

Synthèse des recommandations actualisées en gynécologie Septembre 2019

Dr Lionel SAVEY

Centre de Chirurgie Gynécologique Hôpital Privé de l'Ouest Parisien

N° directs (réservés aux professionnels)

01 30 69 46 11

06 08 87 12 96

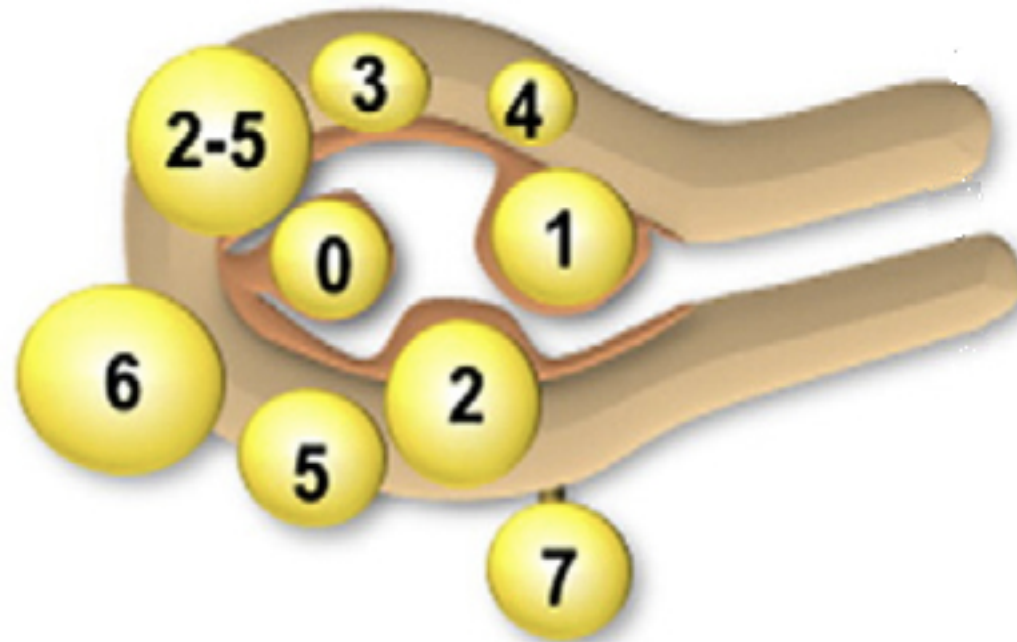
Secrétariat

06 65 61 13 55

01 30 69 46 10

- L'échographie est l'examen de référence
- Le suivi par échographie n'est pas recommandé sauf si > 10 cm
- L'IRM peut permettre de dresser une cartographie pré opératoire
- L'hystéroscopie diagnostique pour retentissement intra cavitaire
- Tt progestérone ou progestatif n'est pas indiqué sauf prise en charge des hypertrophies endométriales associées
- Tt indiqués uniquement en pré opératoire (réduction volume ou anémie) tt 3 mois maximum
 - Analogues Decapeptyl +- Tibolone
 - Ulipristal acetate (ESMYA) Surveillance hépatique non contraceptif

FIBROMES UTERINS (CNGOF 2011) – 2/4



- **Traitement conservateur des myomes sous séreux et interstitiels**
 - guidé par le désir de grossesse (morbidité>hystérectomie)
 - réalisable par laparo ou coelio(<8cm <= 2 fibromes)
 - myomes sous séreux pédiculés tordus en nécrobiose douloureux
 - myomes compressifs ou pesanteur

- **Traitement radical des myomes sous séreux et interstitiels**
 - voie vaginale ou coelioscopique = voie de référence

- **Traitement chirurgical fibromes sous muqueux**
 - résection hystérocopie = technique de référence pour fibrome < 4 cm
 - essentiellement intracavitaire si plus volumineux préparation par analogues

- **Traitement par embolisation**
 - possible si pas de désir de grossesse
 - jusqu'à 28% d'hystérectomies secondaires à 5 ans

Fibromes et infertilité

- les fibromes sous muqueux diminuent la fertilité
- myomectomie sous muqueuse semble améliorer fertilité avant AMP
- les fibromes interstitiels > 5 ou 7 cm diminuent la fertilité

Fibromes et contraceptions

- les fibromes ne contre indiquent pas la contraception orale quelle qu'elle soit
- seuls les fibromes sous muqueux contre indiquent le stérilet

