



Article Original

Application de la Classification FIGO 2011 pour la Cartographie des Myomes à l'Échographie par les Radiologues des Hôpitaux d'Abidjan

Practice of FIGO 2011 ultrasound classification of myomas by radiologists of Abidjan

TOURE Abdoulaye¹, N'DJA Ange Patrick¹, GNAOULE Debato Tina¹, ZOUZOU Ange Eric¹, LE Dion Anicet¹, FATTO Ebeys Nguessan¹, GBAZY Gogoua Casmir¹.

1- Service de Radiologie,
CHU Cocody Abidjan
(Côte d'Ivoire)

Correspondance : Docteur
N'dja Ange Patrick
Service de radiologie CHU de
Cocody- Abidjan – Côte
d'Ivoire
21 BP 4916 Abidjan 21-
ndjpatrick@gmail.com
TEL: 002250757976260

Mots clé : échographie,
classification FIGO 2011,
cartographie, myomes.

Keywords: ultrasound,
evaluation, FIGO 2011, myoma.

RÉSUMÉ

Objectif. Évaluer la pratique des radiologues dans l'application de la classification FIGO 2011 des myomes à l'échographie dans les hôpitaux d'Abidjan. **Matériels et Méthodes.** Il s'agit d'une enquête d'opinion qui s'est déroulée sur une période de 6 mois allant du 01 janvier au 31 juin 2020, dans les services de radiologie des centres hospitaliers d'Abidjan et à l'hôpital militaire d'Abidjan. Il s'agissait d'évaluer la connaissance, la pratique ainsi que les raisons de non pratique de la classification FIGO 2011 des myomes à l'échographie.

Résultats. Notre étude a porté sur 62 médecins radiologues. Les praticiens de sexe masculin représentaient 66,13% (n= 41) de notre effectif avec un sex-ratio de 1,95. L'âge moyen était de 41,69±5,18. Les praticiens qui connaissaient la classification FIGO 2011 représentaient 75,81% (n= 47) de notre effectif. Les réponders qui ne pratiquaient pas la classification FIGO 2011 représentaient 69,5% (n= 43) de notre effectif. L'absence de sonde dédiée était la cause de la non pratique dans 79,03% (n= 49) des cas. Les radiologues qui ne pratiquaient jamais la classification FIGO 2011 représentaient 69,35% (n= 43) de notre effectif. Les réponders qui pratiquaient la classification FIGO 2011 mentionnaient le type de myomes dans la conclusion dans 73,68% des cas (n= 46). La qualification n'était pas associée de manière significative à la connaissance de la classification de FIGO 2011 (p value =0,524).

Conclusion. La cartographie des myomes à l'échographie gagnerait à être pratiquée par les radiologues à cause la disponibilité de l'ultrasonographie, l'innocuité des ultrasons, le coût de l'examen et vue l'apport pour le médecin prescripteur dans la prise en charge globale du malade. La classification FIGO 2011 est d'un apport considérable, pour le médecin prescripteur dans la prise en charge du malade.

ABSTRACT

Objective. To evaluate the practice of radiologists in applying the FIGO 2011 classification of myomas to ultrasound in Abidjan hospitals. **Materials and methods.** This was an opinion survey that took place over a period of 6 months from January to June 2020 in the radiology departments of the university hospitals of Cocody, Treichville, Yopougon and the military hospital of Abidjan. The aim was to assess the knowledge, practice and reasons for not practicing the FIGO 2011 classification of myomas on ultrasound. **Results.** There was a male predominance (sex ratio of 1.95) and the average age was 42 years. Radiologists who knew the classification represented 75.81% (n= 41) of our workforce. Among them, only 30.65% practiced it. The reasons for the non-practice were the lack of adequate equipment, namely an endocavitary probe (79.03%)(n= 49) and the lack of training (69.35%)(n= 43). Practitioners who were familiar with the FIGO 2011 classification represented 75.81% (n= 47) of our workforce. The lack of a dedicated probe was the cause of the non-practice in 79.03% (n= 49) of cases. Radiologists who never performed the FIGO 2011 classification represented 69.35% (n= 43) of our workforce. All of the practitioners who performed the FIGO 2011 classification combined the suprapubic route and the endovaginal route. **Conclusion.** Ultrasound myoma mapping would benefit from being performed by radiologists because of the availability of ultrasound, the safety of ultrasound, the cost of the examination and the contribution for the prescribing physician in the management overall patient. The FIGO 2011 classification is of considerable benefit for the prescribing physician in the management of the patient.

