



**PARI(S) SANTÉ FEMMES**

**25 - 26 - 27 JANVIER 2023**

Lille Grand Palais

## **Conférence de presse de présentation du 13 janvier 2023**

### **MOT DE BIENVENUE**

**Par Joëlle BELAISCH ALLART**

**Présidente du CNGOF**

Bonjour à toutes et tous,

Au nom du bureau du Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), je suis très heureuse de vous accueillir à notre traditionnelle conférence de presse de présentation de notre congrès annuel Pari(s) Santé Femme, exceptionnellement délocalisé en province cette année, puisqu'il se tient aux portes du grand Paris, à Lille. C'est aussi l'occasion de vous présenter tous nos vœux pour l'année 2023.

Tous les aspects de notre spécialité seront évoqués à Lille, tant en obstétrique qu'en gynécologie médicale et chirurgicale, en médecine de la reproduction, en sénologie ou en carcinologie. Toutefois, une place particulière a été réservée cette année aux relations patients-soignants et à la bienveillance, thèmes qui seront omniprésents dans l'édition 2023.

La bientraitance, l'amélioration du ressenti des femmes est au cœur de notre activité depuis de longs mois et tout particulièrement depuis l'automne 2021 avec plusieurs initiatives :

- En octobre 2021, nous avons rédigé et diffusé la **charte de la consultation en gynécologie**, suivie de la **charte de la prise en charge en salle de naissance**, en cours de diffusion.

- Nous avons élaboré les **recommandations pour la pratique clinique** (RPC) sur l'examen pelvien en gynécologie et obstétrique, qui seront présentées ce matin par Xavier Deffieux.
- Nous avons participé aux travaux du Comité National Consultatif d'Éthique (CCNE), de l'Académie Nationale de Chirurgie et du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) sur le **consentement aux examens pelviens** pour œuvrer tous ensemble et avec les femmes à un consensus, permettant des relations de confiance et de respect mutuel indispensables à la prise en charge des femmes dans les meilleures conditions.
- Nous avons également développé les **formations à la bientraitance** dans le cadre du label CNGOF Maternys.

Toutefois, dans le même temps, nous avons dû exprimer l'inquiétude de la profession. Un examen gynécologique peut être mal ressenti, peut manquer de bienveillance, mais il ne peut pas être assimilé à un viol, faute de quoi les gynécologues - déjà trop peu nombreux dans les salles de naissance - deviendront encore de plus en plus rares, tant la profession ressent mal cette assimilation.

Dès l'ouverture du congrès mercredi matin seront présentées les RPC, très attendues par nos collègues, qui vont enfin donner un cadre et préciser quand l'examen médical est vraiment souhaitable et quand il est possible de s'en passer, sans faire perdre de chances aux femmes.

Mercredi sera également présentée l'enquête nationale périnatale qui, pour la première fois, a interrogé les femmes deux mois après leur accouchement sur leur vécu de cet événement. Elle révèle que si 96% d'entre elles sont satisfaites ou très satisfaites du suivi de leur grossesse et que 96% le sont aussi de leur prise en charge en salle de naissance, 11,7% des femmes gardent un mauvais souvenir de leur accouchement, ce qui est énorme ! 40% des femmes ont jugé la douleur insupportable à l'expulsion lors d'un accouchement par voie basse. Là encore, il y a des leçons à tirer de ces chiffres. Dans la « vraie vie », accoucher n'est pas toujours facile. Une image d'Épinal de l'accouchement a trop été répandue et les femmes, le Jour J, risquent d'être surprises ou déçues.

Le jeudi, une autre session intitulée « Relations : comment restaurer la confiance ? » permettra de comprendre comment nous en sommes arrivés là et comment réagir. Au cours de cette session interviendront des gynécologues de différentes générations bien sûr mais aussi un professeur de droit, une sage-femme, une représentante des usagères, une représentante du Conseil National de l'Ordre des Médecins et un expert auprès des tribunaux. Cette table ronde a pour but de chercher comment restaurer des relations de confiance et de respect mutuels indispensables à la prise en charge des femmes dans de bonnes conditions.

La session de notre commission éthique du vendredi matin est également consacrée au consentement, à la façon de le demander et aux explications indispensables à apporter.

Bien entendu, les sujets purement scientifiques seront également à l'honneur. Deux d'entre eux vont vous être présentés : la prise en charge des vomissements incoercibles par Cyril Huissoud, secrétaire général du CNGOF en charge de l'obstétrique, et celle des traitements du cancer du col de l'utérus par Lobna Ouldamer. Mais de nombreux autres sujets seront

également traités, pour n'en citer que quelques-uns : l'échographie du cœur fœtal, l'endométriose qui fera l'objet de plusieurs sessions, le diagnostic anténatal, l'hypnose en obstétrique, la communication au sein des équipes, les IVG entre 14 et 16 semaines, la prise en charge des personnes transgenres, la chirurgie gynécologique, ou encore l'intelligence artificielle en sénologie.

Dossier sous embargo jusqu'au 25/01/2023 9h

## Programme de la conférence de presse

Le **Pr. Joëlle Belaisch Allart** (Saint-Cloud), présidente du CNGOF et du directoire de PSF, consacrera son introduction à **la question de la bientraitance en gynécologie-obstétrique, fil conducteur de ce congrès**. Qu'il s'agisse de recommandations de pratiques cliniques, de tables rondes, de conférences pluriprofessionnelles, de charte ou de label, elle vous dira combien restaurer la confiance sera au cœur des débats durant ces 3 journées.

Le **Pr. Xavier Deffieux** (Clamart), méthodologiste de la recommandation pour la pratique clinique (RPC) sur **l'examen pelvien en gynécologie et obstétrique** présentera, sous embargo, les points clefs de ces nouvelles RPC du Collège.

Le **Pr. Cyril Huissoud** (Lyon), secrétaire général du CNGOF, interviendra sur la question des **vomissements gravidiques incoercibles** qui ont fait l'objet de récents travaux de la société savante. Source de souffrance psychique, l'hyperémèse gravidique, qui peut entraîner déshydratation et amaigrissement, est la 1<sup>ère</sup> cause d'hospitalisation au cours du 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse.

Le **Pr Lobna Ouldamer** (Tours), coordonnatrice des travaux menés sur les RPC consacrées à **la prise en charge des cancers du col de l'utérus**, présentera l'évolution des stratégies thérapeutiques – sous embargo jusqu'à la présentation des RPC en congrès.

### CONTACTS COMMUNICATION ET PRESSE

Finn Partners – [sante@finnpartners.com](mailto:sante@finnpartners.com)

Marie-Hélène Coste - 06 20 89 49 03

Véronique Simon Cluzel - 06 68 86 32 30

Aurélia Adloff - 06 89 38 94 70

# Examen pelvien en gynécologie et obstétrique : recommandations pour la pratique clinique

Pr Xavier Deffieux

## Introduction

En France, les femmes<sup>1</sup> sont encouragées à consulter régulièrement un professionnel de santé, afin de veiller à leur santé gynécologique (contraception, dépistage des cancers, suivi gynécologique ou de la grossesse, etc), sans qu'il n'existe de recommandation générale française à ce sujet jusqu'à présent. La littérature internationale et les recommandations nord-américaines récentes ont modifié le suivi des femmes avec une limitation de la place de l'examen pelvien dans ce contexte de la consultation de la femme asymptomatique. Cette consultation comporte **un interrogatoire et un examen clinique, incluant fréquemment un examen (physique) pelvien**<sup>2</sup> (inspection et palpation des téguments et organes périnéaux et pelviens, avec souvent mise en place d'un spéculum et toucher digital vaginal et parfois rectal), de l'abdomen et des seins. Tous les examens médicaux peuvent être difficiles à vivre et ceux concernant les organes pelviens peuvent être ressentis comme intrusifs. Toutefois, la plupart des femmes acceptent ces examens lorsque la nécessité de la procédure est expliquée et si l'examen est effectué par un professionnel qualifié, communiquant et précautionneux. Ce *savoir-être* et *savoir-faire* lors d'un examen font partie de la compétence des professionnels de santé.

Les professionnels de santé, et la société dans son ensemble, se posent **la question de la justification et des modalités de réalisation de cet examen pelvien dans le suivi médical de la femme**. L'appréhension vis-à-vis d'un examen pelvien systématique (en particulier pour les femmes jeunes lors de leur premier rendez-vous, les femmes victimes de violences et les femmes ayant des douleurs pelviennes ou périnéales chroniques) peut conduire à éviter ou retarder une consultation, ceci pouvant aboutir à une perte de chance (absence de conseils d'hygiène, défaut ou retard de prévention (par exemple en matière de contraception), retard de diagnostic ou de dépistage, etc).

Les sociétés savantes impliquées en gynécologie et obstétrique (CNGOF (*Collège national des gynécologues et obstétriciens français*), CEGO (*Collège national des enseignants de gynécologie obstétrique*), CNEGM (*Collège National des Enseignants de Gynécologie Médicale*), CNSF (*Collège national des sages-femmes de France*), CMG (*Collège de la médecine générale*), FNCGM (*Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale*)), le *Conseil national professionnel de gynécologie et obstétrique et gynécologie médicale* (CNPGO et GM) et la SCGP (Société de chirurgie gynécologique et pelvienne) ont donc décidé d'établir des

---

<sup>1</sup> Toute personne ayant des organes génitaux féminins quelle que soit son identité de genre.

<sup>2</sup> Le pelvis ou petit bassin est la partie caudale de l'abdomen, ayant comme limites : crâniale : le détroit supérieur du bassin ; caudale : le périnée (plancher pelvien) ; antérieure : la symphyse pubienne ; postérieure : le sacrum ; latérales : les os du bassin (ilion, ischion, pubis). Le pelvis de la femme contient le périnée (vulve, clitoris, anus, téguments du périnée), le vagin, l'utérus, les trompes, les ovaires, la vessie, l'urètre, le rectum et le canal anal.

**recommandations pour la pratique clinique** (recommandations de bonne pratique professionnelle), en collaboration avec des associations de patients et d'usagers (CIANE (*Collectif interassociatif autour de la naissance*), ENDOFRANCE (*Association française de lutte contre l'endométriose*)).

## **Méthodologie**

Le groupe de travail s'est constitué sur proposition des différentes sociétés savantes impliquées, avec de nombreuses professions représentées (gynécologie obstétrique, sage-femme, gynécologie médicale, médecine générale, médecine légale). Les membres du groupe de pilotage et du groupe de travail se sont réunis à 6 reprises. Une méthodologie AGREE II / PICO / GRADE a été choisie.

Les questions abordées ont été posées sous le format « PICO ». C'est une approche fréquemment employée dans la pratique médicale fondée sur les preuves. Cette méthode permet de formuler une question clinique précise et de tenter d'y répondre par une recherche documentaire systématique. Le sigle PICO est un acronyme anglo-saxon (Patients Intervention Comparaison Outcome) désignant les éléments essentiels de la question posée. P : pour population-cible ; I : intervention (méthode diagnostique ou thérapeutique à évaluer) ; C : comparaison ou contrôle (méthode diagnostique ou thérapeutique de référence) ; O : « outcome » ou critère de jugement / résultat (paramètre clinique ou biologique marqueur de santé ou de satisfaction du patient).

La recherche bibliographique a privilégié les essais, les méta-analyses et les études de cohortes.

La méthode de travail utilisée pour l'élaboration des recommandations était la méthode GRADE. Cette méthode permet, après une analyse quantitative de la littérature de déterminer séparément la qualité des preuves, c'est-à-dire une estimation de la confiance que l'on peut avoir dans l'analyse de l'effet de l'intervention quantitative et d'autre part un niveau de recommandation.

Un niveau global de qualité de la preuve (élevé, modéré, bas ou très bas) était défini pour une question et un critère donnés. La formulation finale des recommandations était toujours binaire (soit positive soit négative) et soit forte soit faible. La force de la recommandation était

déterminée en fonction de facteurs clés (qualité globale de la preuve, estimation de la puissance de l'effet, signification clinique, balance entre effets désirables et indésirables, valeurs et préférences). Quand les experts ne disposaient pas de données de la littérature permettant de proposer une recommandation, il était possible de proposer un avis d'expert validé si au moins 70 % des experts et des membres du groupe de travail étaient d'accord avec la proposition. L'ensemble de ces recommandations et de leur argumentaire a été relu par un groupe de relecture multidisciplinaire qui a fait ou non des remarques et propositions de modifications. Au total, 87 relectrices / relecteurs (désigné(e)s par les membres du groupe de travail et les sociétés savantes impliquées) ont été sollicité(e)s. Les textes (argumentaire et recommandations) ont ensuite été revus et éventuellement modifiés par les experts rédacteurs et les nouvelles recommandations modifiées ont ensuite été de nouveau validées par le groupe de travail.

Limites de ces recommandations : ces recommandations correspondent donc à des situations particulières : femmes asymptomatiques dans certaines PICO et symptomatiques dans d'autres. Ces recommandations ne sont pas applicables à toutes les situations cliniques et doivent pouvoir être adaptées individuellement. Enfin, de nombreuses questions n'ont pas été abordées car elles étaient hors du champ scientifique.

## Résultats

**PICO 1** : Chez une femme consultant pour une incontinence urinaire (P), l'examen pelvien associé à l'interrogatoire (I) est-il supérieur à l'interrogatoire seul (C) pour améliorer l'efficacité de la prise en charge (O) ?

**Synthèse** : La réalisation d'un examen clinique comportant une évaluation de la trophicité vulvo-vaginale et de la mobilité cervico-urétrale ainsi qu'un test à la toux, permet d'identifier des facteurs de risque d'échec, d'orienter la prise en charge et d'informer au mieux les patientes.

**Recommandation** : QUALITE DE LA PREUVE : BASSE - RECOMMANDATION : FAIBLE

Chez une femme consultant pour une incontinence urinaire, il est recommandé de réaliser un examen physique pelvien, afin d'orienter leur prise en charge et de les informer concernant les chances de succès des traitements.

**PICO 2** : Chez une femme consultant pour une sensation de boule vaginale (P), l'examen pelvien (I) est-il supérieur à l'interrogatoire (C) pour améliorer le diagnostic et l'efficacité de la prise en charge (O) ?

**Synthèse** : Les symptômes associés au prolapsus (évalués au mieux par un questionnaire validé), y compris celui de boule vaginale, sont insuffisamment corrélés au diagnostic positif de prolapsus génital (type et stade), pour se passer de l'examen physique pelvien qui est le gold standard.

Par ailleurs, l'examen physique pelvien permet de faire certains diagnostics différentiels : prolapsus rectal, varices pelviennes, hémorroïdes, tumeur vulvaire, etc.

**Recommandation** : QUALITE DE LA PREUVE : MODEREE - RECOMMANDATION : FORTE

Chez une femme consultant pour une sensation de boule vaginale (suspicion de prolapsus), il est recommandé de réaliser un examen physique pelvien en plus de l'interrogatoire, pour améliorer le diagnostic et l'efficacité de la prise en charge des patientes.

**PICO 3** : Chez une femme consultant pour infertilité (P), l'examen pelvien (I) est-il supérieur à l'interrogatoire seul (C) pour faire le diagnostic étiologique de l'infertilité (O) ?

