

Mise en place d'une réunion de concertation pluridisciplinaire de pelvipérinéologie en secteur libéral

Arnaud CHERASSE¹, Martine BLAIN², Odile COTELLE³, Benjamin COTTE⁴, Henri DAMON⁵, Anne-Marie FOREST², Yvette GARCIN⁶, Guillaume GAUTIER⁷, Cécile GRANDJACQUES⁸, Jacques MAGNIER⁶, Emilie SAUZET⁹, Véronique VOCHELLE⁸, Philippe GUILLEM¹⁰
¹Urologue, Clinique du Val d'Ouest, Ecully ; ²Sage-femme, Vaugneray ; ³Médecin des explorations fonctionnelles, Lyon 3^{ème} ; ⁴Gynécologue-obstétricien, Clinique du Val d'Ouest, Ecully ; ⁵Médecin des explorations fonctionnelles, Infirmier Protestante, Caluire et Cuire ; ⁶Kinésithérapeute, Clinique du Val d'Ouest, Ecully ; ⁷Radiologue, Imagerie Médicale Val d'Ouest – Charcot ; ⁸Gastro-entérologue, Clinique du Val d'Ouest, Ecully ; ⁹Kinésithérapeute, Chazay d'Azergues ; ¹⁰Chirurgien digestif et viscéral, Clinique du Val d'Ouest, Ecully

INTRODUCTION

- Les troubles de la statique pelvienne comprennent les **prolapsus** (« descentes d'organe ») affectant la vessie, l'utérus et/ou le rectum.
- Ils peuvent être associés à d'autres symptômes : troubles de la continence urinaire ou fécale, troubles de l'évacuation urinaire ou fécale, douleurs abdominales, pelviennes ou périnéales.
- Ils affectent **jusqu'à 50% des femmes de plus de 50 ans ayant accouché** ¹.
- Ils entraînent un important cortège de **plaintes fonctionnelles** avec possiblement un retentissement majeur sur la qualité de vie
- L'approche thérapeutique classique est la prise en charge isolée par le spécialiste d'organe (urologue, gynécologue ou coloproctologue médical ou chirurgical) : **compartmentalisation du plancher pelvien selon le découpage des spécialités médicales**
- Plusieurs arguments plaident cependant pour une prise en charge pluridisciplinaire ² :
 - proximité anatomique au sein du plancher pelvien musculo-aponevrotique (figure 1A) ;
 - fréquence de l'association des différents prolapsus (figure 1B) ;
 - innervation commune ;
 - mêmes mécanismes physiopathologiques (parité, âge, ménopause ...) ;
 - détérioration d'un compartiment après la réparation chirurgicale isolée d'un autre compartiment ;
 - mêmes approches thérapeutiques (rééducation fonctionnelle, chirurgie ...) ;
 - appréciation globale par les techniques actuelles d'imagerie médicale ³ (IRM dynamique, cf. ci-dessus, ou colpocystodéférographie)

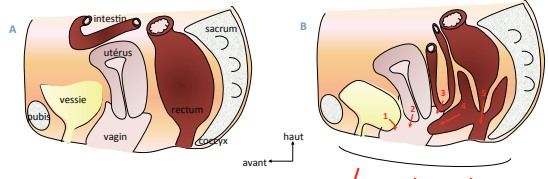
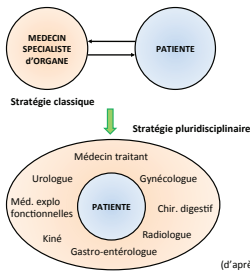


Figure 1 - Plancher pelvien de la femme (coupe sagittale). A : Situation normale. B : Formes principales de prolapsus avec cystocèle (1), hystéroptose (2), élytrocèle (3), rectocèle (4), prolapsus rectal interne (5) et périnée descendant (6).

OBJECTIF

Organiser une prise en charge pluridisciplinaire des troubles de la statique périnéale par la mise en place d'une réunion de concertation pluridisciplinaire



METHODES

Elaboration de recommandations de bonne pratique :

- basée sur l'expérience des professionnels de santé volontaires
- sur le modèle des :
 - recommandations sur la mise en place d'une RCP en cancérologie (mesure n°31 du Plan Cancer 2003-2007, HAS, INCa)
 - recommandations sur la prise en charge chirurgicale de l'obésité chez l'adulte (HAS)

