La lecture des ressources pédagogiques sélectionnées par l'expert

est une étape à part entière de la démarche d'auto analyse de pratique car leur contenu **même si elle n'est pas valorisée en tant que tel** car elle :

- 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

Recommandations pour la pratique clinique Prise en charge des ménorragies : recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)

<https://cngof.fr/app/pdf/RPC//RPC%20DU%20CNGOF/2022/RPC-Menorragies-2022.pdf?x13417>

Recommandations pour la pratique clinique Actualisation de la prise en charge des myomes Élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français 7/10/2011

http://www.cngof.net/Journees-CNGOF/MAJ-GO/RPC/RPC_fibrome_2011.pdf

Directive clinique de la SOGC Diagnostic et prise en charge de l'adénomyose

Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, Volume 45, Issue 6, June 2023, Pages 417-429.e1

E. Shirin Dason, Madalina Maxim, Ari Sanders, Jessica Papillon-Smith, Danny Ng, Crystal Chan, Mara Sobel <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1701216323003080>

2D_ 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 Unité 3 : 2 h

- 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 analytique 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 : Unité 4 : 1 h

Exposé synthétique de l'expert sur les points de vigilances essentiels.

à partir de mises en situation cliniques l'expert exposera les recommandations en terme de PEC des fibromes et adénomyose

Exposé synthétique de l'expert sur les points de vigilances essentiels sur ce terrain particulier de la femme en âge de procréer.

III. Déroulé de la phase présentielle

Les temps d'accueils et conclusions sont valorisés de façon égale entre la partie FMC et EPP

1) Accueil des participants, exposé des attentes 10 min

un tour de table sera effectué permettant aux participants d'exprimer leurs attendus.

L'animateur en fera une synthèse, il s'en servira en fin de séance pour vérifier que l'expert a bien répondu à toutes les attentes

2) Session EPP correction audit et vignettes (1h50)

images pathologiques échographiques et rédaction du Compte rendu

à partir de la synthèse des réponses à l'audit (50mn) et aux vignettes (1h) pour chaque sujet :

Présentation des attendus et justification au vu des recommandations de ces attendus
(les item du compte rendu du GNGOF des pathologies myométriales suppose une analyse précise des images et la complétude de ce compte rendu est témoin de la qualité de l'analyse et garant de la bonne transmission des informations aux correspondants)

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

3/ FMC (50 min)

Exposés à partir de mises en situation cliniques ,l'expert exposera les recommandations en terme de PEC des fibromes et adénomyose chez femme en âge de procréer.

20mn Hiérarchiser les explorations selon les recommandations : écho (2D 3D) Hystérosonographie
Hyfocis IRM TDM BE Hsc : l'âge et la préservation des possibilités de grossesse impacte elle le bilan pré thérapeutique spécifique des pathologies myométriales et adénomyosiques ?

30mn Hiérarchiser, actualiser les prises en charges :

les traitements médicaux (souvent anti gonadotropes gardent t'ils une place chez les femmes en âge de procréer)

les traitements chirurgicaux (et leurs impact sur la fertilité ultérieure)

les alternatives à la chirurgie (HIFU, embolisation, radiofréquence) sont-elles devenues possibles en 2024 chez les femmes en âge de procréer.

Exposé

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

recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)

<https://cngof.fr/app/pdf/RPC//RPC%20DU%20CNGOF/2022/RPC-Menorragies-2022.pdf?x13417>

Recommandations pour la pratique clinique Actualisation de la prise en charge des myomes Élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français 7/10/2011

http://www.cngof.net/Journees-CNGOF/MAJ-GO/RPC/RPC_fibrome_2011.pdf

Directive clinique de la SOGC Diagnostic et prise en charge de l'adénomyose

Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, Volume 45, Issue 6, June 2023, Pages 417-429.e1

E. Shirin Dason, Madalina Maxim, Ari Sanders, Jessica Papillon-Smith, Danny Ng, Crystal Chan, Mara Sobel

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1701216323003080>

La prise en charge du couple infertile : Élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français

<http://www.em-consulte.com/revue/JGYN/39/8S2/table-des-matieres/>

Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Carranza-Mamane B, Havelock J, Hemmings R. The management of uterine fibroids in women with otherwise unexplained infertility. J Obstet Gynaecol Can 2015;37(3):277-85. [http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30318-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30318-2)

mise à jour des comptes rendus de l'échographie en Gynécologie par le CNGOF et la SIFEM en 2017

<https://cngof.fr/app/pdf/Commissions//Commission%20echographie/2017-Echo-Gyn-CR-minimum-MAJ%20.pdf?x13417>

Infertility in patients with uterine fibroids: a debate about the hypothetical mechanisms

Emma E Don, Velja Mijatovic, Judith A F Huirne

Human Reproduction, Volume 38, Issue 11, November 2023, Pages 2045–2054,

<https://academic.oup.com/humrep/article/38/11/2045/7285837>

American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of symptomatic uterine leiomyomas. ACOG Practice Bulletin, Number 228. Obstet Gynecol 2021;137(6):e100-e15.