**Synthèse** : Dans le bilan initial d'une infertilité, l'examen pelvien associé à l'interrogatoire semble supérieur à l'interrogatoire seul pour faire le diagnostic étiologique.

**Recommandation** : QUALITE DE LA PREUVE : TRES BAS - RECOMMANDATION : FAIBLE.

Chez une femme consultant pour un bilan initial d'infertilité, il est recommandé de réaliser un examen pelvien pour rechercher des causes (endométriose, fibrome utérin, masse annexielle, malformation génitale).

**PICO 4 :** Chez une femme consultant pour des douleurs pelvi-périnéales chroniques (P), l'examen pelvien (I) est-il supérieur à l'interrogatoire seul (C) pour faire le diagnostic étiologique de la douleur (O) ?

**Synthèse :** Chez une femme consultant pour des douleurs pelvi-périnéales chroniques, l'examen physique pelvien (inspection de la vulve, recherche d'une allodynie, toucher vaginal à la recherche d'un syndrome myofascial) est supérieur à l'interrogatoire seul pour faire le diagnostic étiologique de la douleur et ceci peut modifier la prise en charge de la femme.

**Recommandation :** QUALITE DE LA PREUVE : BASSE - RECOMMANDATION : FAIBLE.

Chez les femmes consultant pour des douleurs pelvi-périnéales chroniques, il est recommandé de réaliser un examen physique pelvien afin de rechercher une pathologie vulvaire, un syndrome myofascial et/ou une allodynie vulvaire et des muscles du plancher pelvien.

**PICO 5 :** Chez une femme consultant pour suspicion d'endométriose (P), l'examen physique pelvien (I) permet-il d'améliorer la prise en charge diagnostique (O) par rapport à l'interrogatoire seul (C) ?

**Synthèse :** L'examen pelvien (examen sous spéculum et toucher vaginal) associé à l'interrogatoire permet d'améliorer la prise en charge diagnostique par rapport à l'interrogatoire seul.

**Recommandation :** QUALITE DE LA PREUVE : MODEREE - RECOMMANDATION : FORTE.

Chez une femme consultant pour suspicion d'endométriose, il est recommandé de réaliser un examen pelvien (examen sous spéculum et toucher vaginal) en complément de l'interrogatoire pour faire le diagnostic et guider la prescription des examens d'imagerie.

Les données concernant la place du toucher rectal dans la stratégie diagnostique de l'endométriose sont insuffisantes et ne permettent pas d'émettre des recommandations.

**PICO 6 :** Chez une femme consultant pour masse abdomino-pelvienne (P), l'examen physique pelvien (I) est-il supérieur à l'interrogatoire seul (C) pour faire le diagnostic ou pour la prescription des examens d'imagerie (O) ?

**Synthèse** : Le toucher pelvien associé à l'interrogatoire semble supérieur à l'interrogatoire seul, car il peut permettre de distinguer une masse annexielle d'une masse utérine.

**Recommandation** : QUALITE DE LA PREUVE : TRES BASSE - RECOMMANDATION : FORTE

Chez une femme consultant pour masse abdomino-pelvienne, il est recommandé de réaliser un examen physique pelvien.

**PICO 7** : Chez une femme consultant en urgence pour saignement ou douleur pelvienne aiguë en dehors de la grossesse (P), l'examen physique pelvien (I) permet-il d'améliorer la prise en charge diagnostique (O) par rapport à l'interrogatoire et à l'échographie (C) ?

**Synthèse** : L'examen physique abdominal et pelvien, réalisé en complément de l'interrogatoire et de l'échographie, améliore la prise en charge diagnostique pour les femmes consultant en urgence pour saignement ou douleur pelvienne aiguë en dehors de la grossesse, dans le cadre de scores prédictifs composites ou de modèles d'algorithmes diagnostiques (incluant des critères anamnestiques, cliniques et/ou échographiques).

**Recommandation** : QUALITE DE LA PREUVE : MODEREE - RECOMMANDATION : FORTE

Chez une femme consultant en urgence pour saignement ou douleur pelvienne aiguë en dehors de la grossesse, il est recommandé de réaliser un examen pelvien, en complément de l'interrogatoire et de l'échographie pelvienne.

**PICO 8** : Chez une femme consultant en urgence pour des leucorrhées anormales et/ou des symptômes aigus vulvaires en dehors de la grossesse (P), l'examen pelvien (I) est-il supérieur à l'interrogatoire ou à l'échographie (C) pour faire le diagnostic étiologique (O)?

**Synthèse** : L'examen clinique pelvien (inspection vulvaire et examen sous spéculum) peut modifier le diagnostic étiologique des infections génitales basses par rapport à l'interrogatoire seul. La réalisation d'un toucher vaginal n'est pas utile dans le seul but d'un diagnostic positif ou étiologique d'une infection basse mais est utile, en complément de l'interrogatoire pour éliminer une infection génitale haute en présence de leucorrhée anormales.

**Recommandation** : QUALITE DE LA PREUVE : BASSE - RECOMMANDATION : FORTE

Chez une femme consultant en urgence pour des leucorrhées anormales ou des symptômes aigus vulvaires, il est recommandé de faire un examen pelvien (inspection vulvaire, examen sous spéculum et toucher vaginal).

**PICO 9 :** Chez une femme (ménopausée ou non) présentant des saignements gynécologiques anormaux chroniques en dehors de la grossesse (P), l'examen pelvien (I) est-il supérieur à l'interrogatoire (C) pour établir le diagnostic étiologique et prescrire les examens complémentaires (O) ? »

**Synthèse :** L'examen clinique pelvien est associé à un raccourcissement significatif du délai au diagnostic des pathologies gynécologiques malignes, comparé à l'interrogatoire seul.

**Recommandation :** QUALITE DE LA PREUVE : BASSE - RECOMMANDATION : FORTE

Chez une femme (ménopausée ou non) présentant des saignements gynécologiques anormaux chroniques en dehors de la grossesse, il est recommandé de réaliser un interrogatoire et un examen pelvien afin d'établir le diagnostic étiologique et de prescrire (ou de réaliser) les examens complémentaires.

**PICO 10 :** Chez une femme asymptomatique et n'ayant pas de facteur de risque d'accouchement prématuré consultant pour le suivi de sa grossesse (P), le toucher vaginal (I) permet-il de diminuer le risque de complications de la grossesse (pertes fœtales, prématurité, infections, etc) (O) par rapport à un suivi sans toucher vaginal (C) ?

**Synthèse :** Chez une femme asymptomatique et n'ayant pas de facteur de risque d'accouchement prématuré consultant pour le suivi de sa grossesse, la pratique du toucher vaginal systématique n'est pas associée à une diminution du risque d'accouchement prématuré par rapport à un suivi sans toucher vaginal, ni à une diminution des autres complications (infection materno-fœtale et perte de grossesse).

**Recommandation :** QUALITE LA PREUVE MODEREE - RECOMMANDATION FORTE

Chez une femme enceinte asymptomatique et n'ayant pas de facteur de risque d'accouchement prématuré consultant pour le suivi de sa grossesse, il est recommandé de ne

pas faire de toucher vaginal systématique car il ne diminue pas les complications de la grossesse.

**PICO 11 :** Chez une femme enceinte asymptomatique consultant pour son suivi de grossesse (P), l'examen pelvien associé à des prélèvements (I) est-il supérieur à des auto-prélèvements (C) pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (O) ?

**Synthèse :** Il n'existe pas de donnée comparative concernant la performance du dépistage du cancer du col en cours de grossesse entre hétéro-prélèvements cervico-vaginaux réalisés par le clinicien lors d'un examen pelvien sous spéculum, par rapport aux auto-prélèvements vaginaux réalisés par les femmes à leur domicile.

**Recommandation :**

Chez une femme asymptomatique consultant pour sa grossesse, la HAS recommande de réaliser un examen sous spéculum afin de réaliser un frottis cervico-utérin (FCU) et/ou un test HPV-HR dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus.

**PICO 12 :** Chez une femme asymptomatique et sans antécédent d'accouchement prématuré consultant pour sa grossesse (P), la mesure de la longueur cervicale par échographie endovaginale (I) permet-elle de diminuer le risque de complications de la grossesse (pertes fœtales, prématurité, infections...) (O) par rapport à un suivi sans échographie du col systématique (C) ?

**Synthèse :** Chez une femme asymptomatique et sans antécédent d'accouchement prématuré consultant pour son suivi de grossesse, la mesure de la longueur cervicale par échographie endovaginale systématique n'est pas associée à une diminution de la prématurité par rapport à un suivi sans échographie du col systématique.

**Recommandation :** QUALITE DE LA PREUVE : MODEREE - RECOMMANDATION : FORTE

Il est recommandé de ne pas réaliser de mesure systématique de la longueur cervicale par échographie endovaginale chez une femme asymptomatique et sans antécédent d'accouchement prématuré au cours de son suivi de grossesse.

**PICO 13 :** Chez une femme consultant en urgence pour saignement ou douleur pelvienne aiguë au premier trimestre (P), l'examen pelvien (toucher vaginal et examen sous spéculum) (I) permet-il d'améliorer la prise en charge diagnostique (O) par rapport à l'interrogatoire et à l'échographie (C) ?

**Synthèse :** Au premier trimestre, la validité diagnostique de l'examen pelvien dépend du diagnostic suspecté (fausse couche, grossesse arrêtée précoce, grossesse extra-utérine, grossesse intra-utérine évolutive).

Lorsqu'il s'agit d'une suspicion de fausse couche, l'examen pelvien avec pose de spéculum améliore le diagnostic permettant d'évaluer l'abondance du saignement et rechercher la présence de tissu trophoblastique.

Lorsque le diagnostic suspecté est une grossesse extra-utérine, le toucher vaginal est utile quand l'échographie n'est pas contributive. L'examen pelvien contribue par ailleurs au diagnostic de rupture tubaire, en complément de l'échographie.

**Recommandation :** QUALITE DE LA PREUVE : BASSE - RECOMMANDATION : FAIBLE

Pour une femme consultant pour des saignements ou des douleurs au premier trimestre de la grossesse, il est recommandé de réaliser un examen avec mise en place d'un spéculum. Il est recommandé de ne pas réaliser de toucher vaginal initial, sauf en cas d'échographie non contributive ou impossible.

**PICO 14a :** Chez une femme au 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse consultant pour métrorragies (P), l'examen pelvien (I) permet-il de diminuer les risques de complication (O) par rapport à l'interrogatoire et à l'échographie par voie vaginale et l'échographie obstétricale (C) ?

**Synthèse :** Aucune étude n'a évalué l'apport ou la performance de l'examen pelvien dans le contexte des femmes consultant des métrorragies au 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse. Par ailleurs, le toucher vaginal est classiquement contre indiqué en cas de suspicion de

placenta prævia. L'examen sous spéculum permet parfois de diagnostiquer une pathologie cervicale.

**Recommandation** : ABSENCE DE RECOMMANDATION

**PICO 14b** : Chez une femme au 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse consultant pour des douleurs abdomino-pelviennes (P), l'examen pelvien (I) permet-il de diminuer les risques de complication (O) par rapport à l'interrogatoire et à l'échographie (mesure de la longueur du col par voie vaginale et échographie obstétricale) (C) ?

**Synthèse** : La mesure du col par échographie vaginale est le meilleur examen permettant d'orienter le traitement d'une menace d'accouchement prématuré. Toutefois, toutes les études ayant évalué la mesure de la longueur cervicale par échographie pelvienne excluaient les femmes ayant un col dilaté à plus de 3 cm. Pour éliminer un accouchement imminent, il est nécessaire de réaliser un examen au spéculum ou de réaliser un toucher vaginal. Par ailleurs, la réalisation d'une échographie de mesure du col couplée au toucher vaginal pourrait être supérieure à l'échographie seule.

**Recommandation** : QUALITE DE LA PREUVE MODEREE - RECOMMANDATION FORTE

Chez une femme enceinte au 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> trimestre consultant pour douleur abdomino-pelvienne, il est recommandé de réaliser un examen pelvien (toucher vaginal et/ou examen sous spéculum) pour éliminer un accouchement imminent. En l'absence de risque d'accouchement imminent, il est recommandé de réaliser une échographie endovaginale pour mesurer la longueur du col.

**PICO 15** : Chez une femme au 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> trimestre de la grossesse consultant pour perte de liquide (P), l'examen pelvien (I) permet-il d'améliorer le diagnostic des ruptures prématurées des membranes (O) par rapport à l'interrogatoire et à l'échographie (C) ?

**Synthèse** : L'examen sous spéculum est le gold standard pour le diagnostic de la rupture prématurée des membranes. Il peut suffire au diagnostic. En cas de doute, il est nécessaire de réaliser des tests complémentaires qui peuvent s'effectuer sous spéculum ou non.

Aucune étude n'a évalué la performance du toucher vaginal pour le diagnostic de la rupture prématurée des membranes. La combinaison d'un toucher vaginal à l'examen sous spéculum est associée à une latence plus courte de l'accouchement par rapport à l'examen sous spéculum seul (différence moyenne de 4,5 jours en défaveur du toucher vaginal).

**Recommandation :** QUALITE DE LA PREUVE : MODEREE - RECOMMANDATION : FORTE

Chez une femme consultant pour perte de liquide au 2ème ou 3ème trimestre, il est recommandé de réaliser un examen au spéculum pour améliorer le diagnostic de rupture des membranes. En revanche, il est recommandé de ne pas réaliser de toucher vaginal systématique.

**PICO 16 :** Chez une femme asymptomatique consultant de manière systématique à 6-8 semaines du post-partum (P), l'examen pelvien (I), permet-il de diminuer la prévalence des troubles pelvi-périnéaux à long terme (O) par rapport à l'interrogatoire (C) ?

**Synthèse :** Il n'existe pas de données comparatives concernant l'apport de l'examen physique pelvien par rapport à l'interrogatoire seul réalisé à 6-8 semaines du post-partum, chez des femmes asymptomatiques, visant à mettre en place d'éventuelles stratégies de prévention des troubles pelvi-périnéaux à long terme.

**Recommandation :** ACCORD PROFESSIONNEL

Chez une femme asymptomatique consultant à 6-8 semaines du postpartum, il est recommandé de ne pas réaliser systématiquement un examen pelvien dans le seul but de diminuer la prévalence des troubles pelvi-périnéaux à long terme.

**PICO 17 :** Pour un professionnel de santé en formation initiale ou continue (P), un apprentissage de l'examen pelvien (toucher vaginal et pose du spéculum) par la simulation (mannequin, patiente-professeures) (I) apporte-t-il des compétences supérieures (O) à un enseignement classique (cours théoriques et compagnonnage) (C) ?

**Synthèse :** L'apprentissage par la simulation de l'examen pelvien apporte un bénéfice significatif en comparaison avec un apprentissage classique sans simulation en formation

initiale, en termes de compétences, de confiance de l'étudiant et de communication. Pour la formation initiale, les compétences techniques et la communication sont davantage améliorées par la simulation avec patientes professeurs par rapport à la simulation de basse fidélité, mais ces patientes professeurs n'existent pas en France.