INTRODUCTION

Les léiomyomes ou fibromyomes, plus communément dénommés fibromes, sont les tumeurs les plus répandues du tractus génital. Ils touchent 20 à 25 % des femmes en âge de procréer et sont 3 à 9 fois plus fréquents chez les femmes noires que chez les femmes blanches [1]. Plus fréquents chez les femmes afro-américaines, ils font leur apparition généralement après l'âge de 30 ans [1, 2]. Les myomes peuvent provoquer des ménorragies, douleurs pelviennes et l'infertilité et ont un impact sur la grossesse (par exemple, naissance prématurée et présentation erronée) [3,4]. Les options de traitement des myomes sont nombreuses, diverses et fondées sur des informations obtenues à partir des comptes rendus échographiques [5,6]. Les recommandations actuelles préconisent l'utilisation de la classification FIGO 2011 pour la cartographie des myomes à cause de sa précision diagnostique. L'objectif général de cette étude était d'évaluer la pratique des radiologues dans l'application de la classification FIGO 2011 des myomes à l'échographie à Abidjan.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

Il s'agit d'une enquête d'opinion qui s'est déroulée sur une période de six mois allant de janvier à juin 2020, dans les services de radiologie correspond aux sites de formations du CIFRAF (Centre International de Formation des Radiologistes Africains Francophone). Ce sont les CHU (Cocody, Treichville, Yopougon) et l'hôpital militaire d'Abidjan. Nous avons étudié les paramètres épidémiocliniques (le sexe, l'âge, la nationalité), la qualification du radiologue, l'ancienneté, les lieux de formation et de fonction, le mode d'exercice, l'aptitude à réaliser la classification FIGO 2011 lors de la cartographie des myomes et enfin la fréquence de réalisation de cette classification. Les paramètres ont été présentés en univarié afin d'apprécier leur distribution dans la population d'étude. Les analyses bivariées ont été faites avec expression du risque en Odds-Ratio (OR). Nous avons utilisé le test de Chi² de Pearson et le test exact de Fisher pour la comparaison des proportions. Le seuil de significativité a été fixé à 5%. Le dépouillement et l'analyse des données ont été faits par le logiciel Stata 13.

Résultats

Notre étude a porté sur 62 médecins radiologues. Les praticiens de sexe masculin représentaient 66,13% de notre effectif avec un sex-ratio de 1,95. L'âge moyen était de 41,69±5,18 ans avec une médiane de 42 ans et des extrêmes de 30 et 54 ans.

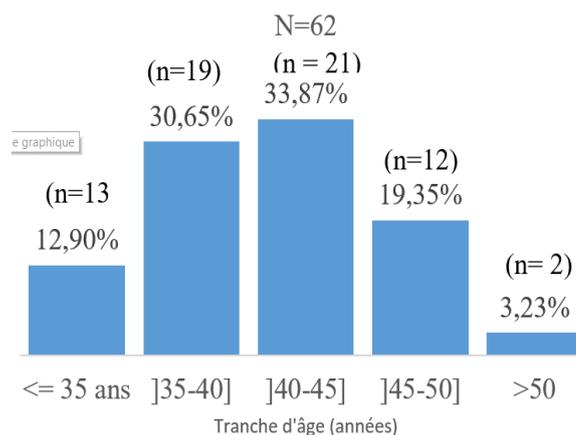


Figure 1 : Répartition des praticiens selon l'âge

Les radiologues étaient de nationalité ivoirienne dans 79,03% des cas. La majorité des praticiens ont été formés au CIFRAF d'Abidjan. La grande proportion des praticiens exerçaient à la fois dans le public et dans le privé (60,66%)