<http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000004401>

American Society for Reproductive Medicine. Removal of myomas in asymptomatic patients to improve fertility and/or reduce miscarriage rate: a guideline. Fertil Steril 2017;108(3):416-25.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.fertnstert.2017.06.034>

Fernandez H, Chabbert Buffet N, Allouche S. Prévalence du fibrome utérin en France et impact sur la qualité de vie à partir d'une enquête menée auprès de 2500 femmes de 30-55 ans. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2014;43(9):721-7.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jgyn.2014.07.006>

Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, Royal College of Radiologists. Clinical recommendations on the use of uterine artery embolisation (UAE) in the management of fibroids. Third edition. London: RCR; 2013. https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/23-12-2013_rcog_rcr_uae.pdf

Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, Carranza-Mamane B, Havelock J, Hemmings R. The management of uterine fibroids in women with otherwise unexplained infertility. J Obstet Gynaecol Can 2015;37(3):277- 85.
[http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163\(15\)30318-2](http://dx.doi.org/10.1016/S1701-2163(15)30318-2)

Removal of myomas in asymptomatic patients to improve fertility and/or reduce miscarriage rate:a guideline Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine FertilityandSterility®Vol.108,No.3,September2017
<https://www.asrm.org/practice-guidance/practice-committee-documents/removal-of-myomas-in-asymptomatic-patients-to-improve-fertility-andor-reduce-miscarriage-rate-a-guideline-2017/>

Olivier Serres-Cousine, Fiene Marie Kuijper, Emmanuel Curis, Diana Atashroo
Clinical investigation of fertility after uterine artery embolization
AJOG volume 225, issue 4, p403.e1-403.e22, october 2021
[https://www.ajog.org/article/S0002-9378\(21\)00601-3/fulltext](https://www.ajog.org/article/S0002-9378(21)00601-3/fulltext)

M Zou, L Chen, C Wu, C Hu, Y Xiong* Department of Obstetrics and Gynaecology of Chongqing Haif
Pregnancy outcomes in patients with uterine fibroids treated with ultrasound-guided high intensity focused ultrasound
<https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1111/1471-0528.14742>

J.Rodriguez , J. Iserna, N. Ponsa, A. Carmona, E. Vallejob , J. Cassado, J. A. De Marcosc , M. Parairac , N. Gimenez, and A. Pessarrodona.
Pregnancy outcomes after ultrasound-guided high-intensity focused ultrasound (USgHIFU) for conservative treatment of uterine fibroids: experience of a single institution J. national Journal of Hyperthermia Volume 38, 2021 –
<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/02656736.2021.1908633>

National Institute for Health and Care Excellence. Ultrasound-guided high-intensity transcutaneous focused ultrasound for symptomatic uterine fibroids. Interventional procedures guidance. London: NICE; 2019. <https://www.nice.org.uk/guidance/ipg657/resources/ultrasoundguided-highintensity-transcutaneous-focusedultrasound-for-symptomatic-uterine-fibroids-pdf1899874169080261>

Liu, L., Wang, T. & Lei, B. Ablation par ultrasons focalisés à haute intensité (HIFU) par rapport aux interventions chirurgicales pour le traitement des fibromes utérins symptomatiques : une méta-analyse. Eur Radiol 32 , 1195-1204 (2022).
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34333684/>

Zhu YQ, Zhao GC, Zheng CX, Yuan L, Yuan GB. World J Clin Cases. 2023 Sep
<https://doi.org/10.4239/wjcc.v12i9.20230901>
Managing spindle cell sarcoma with surgery and high-intensity focused ultrasound: A case report.