Fibromes et THM

- Pas de preuve que THM augmente volume des fibromes mais augmente saignements si fibrome sous muqueux

Tumeurs Ovaires Présumées Bénignes

- L'échographie endo vaginale est l'examen de référence
- En cas de tumeur uniloculaire liquidienne pure < 7 cm elle est suffisante (kyste simple)
- Caractère organique évoqué sur :végétations, diamètre > 7cm composante solide, caractère multiloculaire, paroi épaisse
- IRM recommandée pour masses indéterminées ou > 7 cm
- CA 125 non recommandé pour kystes présumés bénins avant ménopause et n'est pas recommandé non plus dans kystes anéchogènes après la ménopause

KYSTES OVARIENS (CNGOF 2013) – 2/2

KYSTES OVARIENS FONCTIONNELS	KYSTES OVARIENS ORGANIQUES
<ul style="list-style-type: none">• Le traitement hormonal n'est pas recommandé• Kystes fonctionnels peuvent se développer sous OP minidosés• Kystes fonctionnels présents dans 12 à 30 % avec Mirena	<ul style="list-style-type: none">• Chez la femme sans antécédent de cancer l'abstention est possible en cas de kyste uniloculaire liquidien pur asymptomatique <10 cm (kyste simple)• Kystectomie ovarienne par coelioscopie est la technique de référence, n'altère pas la fertilité sauf endométriome• Annexectomie pour femme ménopausée (bilatérale? augmente le risque cardiovasculaire avant 65 ans)• Drainage et cautérisation endometriome envisageable• Annexectomie à considérer si lésions sévères récidivantes et pas de projet de grossesse

CRITÈRES

MAJEURS

- - Douleur pelvienne spontanée
- - Douleur annexielle provoquée ou à la mobilisation utérine

ADDITIFS

- Atcd IST post abortum curetage.;++
- Métrorragies
- Syndrome rectal ++
- Fièvre ++
- Leucorrhées
- CRP élevée ++
- Épaississement paroi tubaire >5 mm ou masse hétérogène)

- Première intention NFS CRP (la normalité n'élimine pas IGH) écho ...
procalcitonine !
- Scanner si doute
- Coelio si doute persiste
- PV + prelvé endocol bactériologique standard + chlamydiae + gono
- Ablation stérilet pour culture
- Biopsie endomètre ++ mais difficile en pratique courante

INFECTIONS GENITALES HAUTES (CNGOF 2018) – 3/4

IGH NON COMPLIQUÉE TT AMBULATOIRE PER OS 10 J	IGH COMPLIQUÉES (ABCÈS TUBO OVARIENS) DRAINAGE SI > 3 CM
<ul style="list-style-type: none">• Ceftriaxone 1 gr IM ou IV unique• Doxycycline 100 mg X2/j + MétronidazoleL 500 mg X2/J 10J • Ofloxacin 200 mgX2/ j 10 j +Métronidazole500 mg X2/J 10 J• +/- Ceftriaxone 1 gr IM ou IV unique	<ul style="list-style-type: none">• Ponction par voie transvaginale +/- répétée sans drain• Coelioscopie drainage (+- exérèse)• Antibio 14 j IV relai per os a l'apyrexie • Ceftriaxone 2gr/J IV puis arrêt à l'apyrexie• Metronidazole 500mgX3/J Doxycycline 100mgX2/J relai per os à l'apyrexie 14 J au total • Céfoxitine 2grX4/ jour IV + Doxycycline 100mgX2/J IV• Relai per os Ofloxacin Métronidazole ou Doxycycline Métronidazole 14 J au total

Surveillance

- pas d'imagerie de contrôle si patiente asymptomatique
- coelio si douleurs ou infertilité
- DIU envisageable en particulier si grossesse après IGH en l'absence hydrosalpinx
- écho précoce si grossesse (GEU)

- Dépistage systématique des femmes sexuellement actives de 15 à 25 ans (inclus), y compris les femmes enceintes ;
- Un dépistage opportuniste ciblé
 - femmes sexuellement actives de plus de 25 ans présentant des facteurs de risque
 - femmes consultant pour une IVG, sans limite d'âge.
 - facteurs de risque : multi partenariat (au moins deux partenaires dans l'année), changement de partenaire récent, individus ou partenaires diagnostiqués avec une autre IST (NG, syphilis, VIH, Mycoplasma génitalium), antécédents d'IST, HSH, personnes en situation de prostitution, après un viol.