**Recommandation** : QUALITE DE LA PREUVE : MODEREE - RECOMMANDATION : FORTE

Il est recommandé que l'enseignement de l'examen pelvien en formation initiale comporte des séances de simulation incluant au minimum des mannequins de basse fidélité.

Pour la formation continue, les données sont insuffisantes pour émettre une recommandation.

**PICO 19** : Chez une femme dont le suivi gynécologique ou obstétrical nécessite la réalisation d'un examen physique pelvien (P), interroger les antécédents de violence (I) améliore-t-il son vécu de l'examen pelvien (O) par rapport à ne pas faire cet interrogatoire ?

**Synthèse** : Il n'existe pas d'étude ayant évalué directement l'impact de la recherche d'antécédents de violence sur le vécu des femmes lors de l'examen pelvien. L'examen pelvien est moins bien vécu (anxiété, inconfort, douleurs, gêne, honte) chez les femmes ayant des antécédents de violence que chez les femmes n'en présentant pas. En revanche, il n'existe pas de donnée concernant des conditions particulières de réalisation de l'examen pelvien qui auraient démontré une amélioration significative du vécu de l'examen pour les femmes présentant des antécédents de violences conjugales ou sexuelles.

**Recommandation** : PAS DE RECOMMANDATION

Toutefois, la HAS recommande de questionner sur l'existence de violences actuelles ou passées, y compris dans le cadre de la consultation ou du suivi gynécologique ou obstétrical.

**PICO 20a** : Lors de la réalisation d'un examen pelvien (TV et pose de spéculum) chez une femme adulte (P), l'utilisation d'un lubrifiant aqueux (I) améliore-t-elle le vécu (douleur, stress, anxiété, confort) (O) par rapport à l'absence de lubrifiant ou à l'eau seule ou à un lubrifiant non aqueux (C) ?

**Synthèse** : Lors de la pose d'un spéculum chez une femme adulte, l'utilisation d'un lubrifiant aqueux est associée à une moindre intensité de douleur par rapport à l'utilisation d'eau seule, en particulier chez les femmes ménopausées, et n'altère pas la qualité des éventuels prélèvements réalisés.

**Recommandation** : QUALITE DE LA PREUVE : ELEVEE - RECOMMANDATION : FORTE

Il est recommandé d'utiliser un lubrifiant aqueux pour la pose d'un spéculum, afin de diminuer la douleur ressentie, y compris lors de la réalisation d'un frottis ou d'un prélèvement bactériologique vaginal.

**PICO 20b** : Lors de la réalisation d'un examen pelvien (TV et pose de spéculum) chez une femme adulte (P), l'utilisation d'un anesthésiant local (I) améliore-t-elle le vécu (douleur, stress, anxiété, confort) (O) par rapport à l'absence d'un anesthésiant local (C) ?

**Synthèse** : Chez les femmes ménopausées sans traitement hormonal, l'application de crème de lidocaïne-prilocaine 5%, 5 minutes avant l'insertion du spéculum est associée à de moindres douleurs lors de l'examen au spéculum (Niveau de qualité de la preuve : modéré), mais est associé à des sensations de brûlure. Par ailleurs, il existe un problème d'applicabilité de cette option thérapeutique car elle a un coût (renouvellement de la consultation, report de l'examen, et absence de prise en charge par la CPAM).

**Recommandation** : PAS DE RECOMMANDATION.

**PICO 20c** : Lors de la réalisation d'un examen pelvien (toucher vaginal et pose de spéculum) chez une femme adulte ménopausée (P), la préparation vaginale par un traitement œstrogénique local (I) améliore-t-elle le vécu (douleur, stress, anxiété, confort) (O) par rapport à l'absence de traitement œstrogénique préalable (C)?

**Synthèse** : Aucune étude n'a permis de déterminer l'impact de la préparation vaginale par un traitement œstrogénique local sur le vécu de l'examen pelvien.

**Recommandation** : PAS DE RECOMMANDATION.

**PICO 20d** : Lors de la réalisation d'un examen pelvien (TV et pose de spéculum) chez une femme adulte (P), une position alternative (I) améliore-t-elle le vécu (douleur, stress, anxiété, confort) (O) par rapport à un examen en position gynécologique "standard" en décubitus dorsal avec les pieds dans des étriers en métal (C) ?

**Synthèse** : La position gynécologique standard en décubitus dorsal, avec mise en place des pieds dans des étriers en métal, est associée à un moins bon vécu de l'examen pelvien par rapport à d'autres positionnement des pieds (à plat sur la table ou sur des repose pieds plats).

La position gynécologique standard en décubitus dorsal peut être associée à un moins bon vécu chez certaines femmes par rapport à la position demi-assise. Toutefois, toutes les positions n'ont pas été évaluées dans toutes les situations cliniques.

**Recommandation** : QUALITE DE LA PREUVE : MODEREE - RECOMMANDATION : FAIBLE

La position gynécologique standard (mise en place des pieds dans des étriers en métal et en décubitus dorsal) étant associée à un moins bon vécu de l'examen pelvien chez certaines femmes, il est recommandé de leur proposer des positions alternatives (position demi-assise, pieds à plat sur la table ou sur des repose pieds plats par exemple), si elles sont compatibles avec un examen de qualité dans la situation clinique de la patiente.

**PICO 20e** : Lors de la réalisation d'un examen pelvien (toucher et pose de spéculum) chez une femme adulte (P), l'auto-insertion du spéculum (I) améliore-t-elle le vécu (douleur, stress, anxiété, confort) (O) par rapport à l'hétéro-insertion du spéculum (C) ?

**Synthèse** : Il n'existe pas d'étude ayant comparé l'auto-insertion à l'hétéro-insertion, mais une étude a observé que chez les femmes ayant accepté de réaliser une auto-insertion, cette technique était faisable et que les femmes se disaient satisfaites et souhaitaient, si possible, choisir cette option pour leurs futurs examens. Il semble donc possible de proposer cette auto-insertion aux femmes qui le souhaitent.

**Recommandation** : PAS DE RECOMMANDATION.

**PICO 20f** : Lors de la réalisation d'un examen pelvien chez une femme adulte (P), le toucher vaginal réalisé à un seul doigt (I) améliore-t-il le vécu (douleur, stress, anxiété, confort) (O) par rapport à un toucher vaginal réalisé à deux doigts (C) ?

**Synthèse** : Aucune étude n'a comparé le toucher vaginal à un seul doigt au toucher vaginal à deux doigts.

**Recommandation** : PAS DE RECOMMANDATION.

**PICO 20g** : Lors de la réalisation d'un examen pelvien (TV et pose de spéculum) chez une femme adulte (P), l'utilisation de techniques de relaxation (musique, diffusion d'huiles essentielles) (I) améliore-t-elle le vécu (douleur, stress, anxiété, confort) (O) par rapport à l'absence de ces techniques de relaxation (C) ?

**Synthèse** : Un essai a observé un moindre état d'anxiété après un examen pelvien réalisé dans une pièce dans laquelle une diffusion d'huiles essentielles de lavande était réalisée, par rapport à un autre groupe pour lequel aucune diffusion n'était réalisée. Il est difficile de conclure quant à la validité interne de cette étude et quant au caractère transposable et applicable de ces résultats dans d'autres populations.

Aucune étude comparative n'a évalué la performance isolée d'une ambiance musicale relaxante sur le vécu de l'examen pelvien par rapport à l'absence d'ambiance musicale.

**Recommandation** : QUALITE DE LA PREUVE : TRES BASSE - PAS DE RECOMMANDATION.

**PICO 20h** : Lors de la réalisation d'un examen pelvien (toucher vaginal et pose de spéculum) chez une femme adulte (P), la réalisation du toucher vaginal avant la pose du spéculum (I) améliore-t-elle le vécu (douleur, stress, anxiété, confort) (O) par rapport à la réalisation du toucher vaginal après la pose du spéculum (C) ?

**Synthèse** : Une étude comparant la réalisation du toucher vaginal avant ou après la pose du spéculum, n'a pas montré de différence cliniquement pertinente, la moyenne des scores de douleur étant très faible dans les deux groupes.

**Recommandation** : PAS DE RECOMMANDATION.

**PICO 20i** : Lors de la réalisation d'un examen pelvien chez une femme adulte (P), l'utilisation d'un spéculum en plastique (I) améliore-t-elle le vécu (douleur, confort) (O) par rapport à un spéculum en métal (C) ?

**Synthèse** : Aucune étude n'a évalué l'impact de la matière du spéculum sur le vécu des femmes pendant l'examen.

**Recommandation** : PAS DE RECOMMANDATION.

**PICO 20j** : Lors de la réalisation d'un examen pelvien avec pose de spéculum chez une femme adulte (P), l'utilisation d'un spéculum gainé (I) améliore-t-elle le vécu (douleur, confort) (O) par rapport à un spéculum non gainé (C) ?

**Synthèse** : L'utilisation d'un spéculum en plastique gainé se semble pas associée à une diminution des douleurs ressenties lors de l'examen pelvien par rapport à un spéculum en plastique non gainé.

**Recommandation** : QUALITE DE LA PREUVE : TRES BASSE - PAS DE RECOMMANDATION.

**PICO 21a** : Chez une femme asymptomatique consultant pour la mise en œuvre d'une contraception hormonale (P), l'examen clinique pelvien associé à l'interrogatoire (I) est-il supérieur à l'interrogatoire seul (C) pour éliminer les contre-indications et pour le choix de la prescription (O) ?

**Synthèse** : Aucune étude n'a comparé l'impact direct de la réalisation ou non d'un examen pelvien avant l'initiation d'une contraception hormonale, mais les contre-indications éventuelles ne sont pas identifiables par l'examen pelvien et le choix du type de contraception hormonale n'est pas orienté par les résultats d'un éventuel examen pelvien.

**Recommandation** : ACCORD PROFESSIONNEL

Chez une patiente asymptomatique, il est recommandé de ne pas faire systématiquement un examen clinique pelvien dans le seul but d'initier une contraception hormonale.

**PICO 21b** : Chez une femme asymptomatique consultant pour la mise en œuvre d'une contraception par diaphragme (P), l'examen clinique pelvien associé à l'interrogatoire (I) est-il supérieur à l'interrogatoire seul (C) pour éliminer les contre-indications et pour le choix du type de diaphragme (O) ?

**Synthèse** : Il n'existe pas d'étude ayant évalué la place de l'examen pelvien chez les femmes consultant pour initier une contraception par diaphragme.

**Recommandation** : PAS DE RECOMMANDATION.

**PICO 21c** : Chez une femme asymptomatique consultant pour la mise en œuvre d'une contraception par DIU (P), l'examen clinique pelvien associé à l'interrogatoire (I) est-il supérieur à l'interrogatoire seul (C) pour éliminer les contre-indications ou pour améliorer le vécu de la pose (O) ?

**Synthèse** : Il n'existe pas d'étude ayant évalué la performance de l'examen pelvien versus l'interrogatoire seul concernant le dépistage des malformations génitales et le diagnostic de rétroversion utérine.

Toutefois, l'examen clinique pelvien préalablement à la pose du DIU permet de dépister des douleurs vaginales à l'examen qui pourraient orienter le praticien vers un autre choix contraceptif si possible.

Chez les femmes jeunes nullipares, l'examen pelvien préalable à la pose d'un DIU est associé à une meilleure satisfaction des femmes lors de ce geste, comparé à l'absence d'examen pelvien préalable. Il n'existe pas d'étude similaire chez les femmes ayant déjà accouché.

**Recommandation** : QUALITE DE LA PREUVE : BASSE - RECOMMANDATION : FAIBLE

Un examen pelvien préalable (pose de spéculum et toucher vaginal) est recommandé avant la pose d'un DIU car il peut permettre de dépister certaines malformations ou une rétroversion utérine et il améliore le vécu de la pose chez les jeunes nullipares.

**PICO 22a** : Chez une femme asymptomatique consultant pour un suivi de contraception hormonale (P), l'examen clinique pelvien associé à l'interrogatoire (I) est-il supérieur à l'interrogatoire seul (C) pour dépister les complications (O) ?

**Synthèse** : Il n'existe pas d'étude ayant évalué la performance de l'examen clinique pelvien associé à l'interrogatoire par rapport à l'interrogatoire seul pour dépister les complications de la contraception hormonale chez les femmes asymptomatiques.

**Recommandation** : ACCORD PROFESSIONNEL

Chez une femme asymptomatique utilisant une contraception hormonale et consultant pour son suivi, il est recommandé de ne pas pratiquer systématiquement d'examen clinique pelvien dans le seul but de dépister les complications de cette contraception.

**PICO 22b** : Chez une femme asymptomatique consultant pour un suivi de contraception par diaphragme (P), l'examen clinique pelvien associé à l'interrogatoire (I) est-il supérieur à l'interrogatoire seul (C) pour dépister les complications (O)?

**Synthèse** : Aucune étude n'a évalué la performance de l'examen pelvien dans le suivi des femmes asymptomatiques ayant une contraception par diaphragme et consultant pour leur suivi.

**Recommandation** : PAS DE RECOMMANDATION.

**PICO 22c** : Chez une femme asymptomatique consultant pour un suivi de contraception par DIU (P), l'examen clinique pelvien associé à l'interrogatoire (I) est-il supérieur à l'interrogatoire seul (C) pour dépister les complications (O) ?

**Synthèse** : L'examen clinique pelvien associé à l'interrogatoire semble supérieur à l'interrogatoire seul pour dépister les complications des DIU chez les femmes asymptomatiques.

**Recommandation** : QUALITE DE LA PREUVE : MODEREE - RECOMMANDATION : FORTE

Chez une femme asymptomatique porteuse d'une contraception par DIU, il est recommandé de vérifier la présence des fils lors d'un examen pelvien au spéculum lors des consultations de suivi, dans l'année suivant la pose, puis régulièrement.

**PICO 23a1 :** Chez une femme (non enceinte) consultant pour un suivi gynécologique en population générale (P), l'examen physique pelvien (inspection vulvaire, examen sous spéculum et toucher vaginal) associé à l'interrogatoire (I) est-il supérieur à l'interrogatoire (C) pour le dépistage des infections sexuellement transmissibles (O) ?

**Synthèse :** L'inspection de la vulve peut diagnostiquer la présence de condylomes, mais la performance de cet examen n'a pas été évaluée. La performance du toucher vaginal (recherche d'une douleur) et de l'examen sous spéculum (recherche d'une colpite ou cervicite) semble faible pour le dépistage des IST chez la femme asymptomatique, mais le faible nombre de données ne permet pas de se prononcer sur l'apport de l'examen physique pelvien dans le dépistage des IST chez la femme asymptomatique.

**Recommandation :** PAS DE RECOMMANDATION.

**PICO 23a2 :** Chez une femme (non enceinte) consultant pour un suivi gynécologique en population générale (P), les hétéro-prélèvements sous spéculum (I) sont-ils supérieurs aux auto-prélèvements (C) pour le dépistage des infections sexuellement transmissibles (IST) (O) ?

**Synthèse :** Les hétéro-prélèvements réalisés lors d'un examen sous spéculum ne sont pas supérieurs à l'auto-prélèvement pour le dépistage d'une infection à *Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*.

