

Avis : Cette directive clinique a été rédigée et examinée par le comité des directives cliniques de la Société des gynécologues oncologues du Canada. Une révision est en cours.

N° 230, juillet 2009 (remplace n° 76, septembre 1998) (Réaffirmée mars 2018)

N° 230-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.

Tien Le, MD, Ottawa (Ont.)

Christopher Giede, MD, Saskatoon (Sask.)

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.

Mots clés : Pelvic mass, ultrasound evaluation, surgical management, ovarian mass, oncology

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,

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.

Options : Évaluation laparoscopique, stadification par chirurgie exhaustive (pour ce qui est du cancer de l'ovaire précoce) ou

J Obstet Gynaecol Can 2018;40(3):e230–e236

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2018.01.017>

Copyright © 2018 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.

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 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 (IIIC).
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).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8781758>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8781758>

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