

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

FIBROMES UTERINS (CNGOF 2011)

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'hystérocopie diagnostique pour retentissement intra cavitaires

Tt progestérone ou progestatif n'est pas indiqué sauf prise en charge des hypertrophies endométriales associées

Tt médicaux indiqués uniquement en pré opératoire (réduction volume ou anémie) tt 3 mois maximum

Analogues Decapeptyl +/- Tibolone

Ulipristal acetate (ESMYA) Surveillance hépatique non contraceptif

Tt chirurgicaux

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

KYSTES OVARIENS (CNGOF 2013)

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 fonctionnels

Le traitement hormonal n'est pas recommandé

Kystes fonctionnels peuvent se développer sous OP minidosés

Kystes fonctionnels présents dans 12 à 30 % avec Mirena

Kystes ovariens organiques

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 endométriose

Annexectomie pour femme ménopausée (bilatérale? augmente le risque cardiovasculaire avant 65 ans)

Drainage et cautérisation endométriose envisageable

Annexectomie à considérer si lésions sévères récidivantes et pas de projet de grossesse

INFECTIONS GENITALES HAUTES (CNGOF 2018)

Critères majeurs

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

Critères 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 + prelv endocol bactériologique standard + chlamydiae + gono

Ablation stérilet pour culture

Biopsie endomètre ++ mais difficile en pratique courante

IGH NON COMPLIQUÉE TT AMBULATOIRE PER OS 10 J

- Ceftriaxone 1 gr IM ou IV unique
- Doxycycline 100 mg X2/j + Métronidazole 500 mg X2/J 10J
- Ofloxacine 200 mg X2/ j 10 j + Métronidazole 500 mg X2/J 10 J
- +/- Ceftriaxone 1 gr IM ou IV unique
-

IGH COMPLIQUÉES (ABCÈS TUBO OVARIENS)

- Drainage SI > 3 CM
- Ponction par voie transvaginale +/- répétée sans drain
- Coelioscopie drainage (+/- exérèse)
- Antibio 14 j IV relais per os à l'apyrexie
- Ceftriaxone 2gr/J IV puis arrêt à l'apyrexie
- Métronidazole 500mgX3/J Doxycycline 100mgX2/J relais per os à l'apyrexie 14 J au total
- Céfoxitine 2grX4/ jour IV + Doxycycline 100mgX2/J IV
- Relais per os Ofloxacine 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 de hydrosalpinx

- écho précoce si grossesse (GEU)
-

INFECTIONS GENITALES HAUTES CHLAMIDIAE (HAS 2018)

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 genitalium), 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 (HAS 2016)

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

ENDOMETRIOSE (HAS 2017)

- 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 récidive
- Si chirurgie indication prévention récidive (OP continu ou Mirena)

- Hystérectomie + annexectomie bilatérale et exérèse implants profonds efficace sur prévention récidives
- La chirurgie de l'endométriome diminue le capital folliculaire
- Annexectomie possible si pas de désir grossesse ou récurrence
- 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 où 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

FCV tous les 3 ans (après deux frottis normaux à 1 an d'intervalle), pour les femmes entre 25 et 65 ans. Bien qu'il existe des vaccins, le dépistage régulier reste indispensable : les femmes doivent continuer à faire régulièrement des frottis

HAS 2019

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. 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.

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

Frottis ASCUS avant 30 ans faire test HPV

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

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...

PRISE EN CHARGE DES MENOMETRORRAGIES EN PREMENOPAUSE (CNGOF 2008)

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
 Pas de curetage efficacité aléatoire et temporaire et pourvoyeur de synéchie +++
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 désir de grossesse

Polype résection hystéroscopique

Myome tt médical pour corriger anémie et réduire saignement

Myome intracavitaire résection hystéroscopique si <4cm

Adénomyose DIU levonorgestrel

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 intracanalaires)

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 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 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'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 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