Tableau I : Répartition des praticiens selon leurs caractéristiques

	Effectifs	%
Lieu de formation		
CIFRAF Abidjan	45	72,58
Autres pays d'Afrique et Europe	17	27,42
Total	62	100
Lieu de fonction		
HMA	9	14,52
CHU de Yopougon	20	32,26
CHU de Cocody	17	27,42
CHU de Treichville	16	25,81
Total	62	100

Les praticiens qui connaissaient la classification FIGO 2011 représentaient 75,81% (n=47) de notre effectif. Les répondants qui ne pratiquaient pas la classification FIGO 2011 représentaient 69,5% (n=43) de notre effectif. L'absence de sonde dédiée était la cause de la non pratique dans 79,03% des cas

Tableau II : causes du manque de pratique

	Effectifs	pourcentage
Pas de sonde dédiée	49	79,03
Pas de formation	43	69,35
Demande non formulée	41	66,13

Les répondants qui pratiquaient la classification FIGO 2011 mentionnaient le type de myomes dans la conclusion dans 73,68% (n=46) des cas. Les CES en formation représentaient 40,32% (n=25) de notre effectif, suivis des radiologues non universitaires avec 38,71% (n=24) des cas. La qualification n'était pas associée de manière significative à la connaissance de la classification de FIGO 2011 (p value =0,524).

Tableau III: Connaissance de la classification FIGO 2011 selon la qualification

Qualification	Connaissance de la FIGO 2011 N (%)	Valeur p
CES en formation (n=25)	18 (72,00)	0,524
Interne de radiologie (n=1)	1 (100)	
Radiologue non universitaire (n=24)	17 (70,83)	
Radiologue universitaire (n = 12)	11 (91,67)	

La proportion de radiologues universitaires qui pratiquaient la classification FIGO 2011 étaient significativement plus élevée (p value =0,012). Les juniors représentaient 43,55% de notre série. La pratique de la classification FIGO 2011 était significativement plus élevée chez les séniors 2 (p value 0,042)

Tableau IV : Pratique de la classification FIGO 2011 selon la qualification

Qualification	Pratique de la FIGO 2011 (%)	Valeur p
CES en formation (n=25)	4/ (16,00)	0,012
Interne de radiologie (n=1)	0/ (0)	
Radiologue non universitaire (n=24)	7/ (29,17)	
Radiologue universitaire (n=12)	8/ (66,67)	

DISCUSSION

La principale limite de cette étude était le biais de prévarication. En effet, les répondants sont susceptibles de donner de fausses informations sur leur pratique, ce qui pourrait nuire à la qualité de notre travail. En effet, nous avons réalisé une enquête d'opinion des praticiens sur l'application de la classification FIGO 2011 pour la cartographie des myomes à l'échographie. Cependant, cette classification est de réalisation beaucoup plus aisée, ce qui a justifié son choix. Cette enquête a également permis de promouvoir la classification FIGO 2011 pour la cartographie des myomes chez les radiologues en Côte d'Ivoire. Cette promotion a été faite lors de l'interview des enquêtés et se fera également lors de la publication des résultats. Par ailleurs, cette étude permettra d'identifier les causes de non pratique de la classification afin de proposer des solutions. L'âge moyen était de 41,69 ans avec des extrêmes de 30 et 54 ans. La tranche d'âge la plus représentée dans notre série était celle de 35 à 45 ans avec une proportion de 64,52%. Dans la série de Guena et al, la tranche d'âge la plus fréquente était celle de 46 à 50 ans [8]. Les radiologues qui pratiquaient la classification FIGO 2011 représentaient 30,65% de notre effectif. Les causes de l'absence de pratique étaient l'absence de sonde dédiée (79,03%), l'absence de formation (69,35%) et l'absence de demande formulée (66,13%). L'absence de pratique de la classification FIGO 2011 expose les