Les auto-prélèvements vaginaux ont une meilleure performance que les auto-prélèvements urinaires dans ce contexte du dépistage des IST.

**Recommandation :** QUALITE DE PREUVE : ELEVEE - RECOMMANDATION : FORTE

Pour le dépistage des IST (*Chlamydia trachomatis* et *Neisseria gonorrhoeae*) chez une femme asymptomatique non enceinte, il est recommandé de réaliser soit un auto-prélèvement vaginal, soit un prélèvement vaginal ou cervical réalisé sous spéculum. Il est recommandé de ne pas réaliser d'auto-prélèvement urinaire dans ce contexte.

**PICO 23b :** Chez une femme (non enceinte) consultant pour un suivi gynécologique en population générale (P), l'examen pelvien associé à l'interrogatoire + prélèvements (I) est-il supérieur à l'interrogatoire + auto-prélèvements) (C) pour le dépistage du cancer du col de l'utérus (O) ?

**Synthèse :** Les performances de la recherche d'HPV-HR-PCR réalisée par le clinicien lors d'un examen pelvien sous spéculum sont équivalentes à celles des auto-prélèvements pour le dépistage du cancer du col.

Toutefois, dans le contexte de l'organisation du dépistage du cancer du col de l'utérus en France, si le test est positif (mise en évidence d'HPV-HR-PCR), un test cytologique réflexe est nécessaire pour le « triage » (indication éventuelle de la colposcopie) et celui-ci n'est réalisable en France que sur les hétéro-prélèvements.

En revanche, les auto-prélèvements sont utiles (bonnes performances diagnostiques) pour améliorer le recours au dépistage dans les populations sous dépistées.

L'évaluation des auto-prélèvements urinaires dans ce contexte est toujours en cours.

**Recommandation :** QUALITE DE LA PREUVE : ELEVEE - RECOMMANDATION : FORTE

Chez les femmes asymptomatiques, il est recommandé de réaliser un examen pelvien au spéculum conduisant au prélèvement (cytologique ou HPV) pour le dépistage du cancer du col de l'utérus entre 25 et 65 ans, tous les 3 à 5 ans selon la tranche d'âge.

Pour les femmes échappant au dépistage organisé, il est recommandé de proposer des auto-prélèvements à la recherche d'HPV oncogène.

**PICO 24 :** Chez une femme asymptomatique et à risque modéré de cancer du sein, consultant en gynécologie ou obstétrique (P), l'examen clinique sénologique associé à l'interrogatoire (I)

est-il supérieur à l'interrogatoire (C) pour améliorer la sensibilité du dépistage du cancer du sein (O).

**Synthèse** : Chez les femmes participant au dépistage organisé après 40 ans, l'examen clinique permet la détection d'au moins 5% de cancers supplémentaires par rapport au dépistage par mammographie seule.

**Recommandation** : QUALITE DE LA PREUVE : MODEREE - RECOMMANDATION : FORTE

Chez une femme asymptomatique et à risque modéré de cancer du sein après 40 ans, il est recommandé de réaliser un examen clinique sénologique régulier pour améliorer la sensibilité du dépistage du cancer du sein

Il n'existe pas de donnée spécifique avant 40 ans, mais il est recommandé par la H.A.S. de réaliser cet examen d'une part quel que soit l'âge de la femme en début de grossesse ou lors d'une consultation pour prescription ou suivi de contraception, et d'autre part annuellement à partir de 25 ans pour toutes les femmes.

**PICO 25** : Chez une femme asymptomatique et à risque moyen (sans antécédent personnel ou familial de cancer du sein ou gynécologique) consultant en gynécologie (P), la réalisation d'une échographie pelvienne « focale » (I) est-elle supérieure à l'examen clinique (C) pour la détection des cancers gynécologiques (ovaire et endomètre) et l'amélioration du pronostic de ces pathologies (O).

**Synthèse** : Chez une femme asymptomatique et à risque moyen (sans antécédent personnel ou familial de cancer du sein ou gynécologique), la valeur diagnostique de l'échographie ciblée est supérieure à celle de l'examen pelvien pour la détection des cancers de l'ovaire et de l'endomètre ; cependant, cette détection échographique n'est pas associée à une amélioration de la survie. De plus, le rapport cout/efficacité est défavorable.

**Recommandation** : QUALITÉ DE LA PREUVE : MODÉRÉE - RECOMMANDATION : FAIBLE

Chez une femme asymptomatique à risque moyen, il est recommandé de ne pas faire d'échographie pelvienne ciblée systématique dans le seul but de diagnostiquer et améliorer le pronostic d'un cancer de l'ovaire ou de l'endomètre.

**PICO 26 :** Chez une femme (non enceinte) consultant pour un suivi gynécologique en population générale sans antécédent personnel ou familial cancérologique gynécologique (P), l'examen clinique pelvien associé à l'interrogatoire est-il supérieur à l'interrogatoire seul (C) pour la détection des cancers de l'ovaire et de l'endomètre (O) ?

**Synthèse :** Chez les femmes en population générale à risque moyen (sans antécédent personnel ou familial cancérologique gynécologique), un toucher vaginal annuel (couplé au CA125 et à l'échographie) a une très faible sensibilité de détection des cancers de l'ovaires.

**Recommandation :** QUALITE DE LA PREUVE : ELEVEE - RECOMMANDATION : FORTE

Chez une femme (non enceinte) en population générale à risque moyen (sans antécédent personnel ou familial cancérologique gynécologique), asymptomatique, consultant pour un suivi gynécologique, il est recommandé de ne pas faire systématiquement un toucher vaginal dans le seul but de détecter un cancer de l'ovaire.

Dossier sous embargo jusqu'au 25/01/2023

# Hyperémèse gravidique

Pr Cyril Huissoud

Pr Philippe Deruelle

Les nausées et vomissements de la grossesse représentent **l'un des symptômes les plus fréquents de la grossesse touchant de 50 à 90% des femmes**. Le plus souvent, les symptômes sont peu sévères, sans altération de la qualité de vie et disparaissent à la fin du premier trimestre. Les formes plus sévères constituent *l'hyperemesis gravidarum* (hyperémèse gravidique).

Pour un peu plus d'un tiers des femmes les nausées et vomissements de la grossesse sont invalidants, altérant leur vie au quotidien et leur activité professionnelle. **Chez 2% environ des femmes enceintes (0,3 à 3,6%), ces vomissements sont incoercibles et représentent la première cause d'hospitalisation au 1<sup>er</sup> trimestre de la grossesse**. Le retentissement psychologique et somatique des femmes touchées est souvent important et peut provoquer parfois des complications maternelles ou fœtales sévères.

Des associations de patientes (« Association de lutte contre l'hyperémèse gravidique » et « 9 mois avec ma bassine ») se sont créées pour faire mieux connaître l'hyperémèse gravidique et sensibiliser les soignants et les femmes à cette affection et ses conséquences. Ces associations ont sollicité le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) qui s'est engagé à tenter d'améliorer la prise en charge des patientes touchées par l'hyperémèse gravidique.

Le CNGOF a pour cela élaboré des **recommandations sur la prise en charge des nausées et vomissements de la grossesse et sur l'hyperémèse gravidique** (Consensus Formalisé d'Experts). Ces recommandations récemment diffusées vont faire l'objet d'ateliers spécifiques pour les médecins prenant en charge ces patientes au cours du congrès PSF 2023 à Lille. Ces recommandations ont pour objectifs de sensibiliser les professionnels à un meilleur dépistage des formes sévères et d'améliorer la prise en charge globale des patientes. Si les traitements médicamenteux ont une certaine efficacité, celle-ci est parfois limitée et il faut pouvoir proposer un accompagnement global pour limiter les complications et améliorer le soutien à ces femmes en grande difficulté.

Les mécanismes sous-tendant l'hyperémèse gravidique sont pourtant encore mal compris. **Les causes sont probablement multifactorielles et peuvent varier d'une femme à l'autre** en fonction d'éléments de prédisposition génétique, de facteurs biologiques, du sexe du fœtus ou de l'état de santé général. Les changements hormonaux ont été les mieux étudiés mais ne parviennent pas à eux seuls à expliquer de façon cohérente la symptomatologie clinique. La plupart des études se sont concentrées sur l'hormone chorionique gonadotrophique humaine (hCG), les hormones thyroïdiennes et les hormones stéroïdiennes comme le cortisol, les œstrogènes et la progestérone au début de la grossesse, car l'apparition et le pic des symptômes sont en corrélation avec les élévations de plusieurs de ces hormones.

Des études ont évalué les hormones qui affectent l'appétit telles que la ghréline ou la leptine. Récemment, il a été montré que des hormones telles que le GDF15, qui est un marqueur de la cachexie affectant l'appétit et la perception du goût, peut influencer le développement de l'hyperémèse gravidique et les changements de poids qui en résultent pendant la grossesse.

La théorie d'une étiologie psychologique à l'hyperémèse gravidique n'est pas corroborée par les données de la littérature. Certains auteurs ont suggéré la préexistence de troubles psychiques favorisant l'apparition de l'hyperémèse gravidique ou l'intégrant dans un ensemble plus global d'affections liées à l'oralité. Cependant, l'approche de ces travaux est parfois dogmatique ou encore limitée par la très faible taille des échantillons. Fejzo et al. ont colligé ces données dans une revue de la littérature en 2012 et concluent qu'il n'y a aucune preuve d'étiologie psychosomatique ni aucune preuve en faveur d'une association entre l'hyperémèse gravidique et des traits caractéristiques de la personnalité. De nombreux facteurs de risque ont été proposés mais ils jouent un rôle incertain : portage d'*Helicobacter pylori*, faible indice de masse corporelle, fœtus de sexe féminin, grossesses multiples ou antécédent d'hyperémèse gravidique lors d'une grossesse précédente.

**La survenue d'une hyperémèse gravidique peut influencer le déroulement de la grossesse** : il existerait par exemple une association entre hyperémèse gravidique et risques de petit poids - fœtal ou à la naissance - et un surrisque de naissance prématurée. Chez la mère, il existe même un risque d'atteinte cérébrale de type encéphalopathie de Gayet-Wernicke, en particulier en cas de réhydratation sans ajout de thiamine (vitamine B1), qui peut être sévère et malheureusement irréversible. Plus rarement, la carence en vitamine K peut entraîner une dysostose avec atteinte maxillo-faciale de type syndrome de Binder chez le fœtus dont la sévérité est variable.

Surtout, l'hyperémèse gravidique altère la qualité de vie et peut entraîner des conséquences psychologiques et psychiatriques (stress, troubles anxio-dépressifs, état de stress post-traumatique et idées suicidaires) durant la grossesse qui peuvent se poursuivre dans le post-partum. La sévérité des symptômes peut parfois amener certaines femmes à envisager une interruption volontaire de grossesse non souhaitée initialement ou les amener à renoncer à une grossesse ultérieure à cause du risque de récurrence estimé à 50% environ (ce risque est mal évalué, compris entre 15 à 81 % dans la littérature).

**L'hyperémèse gravidique est donc une pathologie invalidante et comportant des risques graves. La prise en charge de ces patientes doit être mieux connue des soignants.** Elle est souvent complexe, relevant d'une organisation multidisciplinaire et tout doit être mis en œuvre pour améliorer les symptômes et le vécu de la grossesse. C'est la raison pour laquelle le CNGOF s'engage fortement cette année encore sur cette pathologie.

# La prise en charge des cancers du col de l'utérus : l'évolution des stratégies thérapeutiques

Pr Lobna Ouldamer

## Introduction

Les cancers invasifs du col de l'utérus sont toujours une réalité en France malgré les politiques de prévention (primaire par la vaccination HPV et secondaire par le dépistage promu par les agences de santé françaises). Il est apparu qu'une actualisation des prises en charge était nécessaire en tenant compte de deux tendances majeures en apparence (et simplement en apparence) contradictoires, visant à une désescalade thérapeutique vis-à-vis des formes de bon pronostic et *a contrario* à un renforcement des traitements devant des formes inquiétantes. De plus, une des lignes directrices était de considérer l'impact potentiel de ces traitements sur la santé globale des patientes : à ce titre, de toute évidence, une connaissance exhaustive de la lésion à traiter et de la patiente incite à des explorations préthérapeutiques précises, et les combinaisons thérapeutiques doivent être le plus souvent possible évitées en particulier la chirurgie et la radiothérapie externe.

Nous avons pu bénéficier de l'expertise et de la collaboration de praticiens engagés issus de plusieurs disciplines (chirurgie, radiothérapie, oncologie médicale...) et d'horizons et de sensibilité variés ce qui a permis d'établir des recommandations consensuelles et par-là même qui seront suivies.

Nous avons utilisé la méthodologie GRADE, internationalement recommandée, en adoptant les critères AGREE II et formulé les questions sous forme PICO comme précédemment exposé : cette nouvelle formulation permet tout à la fois une appréciation « critériée » de la littérature scientifique médicale, la vérification de la collégialité et la transparence présidant aux recommandations. Elle permet aussi de formuler des recommandations claires et applicables par les praticiens. Naturellement, certaines questions restent en suspens en particulier lorsque des grands essais internationaux sont en cours, et les recommandations émises sont un élément de discussion lors des réunions de concertation pluridisciplinaire qui restent la pierre angulaire de toute prise en charge en oncologie.

## Propositions grille de relecture

### Cotation des recommandations :

1	2	3	4	5	6	7	8	9
								
Total désaccord avec la recommandation formulée								Accord total avec la recommandation formulée

### Commentaires généraux :

En fonction des données de la littérature, certaines questions n'ont pas pu faire l'objet de recommandation ou d'accord d'expert.

Merci de noter chacune des recommandations dont vous avez la charge de 1 à 9 et de nous faire un retour en commentaire lorsque votre notation est inférieure à 7.