- Tests recommandés = tests d'amplifications incluant le duplex Ct/NG
L'échantillon vaginal (prélèvement par un clinicien ou auto-prélèvement) est préféré au prélèvement urinaire.
- Le dépistage répété annuellement en cas de test négatif et de rapports sexuels non protégés avec un nouveau partenaire.
En cas de test positif, le dépistage doit être répété à 3-6 mois
- L'auto-prélèvement représente une alternative au prélèvement par un professionnel de santé

Cystite non compliquée

- Pas d'ecbu
- MONURIL 3 gr en dose unique ou Pivmecillinam (Selexid) 400 mgX2/j 5 jours ou Nitrofurantoïne 100 mgX3/J 7 jours

Cystite à risque de complication (leucocyturie>10.4 bactériurie >10.3)

- ECBU
- Amoxicilline 1 gr X3/J 7 J ou Pivmecillinam 400 mgX2/j 7 jours

Si le tt ne peut pas être différé

- Nitrofurantoïne 100 mgX3/J 7 J ou cé xime, 200 mg x 2/j 7 jours
- - ou ciprofloxacine, 500 mg x 2/j 5 jours , ou ofloxacine, 200 mg x 2/j 5 jours

- Pas d'indication dépistage systématique
- Pas d'indication dépistage en cas de dysménorrhées si OP efficaces
- Prise en charge recommandée si symptomatique (douleurs infertilité)
- Surveillance par imagerie des endométrioses traitées asymptomatiques n'est pas recommandée
- Pas de prévention primaire même si facteur de risque (règles précoces abondantes facteur familial)
- Echographie et l'examen de première intention
- IRM indiquée si doute sur endométriose profonde (douleurs défécation dyspareunies profondes symptomatologie urinaire infertilité résistance au tt médical)
- Dosage CA 125 non recommandé
- Echo endo rectale pour lésions cloison recto vaginale (recherche atteinte muqueuse)
- Coelioscopie non systématique si lésions typiques

Traitement médical

Pas d'indication de tt si asymptomatique

1. Tt de première: intention OP monophasiques ou stérilet Levonorgestrel
2. Tt deuxième intention: Analogues pas + de 1 ans add back thérapie si >3 mois (estrogènes ou Tibolone)

Traitement chirurgical

- Coelioscopie technique de choix
- Efficaces sur douleurs dans stades 1 ou 2
- Rapport bénéfice risque à évaluer
- Peut être complété par tt médical si récurrence
- Si chirurgie indication prévention récurrence (OP continu ou Mirena)
- Hystérectomie + annexectomie bilatérale et exérèse implants profonds efficace sur prévention récurrences
- La chirurgie de l'endométriome diminue le capital folliculaire
- Annexectomie possible si pas de désir grossesse ou récurrence

Traitement chirurgical

- Tt endométriose sous péritonéale profonde
- Chirurgie endométriose de la cloison recto vaginale efficace sur les douleurs
- Pas de consensus sur radicalité exérèse si atteinte digestive
- Cystectomie partielle recommandée si atteinte vésicale
- Conservation ovarienne expose à récurrence mais la place de la castration n'est pas précisée
- Traitement chirurgical de l'endométriose expose à un risque de complications de 0,1 à 15% (endométriose profonde ++) pouvant compromettre fertilité spontanée

VACCINATION HPV

- Vaccin nonavalent GARDASIL 9 de première intention
- Vaccins non interchangeables si débutée avec Cervarix ou GARDASIL poursuivre le même
- Ne dispense pas du dépistage 25 – 65 ans
- Si vaccination interrompue reprendre là ou elle s'est arrêtée

Vaccin GARDASIL 9

- ✓ Vaccination initiée entre 11 et 14 ans révolus : deux doses espacées de 6 à 13 mois
- ✓ Vaccination initiée entre 15 ans et 19 ans révolus : trois doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois.
- ✓ Pour les HSH jusqu'à 26 ans révolus : trois doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois.

Vaccin quadrivalent GARDASIL

- ✓ Vaccination initiée entre 11 et 13 ans révolus : deux doses espacées de 6 mois.
- ✓ Vaccination initiée entre 14 et 19 ans révolus : trois doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois.
- ✓ Pour les HSH jusqu'à 26 ans révolus: trois doses administrées selon un schéma 0, 2 et 6 mois.