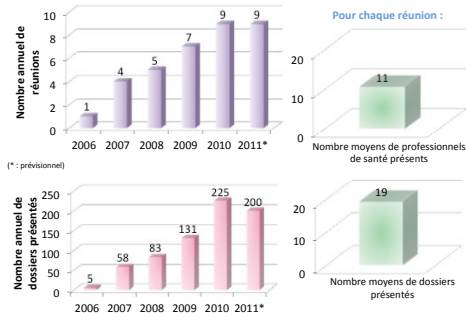


CAHIER DES CHARGES

- Volontariat des professionnels de santé
- Organisation compatible avec l'activité libérale
- Définition d'un quorum de base prévoyant la représentation des professions de santé suivantes : chirurgie digestive, explorations fonctionnelles, gastro-entérologie, gynécologie, kinésithérapie, radiologie, urologie.
- Adoption d'une terminologie commune : termes médicaux, classification de gravité des symptômes ou des anomalies anatomiques
- Dégagement d'un consensus sur l'évaluation pré-thérapeutique des patientes : antécédents et anamnèse, plaintes fonctionnelles, examen physique, explorations paracliniques
- Répertoire des alternatives thérapeutiques :
 - Traitements médicaux : laxatifs, médicaments de l'instabilité vésicale, hormonothérapie ...
 - Rééducation périnéale : pour le prolapsus et pour les troubles associés de la continence urinaire et fécale
 - Traitement instrumental : pessaires
 - Méthodes chirurgicales : voies haute (abdominale, éventuellement coelioscopique) ou basse (périnéale) avec ou sans interposition prothétique
 - Traitements associés : douleur chronique, thérapies comportementales, prise en charge psychologique ...
- Conclusion de la RCP : compte-rendu écrit, traçabilité, communication aux professionnels de santé concernés, dont le médecin traitant

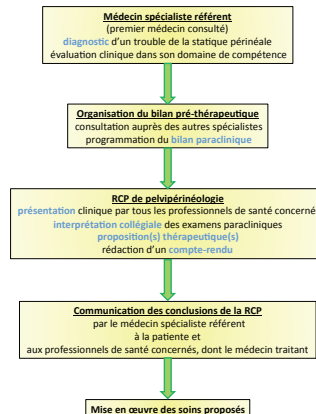
POINTS ACQUIS EN COURS D'EXPERIENCE

- Quorum de base atteint pour 65% des réunions ;
- Acquisition d'une terminologie commune ;
- Accord sur le bilan pré-thérapeutique minimal avec élaboration d'une fiche commune de recueil des données cliniques ;
- Facilitation et sécurisation des échanges d'informations entre les différents intervenants pour une même patiente ;
- Formation continue des acteurs de santé par les échanges intra- et inter-spécialités (ex : meilleure compréhension des actes techniques, diagnostiques et thérapeutiques, réalisés par les soignants extérieurs à sa spécialité) ;
- Apprentissage de nouvelles techniques rendues indispensables à une prise en charge de qualité des patientes (ex : IRM pelvienne dynamique, cures de prolapsus par voie basse avec pose de prothèse, neuromodulation sacrée) ;
- Compte-rendu écrit des conclusions de la RCP, transmis au médecin traitant et aux praticiens présents à la réunion, pour chaque dossier présenté ;
- Interventions chirurgicales conjointes à 2 ou 3 chirurgiens de spécialités différentes selon les compétences requises pour le cas précis de la patiente ;
- Elaboration d'un protocole opératoire fixant les différentes étapes techniques depuis l'installation de la patiente sur la table d'opération jusqu'aux soins post-opératoires.



EN PRATIQUE

- 31 réunions de novembre 2006 à septembre 2011
- 599 dossiers discutés
- actuellement : 9 réunions par an
- 7 à 15 professionnels de santé présents à chaque réunion
- 50 à 65 patientes opérées chaque année selon les recommandations de la RCP
- horaire des réunions : 19h30 à 23h30, adapté au mode d'exercice libéral
- liste des patients établie préalablement à la RCP
- lieu de la RCP : salle de réunion de la Clinique du Val d'Ouest



AXES D'AMELIORATION

- Vérification de l'exhaustivité des présentations de dossier ;
- Evaluation quantitative des changements de prise en charge diagnostique ou thérapeutique induits par les RCP ;
- Vérification de l'adéquation entre les recommandations émises et la réalité de la prise en charge ;
- Evaluation de la satisfaction des patientes à la fois pour la résolution de la symptomatologie et pour la sécurisation de leur prise en charge ;
- Diffusion de ce mode de fonctionnement et ouverture de la RCP aux praticiens d'autres établissements.

CONCLUSION

- Faisabilité de la démarche ;
- En secteur libéral ;
- Sur le modèle des RCP d'oncologie et des recommandations sur la prise en charge de l'obésité de l'adulte ;
- Systématisation de la prise en charge ;
- Meilleure adaptation des ressources humaines et techniques au cas particulier des patientes avec troubles de la statique du périnée.

BIBLIOGRAPHIE

- Subak L et al. Cost of pelvic organ prolapse surgery in the United States. *Obstet Gynecol* 2001; 98:546-51.
- de Muylder X. Pour une clinique du périnée. *Louvain Med* 2001; 120:263-9.
- Taylor SA. Imaging pelvic floor dysfunction. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2009; 23:487-503.
- Benson JT. The compartmentalization of the female pelvic floor. *Int Urogynecol* 1991; 2:195.
- Maglinte DD et al. Dynamic cystoproctography: a unifying diagnostic approach to pelvic floor and anorectal dysfunction. *Am J Roentgenol* 1997; 169:759-67.
- Nager CW et al. Management of pelvic floor dysfunction. *Lancet* 1997; 350:1751.
- Wall L, Delancey J. The politics of prolapse: a revisionist approach to disorders of the pelvic floor in women. *Perspect Biol Med* 1993; 34:486-96.