Dossier sous embargo jusqu'au 25/01/2025

PICO N°	PROPOSITION	Note 1 à 9
1.1	<p><b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus (P) l'examen gynécologique sous anesthésie générale (I) par rapport à l'IRM lombo-pelvienne (C) modifie-t-il la prise en charge (O) ?</b></p> <p>R1 – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus ayant bénéficié d'une IRM et en l'absence de doute sur le degré d'atteinte locale, il n'est pas recommandé de réaliser un examen clinique sous anesthésie générale.</p> <p>Recommandation forte, Qualité de preuve modérée</p>	
Commentaires :		
1.2	<p><b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus (P), l'examen clinique en consultation (I) par rapport à l'IRM lombo-pelvienne (C) modifie-t-il la prise en charge (O) ?</b></p> <p>R - Chez une femme pour qui un cancer du col de l'utérus est suspecté, il est recommandé de faire un examen clinique en consultation avec le consentement préalable de la patiente afin de réaliser une biopsie et d'évaluer une potentielle atteinte vaginale (en particulier en cas de doute sur une atteinte vaginale à l'IRM).</p> <p>Recommandation faible, Qualité de preuve très basse</p>	
Commentaires :		
1.3	<p><b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus (P) l'examen gynécologique sous anesthésie générale (I) par rapport à l'examen gynécologique en consultation (C) modifie-t-il la prise en charge (O) ?</b></p> <p>R - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus et ayant bénéficié d'un examen gynécologique en consultation, il n'est pas recommandé de pratiquer un examen gynécologique sous anesthésie générale en complément de celui-ci</p> <p>Recommandation faible, Qualité de preuve très basse</p>	
Commentaires :		
1.4	<p><b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus (P) le dosage du SCC plasmatique en complément du bilan initial (I) comparé à l'absence de celui-ci (C) est-il utile à la surveillance post-thérapeutique(O)</b></p> <p>R – Les données actuelles de la littérature ne permettent pas d'émettre une recommandation pour l'utilisation du dosage du SCC plasmatique chez les patientes atteintes d'un cancer du col de l'utérus, que ce soit en pré-thérapeutique ou en post-thérapeutique</p> <p>Pas de recommandation</p>	
Commentaires :		
1.5	<p><b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus (P), l'IRM lombo-pelvienne avec séquences de diffusion (I) par rapport à une IRM lombo-pelvienne simple (C)</b></p>	

	<p><b>apporte-t-elle des éléments utiles à la prise en charge thérapeutique de la femme (O) ?</b></p> <p>R1.5 - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus il est recommandé de réaliser une IRM lombo-pelvienne avec séquences de diffusion dans le cadre de son bilan initial, les séquences injectées dynamiques étant optionnelles.</p> <p>Recommandation forte, Qualité de preuve modérée</p>	
Commentaires :		
1.6	<p><b>Q - Chez une femme ayant un diagnostic histologique de cancer du col de l'utérus (P), un délai de mise en route du traitement de 6-8 semaines (I) par rapport à une prise en charge plus longue (C) modifie-t-il le pronostic de la patiente (O) ?</b></p> <p>R - Chez une femme ayant un diagnostic histologique de cancer du col de l'utérus, il est recommandé d'initier le traitement des patientes moins de 90 jours après le diagnostic histologique de cancer du col utérin, quel que soit le stade FIGO au diagnostic et/ou le traitement curatif envisagé</p> <p>Recommandation faible, Qualité de preuve basse</p>	
Commentaires :		
1.7	<p><b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IA1 à IA2 la réalisation d'une TEP TDM au 18FDG par rapport à l'absence de celle-ci modifie-t-elle la prise en charge thérapeutique ?</b></p> <p>R – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IA1 à IA2 il est recommandé de ne pas réaliser une TEP TDM au 18FDG dans le cadre du bilan initial pré-thérapeutique</p> <p>Recommandation forte, Qualité de preuve forte</p>	
Commentaires :		
1.8	<p><b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IB1 la réalisation d'une TEP TDM au 18FDG par rapport à l'absence de celle-ci modifie-t-elle la prise en charge thérapeutique ?</b></p> <p>R – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IB1 il est recommandé de réaliser une TEP TDM au 18FDG dans le cadre du bilan initial pré-thérapeutique</p> <p>Recommandation faible, Qualité de preuve basse</p>	
Commentaires :		
1.9	<p><b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IB2-IIB la réalisation d'une TEP TDM au 18FDG par rapport à l'absence de celle-ci modifie-t-elle la prise en charge thérapeutique ?</b></p> <p>R – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IB2 IIB il est recommandé de réaliser une TEP TDM au 18FDG dans le cadre du bilan initial pré-thérapeutique</p> <p>Recommandation forte, Qualité de preuve modérée</p>	

Commentaires :	
1.10	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus de stade IIIA-IVA la réalisation d’une TEP TDM au 18FDG par rapport à l’absence de celle-ci modifie-t-elle la prise en charge thérapeutique ?</b>
	R – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus de stade IIIA IVA il est recommandé de réaliser une TEP TDM au 18FDG dans le cadre du bilan initial pré-thérapeutique  Recommandation forte, Qualité de preuve modérée
Commentaires :	
1.11	<b>Q - Chez les femmes ayant eu un cancer du col de l’utérus de stade IA2-IB2 (P), la réalisation d’une conisation initiale (I) par rapport à l’absence de conisation (biopsie seule) (C) modifie-t-elle l’évaluation du stade FIGO (O) ?</b>
	R – Il est recommandé de réaliser une conisation diagnostique pour les patientes présentant un cancer du col de l’utérus supposé de stade IA2-IB2 pour mieux définir le stade FIGO et le statut des embolies  Recommandation faible, Qualité de preuve basse
Commentaires :	
1.12	<b>Q - Chez les femmes ayant eu un cancer du col de l’utérus de stade IA2-IB2 (P), la réalisation d’une conisation initiale (I) par rapport à l’absence de conisation (biopsie seule) (C) modifie-t-elle la survie sans récurrence (O) ?</b>
	R – Chez les femmes ayant un cancer du col de l’utérus de stade supposé IA2 à IB2 (P), il est recommandé de réaliser une conisation diagnostique initiale (I) par rapport à l’absence de conisation (biopsie seule) (C) pour améliorer la survie sans récurrence (O)  Recommandation faible, Qualité de preuve basse
Commentaires :	
1.13	<b>Q - Chez les femmes ayant eu un cancer du col de l’utérus de stade IA2-IB2 (P), la réalisation d’une conisation initiale (I) par rapport à l’absence de conisation (biopsie seule) (C) modifie-t-elle la survie globale (O) ?</b>
	R – Pas de recommandation
Commentaires :	
1.14	<b>Q - Chez les femmes ayant un cancer du col de l’utérus de stade IB3-IIB (P), la réalisation d’une conisation initiale (I) par rapport à l’absence de conisation (biopsie seule) (C) modifie-t-elle la prise en charge thérapeutique (O) ?</b>
	R – Pas de recommandation
Commentaires :	
1.15	<b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus de stade IA1 à IA2 (P) la présence d'embolies (I) par rapport à l'absence d'embolie (C) augmente-t-elle le risque d'atteinte ganglionnaire (O) ?</b>

	<p>R - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IA1 à IA2, il est recommandé de réaliser une conisation pour définir la présence d'emboles qui est corrélée au risque d'atteinte ganglionnaire</p> <p>Recommandation forte, Qualité de preuve élevée</p>	
Commentaires :		
1.16	<p><b>Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IA1 à IA2 (P) la présence d'emboles (I) par rapport à l'absence d'embole (C) augmente-t-elle le risque d'atteinte paramétriale (O) ?</b></p> <p>R – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IA1 à IA2, il est recommandé de réaliser une conisation pour définir la présence d'emboles qui est corrélée au risque d'atteinte paramétriale.</p> <p>Recommandation forte, Qualité de preuve élevée</p>	
Commentaires :		
1.17	<p><b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IA1 à IA2 (P) la présence d'emboles (I) par rapport à l'absence d'embole (C) modifie-t-elle la survie sans récurrence (O) ?</b></p> <p>R – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IA1 à IA2, il est recommandé de réaliser une conisation pour définir la présence d'emboles qui est corrélée à la survie sans récurrence</p> <p>Recommandation forte, Qualité de preuve modérée</p>	
Commentaires :		
1.18	<p><b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IA1 à IA2 (P) la présence d'emboles (I) par rapport à l'absence d'embole (C) modifie-t-elle la survie globale (O) ?</b></p> <p>R – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IA1 à IA2, il est recommandé de réaliser une conisation pour définir la présence d'emboles qui est corrélée à la survie globale.</p> <p>Recommandation faible, Qualité de preuve faible</p>	
Commentaires :		
1.19	<p><b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IB1 à IB2 (P) la présence d'emboles (I) par rapport à l'absence d'embole (C) augmente-t-elle le risque d'atteinte ganglionnaire (O) ?</b></p> <p>R – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IB1 à IB2, il est recommandé de réaliser une conisation diagnostique pour définir la présence d'emboles qui est corrélée au risque d'atteinte ganglionnaire.</p> <p>Recommandation forte, Qualité de preuve modérée</p>	
Commentaires :		

1.20	<b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IB1 à IB2 (P) la présence d'emboles (I) par rapport à l'absence d'embole (C) augmente-t-elle le risque d'atteinte paramétriale (O) ?</b>	
	R – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IB1 à IB2, il est recommandé de réaliser une conisation pour définir la présence d'emboles qui est corrélée au risque d'atteinte paramétriale.  Recommandation forte, Qualité de preuve modérée	
Commentaires :		
1.21	<b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IB1 à IB2 (P) la présence d'emboles (I) par rapport à l'absence d'embole (C) modifie-t-elle la survie sans récurrence (O) ?</b>	
	R – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IB1 à IB2, il est recommandé de réaliser une conisation pour définir la présence d'emboles qui est corrélée à la survie sans récurrence  Recommandation forte, Qualité de preuve élevée	
Commentaires :		
1.22	<b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IB1 à IB2 (P) la présence d'emboles (I) par rapport à l'absence d'embole (C) modifie-t-elle la survie globale (O) ?</b>	
	R – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IB1 à IB2, il est recommandé de réaliser une conisation pour définir la présence d'emboles qui est corrélée à la survie globale  Recommandation faible, Qualité de preuve basse	
Commentaires :		
1.23	<b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IIC1 dont la TEP-TDM met en évidence une atteinte ganglionnaire pelvienne isolée-(P) la réalisation d'un curage ganglionnaire lombo-aortique (I) comparée à l'absence de celui-ci (C) modifie-t-il la prise en charge thérapeutique (O) ?</b>	
	Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IIC1 dont la TEP-TDM met en évidence une atteinte ganglionnaire pelvienne isolée la réalisation d'un curage ganglionnaire lombo-aortique est recommandé pour adapter la prise en charge thérapeutique  Recommandation faible, Qualité de preuve modérée	
Commentaires :		
1.24	<b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus cliniquement de stade IIC1 dont la TEP-TDM met en évidence une atteinte ganglionnaire pelvienne isolée (P) la réalisation d'un curage ganglionnaire lombo-aortique (I) comparée à l'absence de celui-ci modifie-t-il le pronostic (O) ?</b>	
	R –	

Commentaires :	
1.25	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus pour laquelle un curage LAO est indiqué (P) la réalisation de celui-ci par voie rétropéritonéale (I) comparé à la voie transpéritonéale (O) modifie-t-il la prise en charge ?</b>
	R - Pas de recommandation
Commentaires :	
1.26	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus pour laquelle un curage LAO est indiqué (P) la réalisation de celui-ci par voie rétropéritonéale (I) comparé à la voie transpéritonéale (O) modifie-t-il le pronostic ?</b>
	R - Pas de recommandation
Commentaires :	
1.27	<b>Question – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus pour laquelle un curage LAO est indiqué (P) la réalisation de celui-ci par voie rétropéritonéale (I) comparé à la voie transpéritonéale (O) modifie-t-il la morbidité ?</b>
	R - En cas d’indication de CLA pour cancer du col utérin, il est recommandé de réaliser une coelioscopie par abord rétropéritonéal comparativement à la coelioscopie intra péritonéale pour diminuer la morbidité du geste opératoire  Recommandation faible, Qualité de preuve modérée
Commentaires :	
1.28	<b>Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus pour laquelle un curage LAO est indiqué (P) le prélèvement de plus de 10 ganglions (I) comparé à moins de 10 ganglions (O) permet-il de modifier la prise en charge ?</b>
	R - Pas de recommandation
Commentaires :	
1.29	<b>Question – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus pour laquelle un curage LAO est indiqué (P) le prélèvement de plus de 10 ganglions (I) comparé à moins de 10 ganglions (O) permet-il d’améliorer le pronostic ?</b>
	R - Pas de recommandation
Commentaires :	
1.30	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus pour laquelle une tentative de curage LAO échoue (P) la réalisation du geste par conversion en laparotomie (I) comparé à l’abandon de celui-ci (O) permet-il d’améliorer le pronostic ? (PICO 1.26)</b>
	R – En cas d’échec de la coelioscopie pour la réalisation d’un curage lombo aortique dans le cadre du bilan initial d’un cancer du col utérin, Il est recommandé de ne pas convertir en laparotomie  Recommandation faible, Qualité de preuve basse

Commentaires :		
1.31	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus pour laquelle une tentative de curage LAO par abord laparoscopique échoue (P) la réalisation du geste par conversion en laparotomie (intra ou extra-péritonéale) (I) comparé à l’abandon de celui-ci (O) augmente t’il la morbidité opératoire ?</b>	
	R1 – Il est recommandé de ne pas réaliser de laparotomie intra péritonéale en cas d’échec de coelioscopie pour la réalisation d’un curage lombo aortique dans le cadre d’un cancer du col utérin pour ne pas augmenter la morbidité  Recommandation faible, Qualité de preuve basse	
Commentaires :		
1.32	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus pour laquelle une tentative de curage LAO par abord laparoscopique échoue (P) la réalisation du geste par conversion en laparotomie extra-péritonéale (I) comparé à l’abandon de celui-ci (O) augmente t’il la morbidité opératoire ?</b>	
	R – Pas de recommandation	
Commentaires :		
1.33	<b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus de stade IIIC1 dont la TEP-TDM met en évidence une atteinte ganglionnaire pelvienne isolée (P) l’exérèse de l’adénopathie suspecte en complément du curage lombo-aortique (CLAO) de stadification initiale (I) comparée à un curage LAO seul (O) permet-elle d’améliorer le pronostic ?</b>	
	R – Pas de recommandation	
Commentaires :		
1.34	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus de stade IIIC1 dont la TEP-TDM met en évidence une atteinte ganglionnaire pelvienne isolée (P) la réalisation d’un curage pelvien en complément du curage lombo-aortique (CLAO) de stadification initiale (I) comparée à un curage LAO seul (O) permet-il d’améliorer le pronostic ?</b>	
	R – Il est recommandé de ne pas réaliser de lymphadénectomie pelvienne en complément de la stadification ganglionnaire chirurgicale lombo aortique en cas d’atteinte ganglionnaire pelvienne isolée au PET TDM dans le but d’améliorer le pronostic  Recommandation faible, Qualité de preuve basse	
Commentaires :		
1.35	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de stade IB2 à IIB à l’issue du bilan initial complet avec PET-TDM (P) la réalisation d’un curage ganglionnaire lombo-aortique de stadification (I) comparée à l’absence de celui-ci (C) permet-il d’améliorer le pronostic et/ou la prise en charge thérapeutique (O) ?</b>	

