

# Prise en charge des masses pelviennes / ovariennes : Évaluation initiale et lignes directrices quant à l'orientation des patientes

La présente directive clinique a été rédigée et approuvée par le comité sur les politiques et les directives cliniques de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada / la Société des gynécologues oncologues du Canada / la Société canadienne des colposcopistes, et par le comité sur l'imagerie diagnostique de la SOGC. Elle a été approuvée par le comité exécutif de la Société des gynécologues oncologues du Canada, le comité exécutif de la Société canadienne des colposcopistes et le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Celle-ci remercie l'Association canadienne des radiologistes de son apport et de ses conseils en ce qui concerne les lignes directrices sur l'imagerie pour la création de cette norme.

## AUTEURS PRINCIPAUX

Tien Le, MD, Ottawa (Ont.)

Christopher Giede, MD, Saskatoon (Sask.)

## AUTEUR COLLABORATEUR

Shia Salem, MD, Toronto (Ont.)

## COMITÉ SUR LES POLITIQUES ET LES DIRECTIVES CLINIQUES SOGC/GOC/SCC

Tien Le (président), MD, Ottawa (Ont.)

Guylaine Lefebvre, MD, Toronto (Ont.)

Barry Rosen, MD, Toronto (Ont.)

James Bentley, MB, ChB, Halifax (N.-É.)

Christopher Giede, MD, Saskatoon (Sask.)

Rachel Kupets, MD, Toronto (Ont.)

Patti Power, MD, St. John's (T.-N.-L.)

Marie-Claude Renaud, MD, Québec (Québec)

Peter Bryson, MD, Kingston (Ont.)

Donald B. Davis, MD, Medicine Hat (Alb.)

Susie Lau, MD, Montréal (Québec)

Robert Lotocki, MD, Winnipeg (Man.)

Vyta Senikas, MD, Ottawa (Ont.)

## COMITÉ SUR L'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE DE LA SOGC

Lucie Morin (présidente), MD, Outremont (Québec)

Stephen Bly, MD, Ottawa (Ont.)

Kimberly Butt, MD, Fredericton (N.-B.)

Yvonne M. Cargill, MD, Ottawa (Ont.)

Nanette Denis, RDMS, CRGS, Saskatoon (Sask.)

Robert Gagnon, MD, Montréal (Québec)

Marja Anne Hietala-Coyle, inf. aut., Halifax (N.-É.)

Kenneth Ian Lim, MD, Vancouver (C.-B.)

Annie Ouellet MD, Sherbrooke (Québec)

Maria-Hélène Racicot, MD, Montréal (Québec)

Shia Salem, MD, Toronto (Ont.)

Tous les membres du comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

## Résumé

**Objectifs :** Optimiser la prise en charge des masses annexielles et aider les médecins de premier recours et les gynécologues à identifier les patientes présentant une masse ovarienne qui s'accompagne d'un risque considérable de malignité pour lesquelles une orientation et une prise en charge en oncologie gynécologique devraient être envisagées.

**Mots clés :** Pelvic mass, ultrasound evaluation, surgical management

**Options :** Évaluation laparoscopique, stadification par chirurgie exhaustive (pour ce qui est du cancer de l'ovaire précoce) ou chirurgie de réduction tumorale (pour ce qui est du cancer de l'ovaire de stade avancé).

**Issues :** Optimiser la prise en charge conservatrice (par comparaison avec la prise en charge opératoire) des femmes présentant une possible malignité ovarienne et optimiser la participation des gynécologues oncologues à la planification et à la mise en œuvre du traitement.