Vaccin bivalent CERVARIX

- ✓ Vaccination initiée entre 11 et 14 ans révolus : deux doses espacées de 6 mois.
- ✓ Vaccination initiée entre 15 et 19 ans révolus : trois doses administrées selon un schéma 0, 1 et 6 mois.

DEPISTAGE CANCER COL UTERIN (INCA 2017, HAS 2019)

INCA 2017	HAS 2019
<p data-bbox="406 501 975 625">FCV tous les 3 ans (après deux frottis normaux à 1 an d'intervalle), pour les femmes entre 25 et 65 ans.</p> <p data-bbox="377 679 1004 846">Bien qu'il existe des vaccins, le dépistage régulier reste indispensable : les femmes doivent continuer à faire régulièrement des frottis</p>	<p data-bbox="1058 501 1707 715">Maintient de la recommandation d'un dépistage chez toutes les femmes de 25 à 65 ans pour les femmes de plus de 30 ans le test HPV remplace l'examen cytologique en première intention.</p> <p data-bbox="1058 772 1707 929">Le recours au test HPV permet d'allonger l'intervalle entre deux dépistages passant de tous les 3 ans à tous les 5 ans après 30 ans.</p>

PRISE EN CHARGE D'UN FROTTIS ANORMAL (INCA 2017)

Frottis ASCUS avant 30 ans

- Test HPV
 - Si positif colposcopie biopsie
 - Si négatif cytologie à 3 ans
- Colposcopie
 - Normale et satisfaisante: test HPV ou cytologie à 12 mois
 - HPV négatif cytologie à 3 ans
 - Cytologie normale cytologie à 12 mois
 - Cytologie anormale ou HPV positif colposcopie
 - Anormale confirmant le bas grade
 - Test HPV ou cytologie à 12 mois

Frottis ACS-H

- Colposcopie normale
 - - Test HPV ou frottis à 12 mois
 - HPV négatif cytologie à 3 ans
 - Cytologie normale cytologie à 12 mois
 - Cytologie anormale ou HPV positif colposcopie
- Colposcopie anormale
 - tt

PRESCRIPTION OP (CNGOF 2018)

Facteurs de risque artériel	Utilisation d'une COP
Âge > 35 ans	Possible si pas d'autre FDRV
Surpoids, obésité	Possible si pas d'autre FDRV
Tabac > 15 cigarettes/jour	Possible si pas d'autre FDRV
Antécédents familiaux 1 ^{er} degré IDM ou AVC avant 55 ans (homme) ou 65 ans (femme)	Contre-indication
Hypertension artérielle	Contre-indication
Dyslipidémie Non contrôlé Contrôlé	Contre-indication Possible si pas d'autre FDRV Contre-indication relative si dyslipidémie survenue avec COP
Diabète insulino-dépendant	Contre-indication si délai diabète > 20 ans ou si complications vasculaires
Diabète de type II	Possible si pas d'autre FDRV mais en seconde intention (1 ^{er} choix contraception microprogestative ou DIU cuivre)
Migraine avec aura	Contre-indication
Migraine simple	Possible si pas d'autre FDRV
Facteurs de risque veineux	Utilisation d'une COP
Âge > 35 ans	Possible si pas d'autre FDRV
Surpoids, obésité	Possible si pas d'autre FDRV
Thrombophilie biologique connue	Contre-indication
Antécédents familiaux au 1 ^{er} degré de MVTE avant 50 ans	Contre-indication

Première intention OP contenant Levonorgestrel ou Norgestimate

- Minidril, Leeloo gé, Lovavulo gé, Optilova, Trinordiol , daily gé....
- Effiprev, triafemi...

- Règles normales ≤ 6 jours 80 ml/j
- Prévalence 11 à 13% population générale
- Augmente avec l'âge 24% 36-40 ans
- Prévalence Willebrand 10%
- Bilan biologique nfs plaquettes +- TP TCA recherche Willebrand
- Frottis
- Echographie ++
- Hystérocopie diagnostique si anomalie intra cavitaire ou échec tt médical après 3 à 6 mois en première partie de cycle en l'absence de grossesse sans anesthésie
- Biopsie endomètre à la pipelle de Cornier si facteur de risque de k endomètre ou âge >45 ans

TT DES MENORRAGIES IDIOPATHIQUES PAR EFFICACITE DECROISSANTE

- DIU levonorgestrel
- Acide tranexamique
- Oestroprogestatifs ou progestatifs 21j/28
- Anti inflammatoire non stéroïdiens
- Tt martial si anémie ferriprive