	<p>R – Il est recommandé de ne pas réaliser un curage ganglionnaire lombo-aortique de stadification en cas de PET-TDM négative dans les stades IB2 à IIB, que ce soit pour améliorer le pronostic ou pour adapter la prise en charge thérapeutique</p> <p>Recommandation forte, Qualité de preuve élevée</p>	
Commentaires :		
1.36	<p><b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus de stade IIC2 dont la TEP-TDM met en évidence une fixation ganglionnaire suspecte isolée en lombo-aortique (P) la réalisation d’un curage lombo-aortique (I) par rapport à l’absence de celui-ci (C) permet-elle d’améliorer le pronostic (O) ?</b></p>	
	<p>R – Il n’est pas recommandé de réaliser un curage lombo aortique de stadification en cas d’atteinte ganglionnaire lombo aortique au PET – TDM</p> <p>Recommandation faible, Qualité de preuve basse</p>	
Commentaires :		
1.37	<p><b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus pour laquelle un curage ganglionnaire lombo-aortique est indiqué (P) la réalisation d’un curage pelvien associé systématique (I) comparée à l’absence de réalisation de curage pelvien associé (C) permet-elle d’améliorer le pronostic (O) ?</b></p>	
	<p>R – Il n’est pas recommandé de réaliser un curage pelvien systématique lorsqu’un curage lombo aortique est indiqué chez les patientes ayant un cancer du col afin d’améliorer le pronostic</p> <p>Recommandation faible, Qualité de preuve basse</p>	
Commentaires :		
1.38	<p><b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus pour laquelle un curage lombo-aortique de stadification est indiqué (P), un curage complet remontant jusqu’à la veine rénale gauche (I) par rapport à un curage limité à l’étage sous-mésentérique (C) permet-il d’améliorer le pronostic (O) ?</b></p>	
	<p>R – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus pour laquelle un curage lombo-aortique de stadification est indiqué, il est recommandé de prendre comme repère supérieur de la dissection la veine rénale gauche.</p> <p>Recommandation faible, Qualité de preuve basse</p>	
Commentaires :		
1.39	<p><b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus pour laquelle un curage lombo-aortique de stadification est indiqué (P), un curage complet remontant jusqu’à la veine rénale gauche d’emblée (I) par rapport à un curage limité à l’étage sous-mésentérique avec examen extemporané éventuellement complété d’un curage lombo-aortique complet si l’examen extemporané est négatif (C) permet-il d’améliorer le pronostic (O) ?</b></p>	
	<p>R – Pas de recommandation</p>	
Commentaires :		

1.40	<p><b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus pour laquelle une chirurgie de stadification ganglionnaire est indiquée (P) la réalisation d’une cytologie péritonéale (I) par rapport à une exploration chirurgicale isolée de la cavité abdomino-pelvienne (C) permet-elle de modifier la prise en charge et le pronostic (O) ?</b></p>	
	R – Pas de recommandation	
Commentaires :		
1.41	<p><b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus de stade précoce pour laquelle un traitement chirurgical exclusif est indiqué (P), la réalisation d’une chirurgie de stadification ganglionnaire pelvienne initiale avec analyse histologique définitive et hystérectomie secondaire à distance en l’absence d’atteinte ganglionnaire (I) par rapport à la réalisation d’une analyse extemporanée avec hystérectomie dans la foulée si l’analyse ganglionnaire extemporanée est négative permet-elle d’améliorer le pronostic (O) ?</b></p>	
	R – Pas de recommandation	
Commentaires :		
1.42	<p><b>Q – Chez les femmes ayant un cancer du col de l’utérus de stade précoce pour laquelle un traitement chirurgical est indiqué et ayant une analyse extemporanée positive d’au moins un des ganglions pelviens prélevés (P), la réalisation d’une hystérectomie (I) par rapport à l’abandon de celle-ci permet-elle d’améliorer le pronostic (O) ?</b></p> <p>R – Chez les femmes ayant un cancer du col de l’utérus de stade précoce pour laquelle un traitement chirurgical est indiqué et ayant une analyse extemporanée positive d’au moins un des ganglions pelviens prélevés, il est recommandé de ne pas réaliser d’hystérectomie devant le risque majoré de complication sans bénéfice attendu en survie</p> <p>Recommandation faible, Qualité de preuve modérée</p>	
Commentaires :		
1.43	<p><b>Q – Chez les femmes ayant un cancer du col de l’utérus pour laquelle la réalisation d’un GS pelvien est indiqué (P), la réalisation d’une stadification ganglionnaire par la technique du ganglion sentinelle (I) par rapport à un curage pelvien (C) modifie t’elle la prise en charge et/ou le pronostic (O) ?</b></p> <p>R – Chez les femmes ayant un cancer du col de l’utérus pour laquelle la réalisation d’une stadification ganglionnaire pelvienne est indiquée, il est recommandé de réaliser un ganglion sentinelle en plus du curage pelvien afin de bénéficier d’une ultra stadification. Les données actuelles ne permettent pas d’indiquer la réalisation d’un GS pelvien seul</p> <p>Recommandation forte, Qualité de preuve élevée</p>	
Commentaires :		
1.44	<p><b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus pour laquelle la réalisation d’un GS pelvien est indiqué (P) le repérage combiné de celui-ci par le TC99m et le</b></p>	

	<p><b>bleu patenté (I) comparé au repérage par vert d'indocyanine (O) offre-t-il un meilleur taux de détection ?</b></p> <p>R – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus pour laquelle la réalisation d'un ganglion sentinelle est indiqué, il est recommandé de réaliser le repérage de celui-ci avec le colorant fluorescent (vert d'indocyanine).</p> <p>Recommandation faible. Qualité de preuve : modérée</p> <p>R2 – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus pour laquelle la réalisation d'un ganglion sentinelle est indiqué, il est recommandé de réaliser le repérage et l'exérèse de celui-ci par un chirurgien ayant validé la courbe d'apprentissage de 15 procédures</p> <p>Recommandation faible. Qualité de preuve basse</p>	
Commentaires :		
1.45	<p><b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus pour laquelle un GS est indiqué (P) le repérage de celui-ci par le TC99m seul (I) comparée au repérage par vert d'indocyanine (O) offre-t-il un meilleur taux de détection ?</b></p> <p>R – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus pour laquelle la réalisation d'un ganglion sentinelle est indiqué, il est recommandé de réaliser le repérage de celui-ci avec le colorant fluorescent (vert d'indocyanine).</p> <p>Recommandation faible. Qualité de preuve : modérée</p> <p>R2 – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus pour laquelle la réalisation d'un ganglion sentinelle est indiqué, il est recommandé de réaliser le repérage et l'exérèse de celui-ci par un chirurgien ayant validé la courbe d'apprentissage de 15 procédures</p> <p>Recommandation faible. Qualité de preuve basse</p>	
Commentaires :		
2.1	<p><b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IA1 à IA2 (P) la réalisation d'une hystérectomie élargie aux paramètres (I) par rapport à la réalisation d'une hystérectomie simple (C) permet-elle d'améliorer le pronostic (O) ?</b></p> <p>R – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IA1 à IA2 (sans embolie, sans envahissement ganglionnaire), il est recommandé de réaliser la chirurgie d'exérèse tumorale non élargie aux paramètres</p> <p>Recommandation faible. Qualité de preuve modérée.</p>	
Commentaires :		
2.2	<p><b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IB1 (P) la réalisation d'une hystérectomie élargie aux paramètres (I) par rapport à la réalisation d'une hystérectomie simple (C) permet-elle d'améliorer le pronostic (O) ?</b></p>	

	<p>R – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus de stade IB1 à bas risque (&lt;50 % d’infiltration stromale, sans embolie, sans envahissement ganglionnaire), il est recommandé de ne pas élargir la chirurgie d’exérèse tumorale aux paramètres.</p> <p>Recommandation faible. Qualité de preuve modérée.</p> <p>Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus de stade IB1 non à bas risque (&gt;50% d’infiltration stromale, présence d’embolie), il est recommandé de réaliser la chirurgie d’exérèse tumorale élargie aux paramètres.</p> <p>Recommandation forte, Qualité de preuve élevée</p>	
Commentaires :		
2.3	<p><b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus de stade IB2 (P) la réalisation d’une hystérectomie élargie aux paramètres (I) par rapport à la réalisation d’une hystérectomie simple (C) permet-elle d’améliorer le pronostic (O)</b></p> <p>R – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus de stade IB2 pour laquelle une chirurgie est indiquée, il est recommandé de réaliser une chirurgie d’exérèse tumorale élargie aux paramètres</p> <p>Recommandation forte, Qualité de preuve modéré</p>	
Commentaires :		
2.5	<p><b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus bénéficiant d’un traitement chirurgical exclusif par hystérectomie (P) la conservation ovarienne (I) par rapport à l’ovariectomie bilatérale (C) modifie-t-elle le pronostic ? (O) (Stratifier la réponse par type histologique)</b></p> <p>R – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus de stades IA ou IB1-2 bénéficiant d’un traitement chirurgical exclusif par hystérectomie (P), il est recommandé de réaliser une conservation ovarienne (I) plutôt qu’une ovariectomie (C) pour les patientes présentant un cancer épidermoïde et les patientes présentant un adénocarcinome afin d’améliorer la survie (O)</p> <p>Recommandation forte, Qualité de preuve élevée</p>	
Commentaires :		
2.6	<p><b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus de stade IB1 à IB3 (P) la réalisation d’une hystérectomie élargie (I) par rapport à une radio-chimiothérapie concomitante (C) permet-elle d’améliorer le pronostic (O) ? (Traiter le seuil de 2 cm)</b></p> <p>R – Pas de recommandation</p>	
Commentaires :		
2.7	<p><b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus de stade IB1 à IB3 (P) la réalisation d’une hystérectomie élargie (I) par rapport à une RCC (C) permet-elle de réduire la morbidité (O) ? (Traiter le seuil de 2 cm)</b></p> <p>R – Pas de recommandaiton</p>	

Commentaires :	
2.8	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus de stade IB1 à IB3 (P) la réalisation d’une hystérectomie élargie par laparotomie (I) par rapport à une hystérectomie élargie par abord laparoscopique (C) permet-elle d’améliorer le pronostic (O) ?</b>
	R1 – Chez les patientes ayant un cancer du col de l’utérus de stade IB1 à IB3 (P), il est recommandé de réaliser une hystérectomie élargie par laparotomie (I) par rapport à une hystérectomie élargie par abord coelioscopique (C) afin d’améliorer la survie (O) si la taille tumorale est supérieure ou égale à 2cm  Recommandation forte, Qualité de preuve modérée
Commentaires :	
2.9	<b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus pour laquelle une hystérectomie est indiquée (P) la réalisation de celle-ci par abord coelioscopique (I) par rapport à une laparotomie (C) permet-elle de diminuer la morbidité (O) ?</b>
	R – Chez les patientes ayant un cancer du col de l’utérus pour laquelle une hystérectomie est indiquée (P), la voie mini-invasive (I) ne permet pas de réduire la morbidité (O) par rapport à une laparotomie (C)  Recommandation faible, Qualité de preuve modérée
Commentaires :	
2.10	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus pour laquelle une hystérectomie est indiquée (P) la réalisation de celle-ci par abord coelioscopique robot-assisté (I) par rapport à une coelioscopie simple (C) permet-elle de diminuer la morbidité (O) ?</b>
	R – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus pour laquelle une hystérectomie est indiquée (P), il n’est pas possible de recommander la réalisation de celle-ci par abord coelioscopique robot-assisté (C) plutôt que par coelioscopie conventionnelle (C) afin de diminuer la morbidité (O)  Recommandation faible, Qualité de preuve modérée
Commentaires :	
2.11	<b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus pour laquelle une hystérectomie est indiquée (P) la réalisation de celle-ci par abord coelioscopique robot-assisté (I) par rapport à une laparotomie (C) permet-elle de diminuer la morbidité (O) ?</b>
	R – Chez les patientes ayant un cancer du col de l’utérus pour laquelle une hystérectomie est indiquée (P), la voie mini-invasive (I) ne permet pas de réduire la morbidité (O) par rapport à une laparotomie (C)  Recommandation faible, Qualité de preuve modérée
Commentaires :	

2.12	<b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus pour laquelle une hystérectomie est indiquée (P) la réalisation de celle-ci par abord coelioscopique (I) par rapport à une laparotomie (C) permet-elle d'améliorer le pronostic (O) ?</b>	
	R – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus pour laquelle une hystérectomie est indiquée (P), il est recommandé de ne pas réaliser une voie mini-invasive (robot-assistée ou coelioscopie) (I) par rapport à une laparotomie (C) afin d'améliorer la survie (O)  Recommandation forte, Qualité de preuve élevée	
Commentaires :		
2.13	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus pour laquelle une hystérectomie est indiquée (P) la réalisation de celle-ci par abord coelioscopique robot-assisté (I) par rapport à une coelioscopie simple (C) permet-elle d'améliorer le pronostic (O) ?</b>	
	R – Pas de recommandation	
Commentaires :		
2.14	<b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus pour laquelle une hystérectomie est indiquée (P) la réalisation de celle-ci par abord coelioscopique robot-assisté (I) par rapport à une laparotomie (C) permet-elle d'améliorer le pronostic (O) ?</b>	
	R – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus pour laquelle une hystérectomie est indiquée (P), il est recommandé de ne pas réaliser une voie mini-invasive (robot-assistée ou coelioscopie) (I) par rapport à une laparotomie (C) afin d'améliorer la survie (O)  Recommandation forte, Qualité de preuve élevée	
Commentaires :		
2.15	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IB1 à IB2 (P) la réalisation d'une curiethérapie utéro-vaginale néoadjuvante suivi d'une chirurgie (I) par rapport à une hystérectomie d'emblée (C) permet-elle d'améliorer le pronostic (O) ?</b>	
	R – Chez les patientes porteuses d'un cancer du col de l'utérus au stade IB1 à IB2 de moins de 3 cm, il n'est pas recommandé de réaliser une curiethérapie utéro-vaginale suivi d'une chirurgie par rapport à une chirurgie d'emblée en vue d'améliorer le pronostic  Recommandation faible, Qualité de preuve basse	
Commentaires :		
2.16	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IB1 à IB2 (P) la réalisation d'une curiethérapie utéro-vaginale néoadjuvante suivi d'une chirurgie (I) par rapport à une hystérectomie d'emblée (C) augmente-t-elle la morbidité (O) ?</b>	
	R – Chez les femmes ayant un cancer du col de l'utérus de stade IB1 à IB2 de moins de 3 cm, il n'est pas recommandé de réaliser une curiethérapie utéro-vaginale	

	<p>néoadjuvante suivi d'une chirurgie plutôt qu'une hystérectomie d'emblée en vue de réduire la morbidité.</p> <p>Recommandation faible, Qualité de preuve basse</p>	
Commentaires :		
2.17	<p><b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus ayant bénéficié d'une curiethérapie utéro-vaginale néoadjuvante et devant avoir une hystérectomie (P) la réalisation de celle-ci dans un délai de moins de 3-6 semaines (I) par rapport à un délai plus long (C) améliore-t-il le pronostic (O) ?</b></p>	
	<p>R – Pas de recommandation</p>	
Commentaires :		
2.18	<p><b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus ayant bénéficié d'une curiethérapie utéro-vaginale néoadjuvante et devant avoir une hystérectomie (P) la réalisation de celle-ci dans un délai de moins de 3-6 semaines (I) par rapport à un délai plus long (C) diminue-t-il la morbidité (O) ?</b></p>	
	<p>R – Pas de recommandation</p>	
Commentaires :		
2.19	<p><b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus ayant bénéficié d'une curiethérapie utéro-vaginale néoadjuvante et devant avoir une hystérectomie (P) la réalisation d'une hystérectomie élargie (I) par rapport à une hystérectomie simple (C) modifie-t-elle le pronostic (O) ?</b></p>	
	<p>R – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus ayant bénéficié d'une curiethérapie utéro-vaginale néoadjuvante pour un cancer du col de stade IB1 et devant avoir une hystérectomie il est recommandé de réaliser une hystérectomie simple</p> <p>Recommandation faible, Qualité de preuve basse</p> <p>R2 – Pas de recommandation pour les stades IB2</p>	
Commentaires :		
2.20	<p><b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus de stade IB1 à IB2 (P) la réalisation d'une radiothérapie externe (I) comparée à une curiethérapie isolée (C) permet-elle d'améliorer le pronostic (O) ?</b></p>	
	<p>R – Pas de recommandation</p>	
Commentaires :		
2.21	<p><b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus ayant bénéficié d'une radio chimiothérapie concomitante (P) la réalisation d'une curiethérapie complémentaire (I) par rapport à une radio chimiothérapie concomitante seule avec boost RT (C) permet-elle d'améliorer le pronostic (O) ?</b></p>	
	<p>R – Chez une patiente prise en charge pour un cancer du col utérin, il est recommandé de ne pas remplacer la curiethérapie utéro-vaginale de complément par une surimpression en radiothérapie externe (y compris en conditions stéréotaxiques).</p>	