**Résultats :** La littérature publiée a été localisée par l'intermédiaire de recherches menées dans PubMed ou MEDLINE, CINAHL et la Cochrane Library, au moyen d'un vocabulaire contrôlé approprié et de mots clés. Les résultats ont été limités aux analyses

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

**Tableau 1 Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs**

| Niveaux de résultats*   | Catégories de recommandations†   |
|---|--|
| I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.  | A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.  |
| II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.   | B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.  |
| II-2 : Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.  | C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision. |
| II-3 : Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie. | D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention.<br>E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.   |
| III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.   | L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.                           |

\*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs<sup>33</sup>.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif<sup>33</sup>.

systématiques, aux essais comparatifs randomisés / cliniques et aux études observationnelles. La littérature grise (non publiée) a été identifiée par l'intermédiaire de recherches menées dans les sites Web d'organismes du domaine de l'évaluation des technologies de santé, les collections de directives cliniques, les registres d'essais cliniques et les sites Web de sociétés de spécialité médicale nationales et internationales.

### Recommandations

1. Les médecins de premier recours et les gynécologues devraient toujours envisager la possibilité d'un cancer de l'ovaire sous-jacent chez toute patiente, quel qu'en soit l'âge, qui présente une masse annexielle ou ovarienne. (II-2B)
2. Le bilan approprié d'une femme périménopausée ou postménopausée présentant une masse annexielle devrait comprendre une évaluation des symptômes évoquant une affection maligne, tels que la douleur pelvienne / abdominale persistante, la miction impérieuse / la pollakiurie, l'accroissement de la taille de l'abdomen / le ballonnement et la difficulté de manger. De plus, la détermination du taux de CA125 devrait être envisagée. (II-2B)
3. La tenue d'une échographie transvaginale ou transabdominale est recommandée dans le cadre du bilan initial d'une masse annexielle / ovarienne complexe. (II-2B)
4. Les rapports d'échographie devraient être standardisés de façon à inclure la taille et l'emplacement (unilatéral / bilatéral) de la masse annexielle et son origine possible, l'épaisseur des cloisons, la présence d'excroissances et de composants internes solides, la distribution du débit vasculaire et la présence ou l'absence d'ascites. Ces données sont essentielles pour le calcul du score de l'indice du risque de malignité II servant à identifier les masses pelviennes qui présentent un fort potentiel malin. (IIC)
5. Les patientes qui semblent courir un risque élevé de présenter une affection maligne sous-jacente devraient faire l'objet d'un examen, mené avec le concours d'un gynécologue oncologue, aux fins de l'évaluation de la situation et de la mise en œuvre d'une prise en charge chirurgicale optimale. (II-2B)

J Obstet Gynaecol Can, vol. 31, n° 7, 2009, p. 674–680

### INTRODUCTION

**B**ien que le cancer de l'ovaire soit relativement peu courant, il s'agit de la plus mortelle des affections malignes gynécologiques; il affecte souvent les femmes périménopausées et postménopausées<sup>1</sup>. Selon les statistiques de la Société canadienne du cancer, en 2006, 1 600 décès ont été attribuables au cancer de l'ovaire et 2 300 nouveaux cas ont été identifiés. Dans le même rapport, le taux de survie estimatif à cinq ans pour les patientes atteintes du cancer de l'ovaire (1995–1997) était de 38 % (IC à 95 %, 37 %–40 %)<sup>2</sup>. Ce taux n'a pas connu de modifications significatives au cours des quelques dernières décennies, et ce, malgré des percées considérables en matière de techniques chirurgicales, d'options chimiothérapeutiques et de soins de soutien (ces percées ont, toutefois, amélioré la survie médiane)<sup>3,4</sup>. En ce qui concerne les patientes dont la tumeur est cliniquement localisée dans l'un ou dans les deux ovaires, la prise en charge standard comprend une stadification chirurgicale exhaustive ayant pour but de fournir des renseignements pronostiques et d'éclairer le besoin subséquent de poursuivre le traitement adjuvant. Chez les patientes présentant une maladie métastatique, de nombreuses études rétrospectives et prospectives ont indiqué que l'importance de la maladie résiduelle à la suite d'une chirurgie de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3960178>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3960178>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)