Si desir de grossesse

- Acide tranexamique
- Curetage efficacité aléatoire et temporaire

Si absence de desir de grossesse

- Tt chirurgical conservateur > tt médical à long terme
- DIU levonorgestrel ou acide Tranexamique
- TT chirurgical destruction ou abrasion endomètre
- Hystérectomie n'est pas recommandée de première intention

TT DES METRORRAGIES ORGANIQUES

Si desir de grossesse

- Polype résection hystéoscopique
- Myome tt médical pour corriger anémie et réduire saignement
- Myome intracavitaire résection hystéoscopique si <4cm
- Adénomyose DIU levonorgestrel

CAS PARTICULIER ADOLESCENTE

- Privilégier oestroprogestatifs et tt non hormonaux
- Recherche coagulopathie facile

CAS PARTICULIER COAGULOPATHIE

- Idem mais privilégier tt médical si absence de pathologie organique

CAS PARTICULIER TT ANTICOAGULANT

- CI acide Tranexamique et OP
- Privilégier DIU levonorgestrel ou tt chirurgical

TUMEURS BENIGNES DU SEIN

FIBROADENOME exérèse si

- diagnostic différentiel T phyllode incertain
- Croissance rapide ou modification notable
- > 3 cm gênant la patiente

ATYPIES (hyperplasie atypique métaplasie cylindrique atypique carcinome lobulaire in situ) exérèse de la zone sur repérage (10 à 30% de cancers)

CICATRICE RADIAIRE exérèse de la zone sur repérage (10% de cancers)

PAPILLOME SOLITAIRE (intra galactophorique) exérèse de la zone sur repérage (5 à 15% de cancers intracanaux)

PAPILLOMES MULTIPLES (dans foyer microcalcifications) surveillance ou exérèse selon contexte

T PHYLLODE grade 1 exérèse avec marge de sécurité

T PHYLLODE grade 2 exérèse avec marge > 1cm ou mastectomie

PASH surveillance

FIBROMATOSE surveillance

SURVEILLANCE CANCER

SURVEILLANCE K du SEIN (SFOG 2016)

Ex clinique / 6 mois 5 ans puis annuel
débuter 4 mois après fin radiothérapie
Mammo annuelle bilatérale à vie
débuter 4 mois après fin radiothérapie

SURVEILLANCE K de L'ENDOMETRE (SFOG 2016)

surveillance /4 mois 3 ans puis /6 mois 2
ans puis annuel
ex clinique
imagerie non systématique
proposition 1 scanner ou echo
endovaginale/an

SURVEILLANCE K du COL (SFOG 2016)

surveillance / 4 mois 2 ans puis /6 mois 3
ans puis annuel
ex clinique
imagerie non systématique
dosage scc si initialement élevé
proposition 1 scanner /an ou IRM si non
opérée

SURVEILLANCE K de L'OVAIRE (SFOG 2016)

surveillance /4 mois 2 ans /6 mois 3 ans
puis annuel
pas d'imagerie systématique
marqueurs a chaque consultation si
initialement élevés
proposition 1 scanner /an

TORSION D'ANNEXE

Absence leucorrhée ou métrorragie	25
Kyste > 5 cm à l'écho	25
Durée évolution douleur <8 h	20
Vomissements	20
Douleur lombaire ou abdominale unilat spontanée	15

- Total score / probabilité torsion
 - 0 – 40 3,7%
 - 45 – 60 20 %
 - > 60 69 %
- Traitement coelio conservation ovarienne si non ménopausée quel que soit l'état de l'ovaire

COMPLICATIONS CHIRURGICALES

Clinique : douleurs fièvre tachycardie ballonnement arrêt du transit ou diarrhée

Biologie : NFS CRP Procalcitonine urée créat

ECBU hémoc

Scanner avec injection +/- opacification digestive

Fistule colique : douleur défense fièvre tr transit

Fistule urinaire ballonnement douleur intermittente apyrexie élévation urée créat

Fistule grêle : douleur tr du transit la fièvre n'est pas systématique

SURVEILLANCE TT HBPM POST OP

	TIH type 1	TIH type 2
Thrombopénie	Modérée	Brutale et profonde ↳ plaq. > 40 %
Délai	1-2 jours	5-12 jours
Manifestations cliniques	Aucune	Thromboses veineuses >>> artérielles
Incidence	Rare ?	< 0,1% à 3%
Mécanisme	Effet direct	Auto-immun