	Recommandation forte, Qualité de preuve élevée	
Commentaires :		
2.22	<b>Question – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus en prise en charge initiale présentant une hémorragie génitale cataclysmique (P) la réalisation d’une radiothérapie externe à visée hémostatique (I) comparée à la radioembolisation (C) permet-elle un meilleur contrôle des saignements / améliore-t-elle le pronostic (O) ?</b>	
	R – Pas de recommandation	
Commentaires :		
2.23	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus de stade IB1 à IB3 (P) la réalisation d’une radio-chimiothérapie concomitante (I) comparée à une hystérectomie (C) permet-elle d’améliorer le pronostic (O) ?</b>	
	R - Chez les patientes présentant une tumeur de stade IB1-IB2, il est recommandé de ne pas réaliser de chirurgie d’emblée lorsque les éléments anatomopathologiques et/ou radiologiques suggèrent qu’une irradiation adjuvante sera indiquée, pour ne pas additionner les morbidités de la chirurgie et de la radiothérapie  Recommandation forte, Qualité de preuve élevée	
Commentaires :		
2.24	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus de stade IIA (P) la réalisation d’une radio-chimiothérapie concomitante (I) comparée à une hystérectomie (C) permet-elle d’améliorer le pronostic</b>	
	R – Chez les patientes traitées pour un cancer du col utérin de stade IIA, en présence de facteurs radiologiques ou histopronostiques suggérant qu’une radiothérapie postopératoire sera indiquée, il est recommandé de ne pas réaliser d’hystérectomie et d’indiquer plutôt en première intention une radiochimiothérapie complétée d’une curiethérapie guidée par imagerie  Recommandation forte, Qualité de de preuve élevée	
Commentaires :		
2.25	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus de stade IIB (P) la réalisation d’une radio-chimiothérapie concomitante (I) comparée à une hystérectomie (C) permet-elle d’améliorer le pronostic ?</b>	
	R - Chez les patientes présentant un cancer du col utérin de stade IIB, il est recommandé de réaliser une radiochimiothérapie complétée d’une curiethérapie utérovaginale guidée par imagerie  Recommandation forte, Qualité de preuve élevée  R2 - Chez les patientes prises en charge pour un cancer du col utérin de stade IIB, il est recommandé de ne pas réaliser d’hystérectomie, même précédée d’une chimiothérapie néoadjuvante  Recommandation forte, Qualité de preuve élevée	

Commentaires :		
2.26	<b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus ayant bénéficié d'une radio-chimiothérapie concomitante (P) la réalisation d'une chirurgie de clôture (I) par rapport à l'absence de celle-ci (C) permet-elle d'améliorer le pronostic (O) ?</b>	
	R – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus ayant bénéficié d'une radio-chimiothérapie concomitante et curiethérapie, il est recommandé de ne pas réaliser une chirurgie de clôture en cas de réponse complète post radio-chimiothérapie concomitante et curiethérapie, celle-ci n'améliorant pas le pronostic  Recommandation faible, Qualité de preuve basse  R2 – Pas de recommandation pour le type histologique adénocarcinome	
Commentaires :		
2.27	<b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus ayant bénéficié d'une radio chimiothérapie concomitante (P) la réalisation d'une chirurgie de clôture (I) augmente-t-elle la morbidité (O) ?</b>	
	R – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus ayant bénéficié d'une radio-chimiothérapie concomitante et curiethérapie, il est recommandé de ne pas réaliser une chirurgie de clôture en systématique, celle-ci augmentant la morbidité  Recommandation faible, Qualité de preuve très basse	
Commentaires :		
2.28	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus ayant bénéficié d'une radio-chimiothérapie concomitante et pour laquelle une chirurgie de clôture est indiquée (P) la réalisation de celle-ci dans un délai de 6-8 semaines (I) par rapport à sa réalisation dans un délai plus long (C) permet-elle d'améliorer le pronostic (O) ?</b>	
	R – Pas de recommandation	
Commentaires :		
2.29	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus ayant bénéficié d'une radio-chimiothérapie concomitante et pour laquelle une chirurgie de clôture est indiquée (P) la réalisation de celle-ci dans un délai de 6-8 semaines (I) par rapport à sa réalisation dans un délai plus long (C) permet-elle de diminuer la morbidité (O) ?</b>	
	R – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus ayant bénéficié d'une radio-chimiothérapie concomitante et pour laquelle une chirurgie est indiquée, il est recommandé de la réaliser à plus de 6-8 semaines de la fin de la RCC plutôt qu'à moins de 6-8 semaines, ceci permettant de diminuer la morbidité  Recommandation faible, Qualité de preuve basse	
Commentaires :		
2.30	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus ayant bénéficié d'une radio-chimiothérapie concomitante pour laquelle une chirurgie de clôture est</b>	

	<p><b>indiquée (P) une chirurgie élargie (I) par rapport à une hystérectomie simple (C) permet-elle d'améliorer le pronostic (O) ?</b></p> <p>R – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus ayant bénéficié d'une radio-chimiothérapie concomitante et pour laquelle une chirurgie est indiquée, il est recommandé de réaliser une hystérectomie simple plutôt qu'une chirurgie élargie, cette dernière n'améliorant pas le pronostic</p> <p>Recommandation faible, Qualité de preuve très basse</p>	
Commentaires :		
2.31	<p><b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus ayant bénéficié d'une radio-chimiothérapie concomitante pour laquelle une chirurgie est indiquée (P) une chirurgie élargie (I) par rapport à une hystérectomie simple (C) augmente-t-elle la morbidité (O) ?</b></p> <p>R – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus ayant bénéficié d'une radio-chimiothérapie concomitante et pour laquelle une chirurgie est indiquée, il est recommandé de réaliser une hystérectomie simple plutôt qu'une chirurgie élargie, cette dernière augmentant la morbidité.</p> <p>Recommandation faible, Qualité de preuve très basse</p>	
Commentaires :		
2.32	<p><b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus ayant bénéficié d'une radio-chimiothérapie concomitante pour laquelle une chirurgie de clôture est indiquée (P) une chirurgie par abord coelioscopique (I) par rapport à une laparotomie (C) permet-elle d'améliorer le pronostic (O) ?</b></p> <p>R – Pas de recommandation</p>	
Commentaires :		
2.33	<p><b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus ayant bénéficié d'une radio-chimiothérapie concomitante pour laquelle une chirurgie de clôture est indiquée (P) une chirurgie par abord coelioscopique (I) par rapport à une laparotomie (C) permet-elle de diminuer la morbidité (O) ?</b></p> <p>R – Pas de recommandation</p>	
Commentaires :		
2.34	<p><b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus ayant bénéficié d'une radio-chimiothérapie concomitante pour laquelle une chirurgie de clôture est indiquée (P) une chirurgie par abord coelioscopique robot-assistée (I) par rapport à une coelioscopie standard (C) permet-elle d'améliorer le pronostic (O) ?</b></p> <p>R – Pas de recommandation</p>	
Commentaires :		
2.35	<p><b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus ayant bénéficié d'une radio-chimiothérapie concomitante pour laquelle une chirurgie de clôture est</b></p>	

	<b>indiquée (P) une chirurgie par abord cœlioscopique robot-assistée (I) par rapport à une cœlioscopie standard (C) permet-elle de diminuer la morbidité (O) ?</b>	
	R – Pas de recommandation	
Commentaires :		
<b>2.36</b>	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col ayant bénéficié d’une radio chimiothérapie concomitante (P) la réalisation d’une chimiothérapie adjuvante systématique (I) par rapport à l’absence de celle-ci (C) permet-elle d’améliorer le pronostic (O) ?</b>	
	R – Pas de recommandation	
Commentaires :		
<b>2.37</b>	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col localement avancé ayant bénéficié d’une radio chimiothérapie concomitante, dont le contrôle local de la maladie est incomplet et ayant bénéficié d’une chirurgie de clôture (P) la réalisation d’une chimiothérapie adjuvante (I) par rapport à l’absence de celle-ci (C) permet-elle d’améliorer le pronostic (O) ?</b>	
	R – Pas de recommandation	
Commentaires :		
<b>2.38</b>	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col localement avancé et ayant bénéficié d’une radio chimiothérapie concomitante, dont le contrôle local de la maladie est incomplet et ayant bénéficié d’une chirurgie de clôture (P) la réalisation d’un traitement par BEVACIZUMAB (I) par rapport à l’absence de celui-ci (C) permet d’améliorer le pronostic (O) ?</b>  <b>Chez une femme ayant un cancer du col non contrôlé par le traitement initial (P) la réalisation d’un traitement par BEVACIZUMAB (I) par rapport à une chimiothérapie adjuvante (C) permet-elle d’améliorer la survie (O) ?</b>	
	R – Pas de recommandation	
Commentaires :		
<b>2.39</b>	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus en carcinose péritonéale ayant bénéficié d’une chimiothérapie première ayant permis la régression de la carcinose (P) la réalisation d’une radio chimiothérapie concomitante adjuvante (I) par rapport à la chimiothérapie seule (C) permet-elle d’améliorer le pronostic ? (O)</b>	
	R – Pas de recommandation	
Commentaires :		
<b>2.40</b>	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus métastatique d’emblée (P), un délai de mise en route du traitement de 6-8 semaines (I) par rapport à une prise en charge plus longue (C) modifie-t-il le pronostic de la patiente (O) ?</b>	
	R – Pas de recommandation	

Commentaires :		
2.41	<b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus d'emblée métastatique (P) la réalisation d'une chimiothérapie à base de sels de platine associée à du BEVACIZUMAB (I) par rapport à la même chimiothérapie seule (C) améliore-t-elle le pronostic (O) ?</b>	
	R - Chez une femme présentant un cancer du col de l'utérus métastatique d'emblée, il est recommandé la réalisation d'une chimiothérapie à base de sels de platine associée à du BEVACIZUMAB  Recommandation Forte, Qualité de preuve modérée	
Commentaires :		
2.42	<b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus métastatique à site unique (P) la réalisation de l'exérèse chirurgicale de la métastase associée au traitement curatif usuel de son cancer du col (I) par rapport à la chimiothérapie exclusive à base de sels de platine (C) améliore-t-elle le pronostic (O) ?</b>	
	R – Pas de recommandation	
Commentaires :		
2.43	<b>Q - Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus d'emblée métastatique (P) la réalisation d'une chimiothérapie à base de sels de platine + BEVACIZUMAB associée à de l'immunothérapie (I) par rapport à la même chimiothérapie + BEVACIZUMAB (C) améliore-t-elle le pronostic (O) ?</b>	
	R – Recommandation faible, Qualité de preuve basse	
Commentaires :		
3.1	<b>Q - Chez une femme ayant été traitée pour un cancer du col de l'utérus par radiochimiothérapie concomitante (P) l'IRM pelvienne systématique (I) comparée à l'examen clinique seul (C) permet-elle de mieux évaluer la réponse thérapeutique ? (O)</b>	
	R – Chez une femme ayant été traitée pour un cancer du col de l'utérus par radiochimiothérapie concomitante il est recommandé de réaliser une l'IRM pelvienne systématique avec des séquences de diffusion et de perfusion pour évaluer la réponse thérapeutique  Recommandation forte, Qualité de preuve élevée	
Commentaires :		
3.2	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus ayant bénéficié d'une radiochimiothérapie concomitante (P) la réalisation d'une IRM pelvienne (I) comparée à une TEP (C) est plus performante pour évaluer le reliquat tumoral cervical (O)</b>	
	R – L'IRM pelvienne et la TEP TDM ont des performances similaires pour évaluer le reliquat tumoral avec des volumes comparables tumoral en fin de traitement et un taux	

	de réponse complète non significativement différent. La réponse tumorale est visible de façon plus précoce au TEP TDM par rapport à l'IRM  Recommandation modérée, Qualité de preuve modérée	
Commentaires :		
3.3	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus ayant bénéficié d'une radiochimiothérapie concomitante (P) la réalisation d'une IRM pelvienne réalisée avant 6 semaines (I) comparée à une IRM pelvienne réalisée plus tardivement (C) est plus performante pour évaluer la réponse tumorale (O)</b>	
	R – La réalisation d'une IRM pelvienne à 3 semaines du début du traitement par radiochimiothérapie concomitante permet de différencier les patientes répondeuses des non répondeuses en analysant l'augmentation des valeurs d'ADC sur la séquence de diffusion  Recommandation forte, Qualité de preuve élevée	
Commentaires :		
3.4	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l'utérus localement avancé et ayant bénéficié d'une radio chimiothérapie concomitante (P) la réalisation d'une conisation systématique (I) comparée à une IRM pelvienne (C) est plus performante pour évaluer la réponse tumorale (O) ?</b>	
	R – Pas de recommandation	
Commentaires :		
3.5	<b>Q – Chez une femme ayant été traitée pour un cancer du col de l'utérus par radiochimiothérapie concomitante (P) l'IRM pelvienne et la TEP-TDM systématiques précoces (I) comparées à l'IRM pelvienne seule (C) permettent-elles de mieux évaluer la réponse thérapeutique ? (O)</b>	
	R – Pas de recommandation	
Commentaires :		
4.1	<b>Q – Chez une patiente ayant un cancer du col de l'utérus de découverte fortuite sur pièce d'hystérectomie (P) la réalisation d'une IRM de stadification post opératoire dans un délai de moins de 6 semaines (I) par rapport à une IRM réalisée plus tard (C) permet-elle d'améliorer la valeur diagnostique de l'IRM ?</b>	
	R – Pas de recommandation	
Commentaires :		
4.2	<b>Q – Chez une patiente ayant un cancer du col de l'utérus de découverte fortuite sur pièce d'hystérectomie (P) la réalisation d'une TEP-TDM de stadification post opératoire dans un délai de moins de 4 semaines (I) par rapport à une TEP-TDM réalisée plus tard (C) permet-elle d'améliorer la valeur diagnostique de la TEP-TDM ?</b>	
	R – Pas de recommandation	
Commentaires :		

