

N° 341-Diagnostic et prise en charge de la torsion annexielle chez les filles, les adolescentes et les femmes adultes

La présente directive clinique a été rédigée par le comité canadien d'obstétrique-gynécologie pédiatrique et de l'adolescence (CANPAGO), évaluée par le Comité de pratique clinique – gynécologie, le Comité d'imagerie diagnostique et le Comité de surveillance et de gestion des directives cliniques, et approuvée par le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURES PRINCIPALES

Sari Kives, M.D., Toronto (Ont.)
 Suzy Gascon, M.D., Montréal (Qc)
 Élise Dubuc, M.D., Montréal (Qc)
 Nancy Van Eyk, M.D., Halifax (N.-É.)

COMITÉ CANPAGO

Lisa M. Allen, M.D., Toronto (Ont.)
 Philippa H. Brain, M.D., Calgary (Alb.)
 Élise Dubuc, M.D., Montréal (Qc)
 Julie C.-E. Hakim, M.D., Ottawa (Ont.)
 Debra M. Millar, M.D., Vancouver (C.-B.)
 Deanna M. Murphy, M.D., St. John's (T.-N.-L.)

Mots clés: Torsion, ovary, adnexa disease, ovary disease, uterine tube disease

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2016.12.009>

Rachel Spitzer, M.D., Toronto (Ont.)

Toutes les auteures principales nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Résumé

Objectif : Passer en revue les connaissances scientifiques actuelles et formuler des recommandations relatives au diagnostic et à la prise en charge de la torsion annexielle chez les filles, les adolescentes et les femmes adultes.

Issues : L'étude porte sur les facteurs de risque, la précision diagnostique, les options de prise en charge et les issues de la torsion annexielle.

Résultats : Nous avons examiné les études publiées en faisant des recherches dans MEDLINE, Embase, CINAHL et la Bibliothèque Cochrane à l'aide d'une terminologie contrôlée et de mots-clés appropriés (« *adnexal torsion* », « *ovarian torsion* »). Nous avons limité les résultats aux revues systématiques, aux essais contrôlés aléatoires, aux essais cliniques contrôlés et aux études d'observation. Nous avons refait les recherches de façon régulière et intégré de nouvelles données à la directive jusqu'en décembre 2014. Nous avons également étudié la littérature grise (non publiée) trouvée sur les sites Web d'organismes d'évaluation des technologies de la santé et d'autres organismes connexes, dans des collections de directives cliniques et dans des registres d'essais cliniques, et obtenue auprès d'associations nationales et internationales de médecins spécialistes.

Valeurs : Les résultats ont été examinés et évalués par le comité CANPAGO de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), sous la direction des auteures principales. Les recommandations ont été classées selon les critères établis par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

J Obstet Gynaecol Can 2017;39(2):91–100

Copyright © 2017 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Ce document fait état 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'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs 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 ces modifications. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, sous quelque forme que ce soit, sans une permission écrite de l'éditeur.

Les femmes ont le droit et le devoir de prendre des décisions éclairées en matière de soins, en collaboration avec leurs fournisseurs de soins. Pour faciliter ces décisions, il faut offrir aux femmes des renseignements et des conseils fondés sur des données probantes qui soient adaptés à leur culture et à leurs besoins. Il faut chercher à connaître les valeurs, les croyances et les besoins des femmes et de leur famille, et respecter leur choix final en ce qui concerne les soins et les traitements.

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

Niveaux de données probantes ^a	Catégories de recommandations ^b
I: Données obtenues à partir d'au moins un essai clinique aléatoire convenable.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1: Données obtenues à partir d'essais cliniques non aléatoires bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2: Données obtenues à partir d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études 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: Données découlant de comparaisons entre différents moments ou lieux, ou selon qu'on ait eu ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non contrôlées (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.
III: Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
	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.

^aLa qualité des données fournies dans la présente directive 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.

^bLes recommandations comprises dans la présente directive ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

Avantages, désavantages et coûts : L'application de la directive devrait aider les praticiens à adopter une approche de diagnostic et de prise en charge optimale en matière de torsion annexielle, à réduire au minimum les effets néfastes et à améliorer l'issue qui attend les patientes.

Validation : La présente directive a été évaluée et approuvée par le Comité de pratique – gynécologie de la SOGC, et approuvée par le Conseil de la SOGC. Parrainé par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Déclarations sommaires:

1. L'échographie, avec ou sans EDC, est la technique d'imagerie privilégiée pour tous les cas de torsion annexielle soupçonnée (II-2).
2. La laparoscopie est l'approche chirurgicale privilégiée pour les cas de torsion annexielle (II-2).
3. Le maintien de la fonction ovarienne après détorsion a été confirmé à répétition par EDC, même dans les cas d'ovaires bleu-noir (II-2).
4. Le risque de malignité au moment de la torsion est très faible chez les populations pédiatrique, adolescente et adulte (II-2).

Recommandations

1. Le diagnostic de la torsion annexielle devrait être envisagé en cas de douleur abdominale aiguë chez les femmes et les filles (II-2B).

2. Un débit sanguin absent ou réduit à l'EDC, une augmentation du volume total de l'ovaire et un rapport de volume anormal entre les annexes peuvent tous indiquer une torsion annexielle. Or, la décision d'opérer ne devrait pas reposer exclusivement sur les résultats échographiques (II-2B).
3. Le risque théorique de thromboembolie à la suite d'une détorsion n'est pas fondé et ne devrait pas empêcher une prise en charge conservatrice (II-2B).
4. La rapidité du diagnostic et de la recommandation en chirurgie permet de réduire au minimum les lésions et l'ischémie de l'ovaire en cas de torsion soupçonnée. Les patientes devraient donc être opérées le plus tôt possible (II-2B).
5. En cas de torsion ovarienne confirmée, une chirurgie conservatrice telle que la détorsion avec ou sans kystectomie devrait être réalisée, même si l'ovaire est bleu-noir (II-2B).
6. En présence d'un ovaire oedémateux, un report de la kystectomie devrait être envisagé afin de prévenir l'aggravation des lésions (II-2B).
7. En raison du risque accru de malignité chez les femmes ménopausées ayant une torsion ovarienne, l'ovariectomie devrait être envisagée de préférence à la kystectomie chez cette population (II-2B).
8. L'ovariopexie peut être envisagée dans les cas de ligament ovarien congénitalement long, de récurrence de torsion ou de torsion de cause non manifeste (III-C).

ABRÉVIATIONS

CRP	protéine C-réactive
EDC	échographie Doppler couleur
IL-6	interleukine 6
IRM	imagerie par résonance magnétique
TDM	tomodensitométrie
VPP	valeur prédictive positive

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5693533>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5693533>

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