Santalla-Hernández A, Naveiro-Fuentes M, Benito-Villena R, Villegas-Alcazar J, López-Criado MS, Lara-Serrano A, Parra JF, Alcázar JL, Pelayo-Delgado I. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X. 2023 Oct 10 [Complications of transvaginal radiofrequency ablation of fibroids: A 5-year experience.](#)

ANNEXE vignettes cliniques & audit

I. VIGNETTES CLINIQUES, exemples

Vignettes cliniques établies selon la fiche « méthodes et formats de dpc _ maj janvier 2024 vignettes dpc »

Après rappel du contexte clinique : femme présentant signes fonctionnels évocateurs, découverte d'une pathologie fibromateuse ou adénomyosique ou à l'occasion d'une échographie d'indication autre .

plutôt que la succession de 30 clichés recommandés, seront idéalement fournies des boucles vidéos, (mettant le participant en situations plus proches de la pratique clinique) que le participant devra analyser puis décrire les éléments pathologiques visibles, en établissant un compte rendu de ses observations sur la grille de réponses fournie (la grille étant construite à partir du compte rendu type du CNGOF (modèle joint)

- Les réponses du professionnel de santé sont comparées aux réponses attendues et doivent conduire à une notation (scoring) ;

Concordance avec réponses de l'expert : 1

Non concordance avec réponses de l'expert : 0

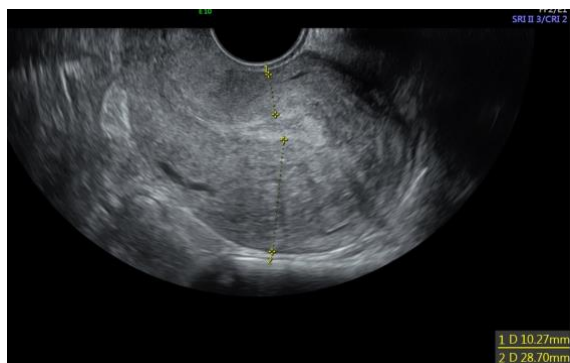
Le score sera fourni en préalable à la session présentielle aux participants permettant à celui-ci d'élaborer un premier plan d'amélioration

Lors de la session présentielle ces mêmes vignettes seront reprises, les vidéos commentées et un temps d'échanges collectifs, est réalisé, permettant de comparer les réponses aux attendus et d'identifier les causes des écarts

Exemple de vignettes

Vignette 1

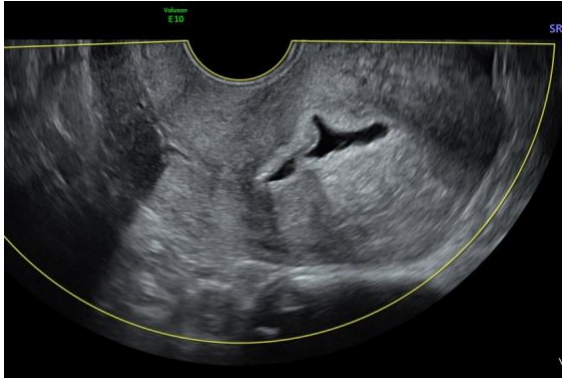
Patiente de 38 ans posant le problème de ménorragies avec douleurs pelviennes.
La patiente a fait une fausse couche récemment avec aspiration et a déjà un enfant.
Vous effectuez l'échographie endovaginale dans le cadre du bilan.



Sur cette image, quels sont les éléments constatés

- muqueuse épaisse
- utérus myomateux
- probable polype
- probable adénomyose
-

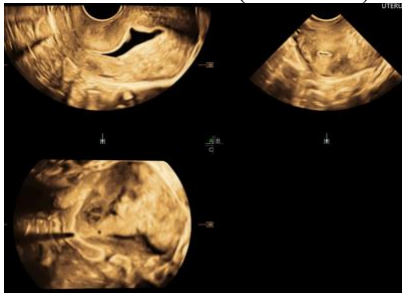
vidéo 1



CAT que vous recommanderiez

- explorations de 2e intention (IRM ou échographie spécialisée)
- trt médical a votre cabinet
- avis spécialisé (chir , RCP)

Sur la **vidéo** suivante (vidéo N°2) :



Comment interpréter les images ?

- effet cavitaire de l'adénomyose
- probable malformation utérine associée
- probable dysmorphie utérine
- séquelles de l'aspiration antérieure
- on ne peut rien conclure

Grille des comptes rendus en PJ

Établie a partir de la mise à jour des comptes rendus de l'échographie en Gynécologie par le CNGOF et la SIFEM en 2017

<https://cngof.fr/app/pdf/Commissions//Commission%20echographie/2017-Echo-Gyn-CR-minimum-MAJ%20.pdf?x13417>