patientes à une prise en charge inadéquate par leur médecin traitant. En effet, la classification FIGO 2011 fournit une nomenclature claire et cohérente des lésions afin de permettre au médecin traitant de recourir aisément à des méthodes normalisées d'investigation et de traitement [9,10]. Les radiologues qui pratiquaient toujours cette classification représentaient 6,45% de notre série. Cette proportion est relativement faible. Les médecins en formation étaient les plus nombreux de notre série avec 40,32% de l'effectif. Cela était dû à la vocation académique de nos centres de recrutement. Hors mis les apprenants, notre échantillon d'étude était également constituée d'interne en radiologie (1,61%), de radiologues non universitaires (38,71%) et de radiologues universitaires (19,35%). La présence de toutes ces qualifications dans notre échantillon nous a permis d'étudier la pratique de la classification FIGO 2011 dans toutes les composantes de la corporation de radiologue. La connaissance de la classification FIGO 2011 était de 72% chez les médecins en formation, 70,83% chez les radiologues non universitaires et 91,67% chez les radiologues universitaires. Aucune qualification n'avait une connaissance de la classification FIGO 2011 significativement meilleure à une autre (p>0,05). Cette absence de significativité pourrait être due à la petite taille de notre échantillon (n=62). Cependant, la plus grande différence a été observée chez les radiologues universitaires avec une proportion de 91,67% contre 72 et 70,83% chez les médecins en fin de formation et les radiologues non universitaires. La proportion de radiologues universitaires qui pratiquaient la classification FIGO 2011 étaient significativement plus élevée (p<0,05). Les universitaires pratiquaient beaucoup plus la classification FIGO 2011 que les autres praticiens. Cette classification a une importance capitale pour la prise en charge tout en sachant que les myomes classés types 0, 1, 2 et 3 bénéficieront d'un traitement chirurgical tandis que les autres bénéficieront d'un traitement médical ou chirurgical en fonction de la taille des myomes.

CONCLUSION

La classification FIGO 2011 fournit une nomenclature claire et cohérente des lésions afin de permettre au médecin traitant de recourir aisément à des méthodes normalisées d'investigation et de traitement. Les radiologues qui la connaissaient représentaient 75,81% de notre effectif. Parmi eux, seulement 30,65% la pratiquait. Les causes de la non-pratique étaient l'absence du matériel adéquat à savoir une sonde endocavitaire (79,03%) et l'absence d'apprentissage de la classification pendant la formation (69,35%). La vulgarisation de cette classification chez les radiologues passerait par une mise à jour de la formation des radiologues junior et la formation continue des radiologues séniors.



RÉFÉRENCES

1. Okogbo FO, Ezechi, Loto OM et al. Uterine leiomyomata in South western Nigeria: clinical study of presentations and management outcome. *Afr Health Sci.* 2011; 11: 271-8.
2. Baird DD, Dunson DB, Hill MC et al. High cumulative incidence of uterine leiomyoma in black and white women: ultrasound evidence. *Am J Obstet Gynecol.* 2003; 188: 100-7
3. Buttriam JVC, Reiter RC. Uterine leiomyomata: etiology, and management. *Fertil Steril* 1981 ; 36:433-45.
4. Poncelet C, Benifla JL, Madelenat P. [Myoma and infertility]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1999;28:761-767
5. Ahdad-Yata N, Fernandez H, Nazac A, Lesavre M, Pourcelot AG, Capmas P. [Fertility after hysteroscopic resection of submucosal myoma in infertile women]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2015;45:563-70.
6. CNGOF. Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique. Dec 2011. http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_fibrome_2011.pdf
7. Munro MD, Critchley MD, Fraser IS; FIGO Menstrual Disorders Working Group. The FIGO classification of causes of abnormal uterine bleeding in the reproductive years. *Fertil Steril* 2011;95(7):2204-8.
8. Guena MN, Nangmedjio IDN, Zilbinkai FA, Amvene JM, Fotsing JG, Amvene SN. Evaluation de la Pratique des Échographies Obstétricales au Cameroun. *HEALTH SCIENCES AND DISEASE [Internet]* 2019 [cité 2021 déc 14];20. Available from: <http://www.hsd-fmsb.org/index.php/hsd/article/view/1412>
9. Meuli R, Coendoz S, Meuvly JY, Neziri J, Billotte J, Bellwalder S. Etude de la démographie des radiologues en Suisse romande [Rapport Département de radiologie médicale CHUV]. Lausanne; 2011.34p
10. Waligora J, Perlemuter L. Anatomie. 3rd ed. Paris: Masson; 1975.
11. Fraser IS, Critchley HO, Munro MG. Abnormal uterine bleeding: getting our terminology straight. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2007; 19(6): 591-5