Scoring Grille compte rendu vignettes

<u>Vignette clinique N°1</u>				
<u>Sur la première image vous répondez :</u>				
<ul style="list-style-type: none"> • muqueuse épaisse • utérus myomateux • probable polype • probable adénomyose 			Concordant avec réponses expert	
			Oui = 1	Non =0
Sur la boucle vidéo N°1 si vous avez bien suspecté une adénomyose avez-vous				Concordant avec réponses expert
	oui	non	oui	non
une Impression d'asymétrie ?				
un effacement de la zone de jonction ?				
L'impression de respect de l'archimyomètre ?				
Vu un aspect globuleux de l'utérus ?				
Vu des stries linéaires hyperéchogènes ?				
Vu des microkystes sous-endométriaux ?				
Vu des aspects d'atténuations focales multiples ?				
Vu des images hyperéchogènes floconneuses ?				
L'atteinte vous paraît-elle focale ?				
L'atteinte vous paraît-elle diffuse ?				
CAT que vous recommanderiez ?				
IRM				
échographie spécialisée				
trt médical a votre cabinet avis spécialisé (chir , , RCP)				
Sur la vidéo N°2 : Comment interpréter les images ?				
<ul style="list-style-type: none"> • effet cavitaire de l'adénomyose • probable malformation utérine associée • probable dysmorphie utérine • séquelles de l'aspiration antérieure 				

• on ne peut rien conclure		
total Score de concordance réponses % expert : X/15		
<u>Vignette clinique N°2</u>		

le poids des films fait que les 7 dossiers suivants ne sont pas présentés mais sont construits sur le même modèle que le cas 1

II. GRILLE AUDIT CLINIQUE

La grille d’audit est construite à partir de la recommandation mise à jour des comptes rendus de l’échographie en Gynécologie par le CNGOF et la SIFEM en 2017 Compte rendu – pathologie du myomètre (en PJ)

<https://cngof.fr/app/pdf/Commissions//Commission%20echographie/2017-Echo-Gyn-CR-minimum-MAJ%20.pdf?x13417>

Audit rétrospectif :

Dossiers patients cibles de l’audit :

ressortir les 10 derniers dossiers échographiques

de patientes vues en échographie

- dans les mois précédents la formation (en pré)
- et 3 mois après la formation présentielle celles vues depuis la session présentielle en visioconférence (Audit également rétrospectif en post)

Et présentant une pathologie fibromateuse ou adénomyosique

- réalisée devant un ou plusieurs signes d’appel évoquant ces pathologies (ménorragies douleurs ,..)
- ou de rencontre découverte à l’occasion d’une échographie d’indication autre

et vérifier que l’analyse des images myométriales ont été effectuées selon les recommandations

réponses sur la grille en PJ

Scoring Grille compte rendu audit

<u>En présence de myomes :</u> Vérifiez sur le compte rendu si vous avez observé et qualifié les fibromes selon les recommandations				
	Élément renseigné ?		Concordant avec les recommandations et réponses expert	
J'ai précisé le nombre de myome	oui	non (pourquoi ?)	oui	non
Je les ai tous scoré selon classification FIGO				
J'ai mesuré tous les fibromes dans au moins 2 axes ?				
J'ai précisé l'aspect (homogène ou non) de chacun d'entre eux				
J'ai décrit l'aspect de la vascularisation				
- Son Intensité				
- Sa topographie				
J'ai réalisé un schéma				
J'ai formulé une CAT				
total Score de concordance réponses % expert : X/8				
<u>En présence d'adénomyose :</u> Vérifiez sur le compte rendu si vous avez observé et qualifié l'atteinte adénomyosique selon les recommandations				
J'ai signalé ou non une Impression d'asymétrie des parois ?				
J'ai mesuré l'épaisseur de la paroi antérieure et de la paroi postérieure de l'utérus, sur une coupe sagittale ?				
J'ai précisé l'aspect de la zone de jonction				
J'ai précisé le respect ou non de l'archimyomètre				

J'ai retenu ou infirmé un aspect globuleux de l'utérus				
J'ai retenu ou infirmé la présence de stries linéaires hyperéchogènes				
J'ai retenu ou infirmé la présence de microkystes sous-endometriaux :				
J'ai retenu ou infirmé la présence d'atténuations focales multiples				
J'ai retenu ou infirmé la présence d'images hyperéchogènes floconneuses				
J'ai précisé si l'atteinte me paraissait focale ou Diffuse/				
total Score de concordance réponses % expert : X/ 10				

Qcm fait à partir des recommandations :

Directive clinique de la SOGC Diagnostic et prise en charge de l'adénomyose
Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada, Volume 45, Issue 6, June 2023, Pages 417-429.e1
E. Shirin Dason, Madalina Maxim, Ari Sanders, Jessica Papillon-Smith, Danny Ng, Crystal Chan, Mara Sobel

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1701216323003080>

Recommandations pour la pratique clinique du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF)

<https://cngof.fr/app/pdf/RPC//RPC%20DU%20CNGOF/2022/RPC-Menorragies-2022.pdf?x13417>

Recommandations pour la pratique clinique Actualisation de la prise en charge des myomes Élaborées par le Collège national des gynécologues et obstétriciens français 7/10/2011

http://www.cngof.net/Journees-CNGOF/MAJ-GO/RPC/RPC_fibrome_2011.pdf

Exemples de QCMs

COCHEZ PROPOSITIONS VRAIES

- 1- Aucun traitement médical actuellement validé n'est capable de faire disparaître les myomes
- 2- cas de myome asymptomatique : il n'y pas lieu d'envisager un traitement médical .
- 3- en présence de myome symptomatique (douleur ou saignement) les traitements médicaux ont pour seul objectif de traiter les symptômes rattachés au myome
- 4- La prescription d'un traitement progestatif ne constitue pas un traitement des myomes, elle peut être proposée pour traiter les ménométrorragies rattachées aux myomes dans une optique de court à moyen terme .
- 5- L'échographie endovaginale doit être le mode d'imagerie de première intention en cas d'adénomyose soupçonnée chez les patientes atteintes d'infertilité et présentant des saignements menstruels abondants, des douleurs pelviennes, un avortement spontané ou des issues de grossesse défavorables .
- 6- L'embolisation des artères utérines est une option thérapeutique efficace pour les saignements abondants et la douleur associés à l'adénomyose; on peut la proposer aux patientes qui n'ont plus aucun désir de grossesse, mais qui souhaitent conserver leur utérus.
- 7- Les interventions d'ablation thermique minimalement invasive, telles que les ultrasons focalisés de haute intensité, l'ablation par radiofréquence et l'ablation percutanée par micro-ondes,

pourraient être utilisées dans l'avenir pour traiter l'adénomyose symptomatique, mais il est nécessaire de recueillir davantage de données avant d'y recourir en dehors d'un contexte de recherche.

- 8- Il faut informer les patientes devant subir une adényomectomie de l'impact incertain que cette intervention peut avoir sur la fertilité et les issues de grossesse. Il faut les informer spécifiquement du risque élevé de rupture utérine pendant la grossesse et de la nécessité de planifier une césarienne avant que le travail se déclenche .
- 9- Chez les patientes qui ont recours à un traitement de l'infertilité, l'impact de l'adénomyose sur les résultats de grossesse est incertain.
- 10- Chez une femme infertile le traitement d'un fibrome utérin endocavitaire augmente significativement les chances de grossesse en cas de myome FIGO :
0,1,2,3,4, 2-5,6 ?

Réponses

Aucun traitement médical actuellement validé n'est capable de faire disparaître les myomes (NP1),

cas de myome asymptomatique : il n'y pas lieu d'envisager un traitement médical (grade A) ;

en présence de myome symptomatique (douleur ou saignement) les traitements médicaux ont pour seul objectif de traiter les symptômes rattachés au myome (grade C) ;

La prescription d'un traitement progestatif ne constitue pas un traitement des myomes, elle peut être proposée pour traiter les ménorragies rattachées aux myomes dans une optique de court à moyen terme (grade C).

reco canadienne 2023

L'échographie endovaginale doit être le mode d'imagerie de première intention en cas d'adénomyose soupçonnée chez les patientes atteintes d'infertilité et présentant des saignements menstruels abondants, des douleurs pelviennes, un avortement spontané ou des issues de grossesse défavorables (forte, élevée).

L'embolisation des artères utérines est une option thérapeutique efficace pour les saignements abondants et la douleur associés à l'adénomyose; on peut la proposer aux patientes qui n'ont plus aucun désir de grossesse, mais qui souhaitent conserver leur utérus (forte, moyenne).

Les interventions d'ablation thermique minimalement invasive, telles que les ultrasons focalisés de haute intensité, l'ablation par radiofréquence et l'ablation percutanée par micro-ondes, pourraient être utilisées dans l'avenir pour traiter l'adénomyose symptomatique, mais il est nécessaire de recueillir davantage de données avant d'y recourir en dehors d'un contexte de recherche (conditionnelle, faible).

Il faut informer les patientes devant subir une adényomyomectomie de l'impact incertain que cette intervention peut avoir sur la fertilité et les issues de grossesse. Il faut les informer spécifiquement du risque élevé de rupture utérine pendant la grossesse et de la nécessité de planifier une césarienne avant que le travail se déclenche (forte, faible).

Chez les patientes qui ont recours à un traitement de l'infertilité, l'impact de l'adénomyose sur les résultats de grossesse est incertain (conditionnelle, faible).

Chez une femme infertile le traitement d'un fibrome utérin endocavitaire augmente significativement les chances de grossesse en cas de myome FIGO :

0,1,2,3,4, 2-5,6