4.3	<p><b>Q – Chez une patiente ayant un cancer du col de l’utérus de stade IA1 à IA2 histologique de découverte fortuite sur pièce d’hystérectomie (P) une imagerie de stadification post opératoire (I) par rapport aux données exclusives de l’histologie de la pièce opératoire (C) permet-elle d’améliorer le pronostic ? (O)</b></p>	
	<p>R1 – Chez une patiente ayant un cancer du col de l’utérus de stade IA1 histologique de découverte fortuite sur pièce d’hystérectomie, il n’est pas recommandé de réaliser une imagerie de stadification post opératoire, les données exclusives de l’histologie de la pièce opératoire étant suffisantes</p> <p>Recommandation faible, Qualité de preuve très basse</p> <p>R2 - R2 – Les données actuelles de la littérature ne permettent pas de conclure à l’indication de réaliser ou non une imagerie de stadification post opératoire chez une patiente ayant un cancer du col de l’utérus de stade IA2 de découverte fortuite sur pièce d’hystérectomie</p>	
Commentaires :		
4.4	<p><b>Q – Chez une patiente ayant un cancer du col de l’utérus de stade IA1 à IA2 histologique de découverte fortuite sur pièce d’hystérectomie (P) une stadification ganglionnaire chirurgicale systématique (I) par rapport à un traitement basé sur les données isolées de la pièce d’hystérectomie (C) permet-elle d’améliorer le pronostic ? (O)</b></p>	
	<p>R – Chez une patiente ayant un cancer du col de l’utérus de stade IA1 à IA2 histologique de découverte fortuite sur pièce d’hystérectomie il est recommandé de pratiquer une stadification ganglionnaire chirurgicale systématique plutôt qu’un traitement basé sur les données isolées de la pièce d’hystérectomie afin d’améliorer le pronostic.</p> <p>Recommandation faible, qualité de preuve très basse</p>	
Commentaires :		
4.5	<p><b>Q – Chez une patiente ayant un cancer du col de l’utérus de stade IB1 à IB3 de découverte fortuite sur pièce d’hystérectomie (P) une stadification ganglionnaire chirurgicale systématique (I) par rapport à un traitement basé sur les données de la pièce d’hystérectomie et de l’imagerie (C) permet-elle d’améliorer le pronostic ? (O)</b></p>	
	<p>R – Chez une patiente ayant un cancer du col de l’utérus de stade IB1 à IB3 histologique de découverte fortuite sur pièce d’hystérectomie, il est recommandé de pratiquer une chirurgie de stadification ganglionnaire secondaire qui devra être adaptée aux résultats de l’imagerie post-opératoire</p> <p>Recommandation faible, Qualité de preuve très basse</p>	
Commentaires :		
4.6	<p><b>Q – Chez une patiente ayant un cancer du col de l’utérus de stade IIA ou plus de découverte fortuite sur pièce d’hystérectomie (P) une stadification ganglionnaire chirurgicale systématique (I) par rapport à un traitement basé sur les données isolées de la pièce d’hystérectomie et de l’imagerie (C) permet-elle d’améliorer le pronostic ? (O)</b></p>	

	R – Pas de recommandation	
Commentaires :		
4.7	<b>Q - Chez une patiente ayant un cancer du col de l'utérus de stade IA1 de découverte fortuite sur pièce d'hystérectomie (P) un traitement adjuvant [curiethérapie, radiothérapie ou chimiothérapie] (I) par rapport à une abstention thérapeutique (C) améliore-t-il le pronostic ? (O)</b>	
	R – Chez une patiente ayant un cancer du col de l'utérus de stade IA1 de découverte fortuite sur pièce d'hystérectomie il est recommandé de ne pas réaliser de traitement adjuvant [curiethérapie, radiothérapie ou chimiothérapie].  Recommandation faible, Qualité de preuve très basse	
Commentaires :		
4.8	<b>Q – Chez une patiente ayant un cancer du col de l'utérus de stade IA2-IB1 (FIGO 2022) de découverte fortuite sur pièce d'hystérectomie (P) un traitement adjuvant [curiethérapie, radiothérapie ou chimiothérapie] (I) par rapport à une abstention thérapeutique (C) améliore-t-il le pronostic ? (O)</b>	
	R – Chez une patiente ayant un cancer du col de l'utérus de stade IA2-IB1 (FIGO 2022) en marges saines de découverte fortuite sur pièce d'hystérectomie, il est recommandé de ne pas réaliser de traitement adjuvant [curiethérapie, radiothérapie ou chimiothérapie] en cas d'évaluation ganglionnaire négative et d'invasion stromale inférieure à 5 mm.  Recommandation faible, Qualité de preuve très basse	
Commentaires :		
4.9	<b>Q – Chez une patiente ayant un cancer du col de l'utérus de stade IB2 (FIGO 2022) de découverte fortuite sur pièce d'hystérectomie (P) une curiethérapie (I) par rapport à une paramétrectomie (C) permet-elle d'améliorer le pronostic ? (O)</b>	
	R – Pas de recommandation	
Commentaires :		
4.10	<b>Q – Chez une patiente ayant un cancer du col de l'utérus de stade IB2-IIA de découverte fortuite sur pièce d'hystérectomie (P) un traitement adjuvant [curiethérapie, radiothérapie ou radiochimiothérapie concomitante] (I) par rapport à une abstention thérapeutique (C) améliore-t-il le pronostic ? (O)</b>	
	R – Chez une patiente ayant un cancer du col de l'utérus de stade IB2-IIA (ancienne FIGO) de découverte fortuite sur pièce d'hystérectomie, il est recommandé de réaliser un traitement adjuvant [curiethérapie, radiothérapie ou radiochimiothérapie concomitante]  Recommandation faible, Qualité de preuve très basse	
Commentaires :		

5.2	<b>Q – Chez une patiente présentant un cancer du col de l’utérus sur col restant (P) l’adaptation de la curiethérapie (I) par rapport à un traitement standardisé (C) permet-elle d’améliorer le pronostic (O) ?</b>	
	R – Chez une patiente présentant un cancer du col de l’utérus sur col restant, il est recommandé d’adapter la curiethérapie (intra-cavitaire et/ou interstitielle) par rapport à un traitement standardisé pour améliorer le pronostic  Recommandation faible, Qualité de preuve très basse	
Commentaires :		
5.3	<b>Q - Chez une patiente présentant un cancer du col de l’utérus sur col restant (P) l’adaptation de la radiothérapie (I) par rapport à un traitement standardisé (C) permet-elle d’améliorer le pronostic (O) ?</b>	
	R – Chez une patiente présentant un cancer du col de l’utérus sur col restant, il est recommandé d’adapter la radiothérapie par rapport à un traitement standardisé  Recommandation faible, Qualité de preuve très basse	
Commentaires :		
5.4	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus sur col restant bénéficiant d’une radio chimiothérapie concomitante (P) la réalisation d’une curiethérapie complémentaire (I) par rapport à une radio chimiothérapie concomitante seule avec boost RT (C) permet-elle d’améliorer le pronostic (O) ?</b>	
	R – Chez une patiente présentant un cancer du col de l’utérus sur col restant bénéficiant d’une radio chimiothérapie concomitante, il est recommandé de réaliser une curiethérapie complémentaire par rapport à un boost RT.  Recommandation faible, Qualité de preuve basse	
Commentaires :		
5.5	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de l’utérus sur col restant ayant bénéficié d’une radio chimiothérapie concomitante (P) la réalisation d’une trachélectomie de clôture (I) par rapport à l’absence de réalisation de celle-ci (C) permet-elle d’améliorer le pronostic (O) ?</b>	
	R – Chez une patiente présentant un cancer du col de l’utérus sur col restant bénéficiant d’une radio chimiothérapie concomitante suivie de curiethérapie en réponse complète, il est recommandé de ne pas réaliser de chirurgie de cloture  Recommandation faible, Qualité de preuve très basse	
Commentaires :		
6.1	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de stade IA1 à IA2 sans embole (P) la réalisation d’une trachélectomie simple (I) par rapport à une conisation en marges saines (C) permet-elle une amélioration du pronostic (O) ?</b>	

	<p>R – Chez une femme ayant un cancer du col de stade IA1 à IA2 N- de type carcinome épidermoïde ou adénocarcinome sans embole, il est recommandé de réaliser une conisation en marges saines plutôt qu'une trachélectomie pour le traitement conservateur de la fertilité</p> <p>Recommandation faible, Qualité de preuve basse</p>	
Commentaires :		
6.2	<p><b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de stade IA1 à IA2 avec emboles N- (P) la réalisation d'une trachélectomie simple (I) par rapport à une conisation en marges saines (C) permet-elle une amélioration du pronostic (O) ?</b></p> <p>R1 – Chez une femme ayant un cancer du col de stade IA1 N- de type carcinome épidermoïde ou adénocarcinome avec embole (P), il est recommandé de réaliser une conisation en marges saines (I) plutôt qu'une trachélectomie (C) pour le traitement conservateur de la fertilité (O)</p> <p>Recommandation faible, Qualité de preuve basse</p> <p>R2 - Pas de recommandation pour les stades IA2 N- avec emboles</p>	
Commentaires :		
6.3	<p><b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de stade IB1 sans embole (P) la réalisation d'une trachélectomie élargie (I) par rapport à une trachélectomie simple (C) permet-elle une amélioration du pronostic (O) ?</b></p> <p>R1 – Chez une femme ayant un cancer du col de stade IB1 N- du type carcinome épidermoïde ou adénocarcinome sans embole (P), il est recommandé de réaliser une trachélectomie simple (I) plutôt qu'une trachélectomie élargie (C) pour le traitement et la préservation de la fertilité. (O)</p> <p>Recommandation faible, Qualité de preuve basse</p> <p><b>R2 – Lors de la réalisation d'une trachelectomie simple pour le traitement d'un cancer du col IB1 N- du type carcinome épidermoïde ou adénocarcinome sans embole, il est recommandé de privilégier la voie vaginale</b></p> <p>Recommandation faible, Qualité de preuve basse</p>	
Commentaires :		
6.4	<p><b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col de stade IB1 avec emboles (P) la réalisation d'une trachélectomie élargie (I) par rapport à une trachélectomie simple (C) permet-elle une amélioration du pronostic (O) ?</b></p> <p>R – Pas de recommandation</p>	
Commentaires :		
6.5	<p><b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col pour laquelle une trachélectomie est indiquée (P) la réalisation d'un cerclage systématique (I) par rapport à l'absence de cerclage (C) permet-il d'améliorer le pronostic obstétrical en cas de grossesse ultérieure ?</b></p> <p>R – Pas de recommandation</p>	

Commentaires :	
6.6	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col dont les caractéristiques initiales ne permettent pas d’indiquer une trachélectomie (P) la réalisation d’une chimiothérapie néoadjuvante (I) par rapport à l’absence de celle-ci (C) permet-elle de préserver la fertilité sans modifier le pronostic (O) ?</b>
	R – Chez une femme ayant un cancer du col dont les caractéristiques initiales ne permettent pas d’indiquer une trachélectomie il est recommandé de ne pas proposer de chimiothérapie néoadjuvante dans le but de permettre une préservation de la fertilité  Recommandation faible, Qualité de preuve modérée
Commentaires :	
6.7	<b>Q – Chez les femmes jeunes ayant un cancer du col de l’utérus devant bénéficier d’une radio-chimiothérapie concomitante (P) la transposition ovarienne laparoscopique (LOT) (I) par rapport à l’absence de celle-ci (C) permet-elle de préserver la fonction hormonale (O) ?</b>
	R – pas de recommandation
Commentaires :	
6.8	<b>Q – Chez une femme ayant un cancer du col ayant bénéficié d’une trachélectomie (P) la réalisation d’une hystérectomie complémentaire après finalisation du projet obstétrical (I) par rapport à l’absence d’hystérectomie (C) permet-elle d’améliorer le pronostic ?</b>
	R – Chez une femme ayant bénéficié d’une trachélectomie pour un cancer du col utérin, il est recommandé de ne pas réaliser une hystérectomie complémentaire systématique après finalisation du projet obstétrical  Recommandation forte, Qualité de preuve basse
Commentaires :	
7.1	<b>Q – Chez une femme ayant été traitée pour un cancer du col de l’utérus par chirurgie exclusive (P), un suivi par test HPV (I) comparé à l’examen clinique seul (C) permet-il d’améliorer la détection des récurrences (O) ?</b>
	R – Chez une femme ayant été traitée pour un cancer du col de l’utérus par chirurgie exclusive conservant l’utérus (trachélectomie, conisation), il est recommandé de réaliser un suivi par test HPV car sa performance à détecter les récurrences est supérieure à celle de l’examen clinique.  Qualité de preuve basse, Recommandation faible
Commentaires :	
7.2	<b>Q – Chez une femme ayant été traitée pour un cancer du col de l’utérus par chirurgie exclusive (P), un suivi par cytologie du fond vaginal (I) comparé à l’examen clinique seul (C) permet-il d’améliorer la détection des récurrences (O) ?</b>
	R1 – Chez une femme ayant été traitée pour un cancer du col de l’utérus par chirurgie exclusive conservant l’utérus (trachélectomie, conisation), il est recommandé de

	<p>réaliser un suivi par cytologie cervico-vaginale car sa performance à détecter les récidives est supérieure à celle de l'examen clinique</p> <p>Qualité de preuve basse, Recommandation faible</p> <p>R2 - Chez une femme ayant été traitée pour un cancer du col de l'utérus par chirurgie exclusive ne conservant pas l'utérus (hystérectomie simple ou élargie), il est recommandé de ne pas faire systématiquement de cytologie du fond vaginal au cours du suivi</p> <p>Qualité de preuve basse, Recommandation faible</p>	
Commentaires :		
7.3	<p><b>Q – Chez une femme ayant été traitée pour un cancer du col de l'utérus par radiothérapie (inclure radio-chimiothérapie et/ou curiethérapie) (P), un suivi par test HPV (I) comparé à l'examen clinique seul (C) permet-il d'améliorer la détection des récidives (O) ?</b></p> <p>R – Chez une femme ayant été traitée pour un cancer du col de l'utérus par radiothérapie (incluant radio-chimiothérapie et/ou curiethérapie), il n'est pas recommandé de réaliser un test HPV du fond vaginal au cours du suivi</p> <p>Qualité de preuve basse, Recommandation faible</p>	
Commentaires :		
7.4	<p><b>Q – Chez une femme ayant été traitée pour un cancer du col de l'utérus par radiothérapie (inclure radio-chimiothérapie et/ou curiethérapie) (P), un suivi par cytologie du fond vaginal (I) comparé à l'examen clinique seul (C) permet-il d'améliorer la détection des récidives (O) ?</b></p> <p>R - Chez une femme ayant été traitée pour un cancer du col de l'utérus par radiothérapie (incluant radio-chimiothérapie et/ou curiethérapie), il est recommandé de ne pas faire de cytologie du fond vaginal au cours du suivi</p> <p>Qualité de preuve basse, Recommandation faible</p>	
Commentaires :		
7.5	<p><b>Q – Chez une femme ayant été traitée pour un cancer du col de l'utérus et n'ayant pas eu d'hystérectomie (P) l'IRM pelvienne systématique dans le suivi (I) comparée à l'examen clinique seul (C) permet-elle d'améliorer le pronostic ? (O)</b></p> <p>R – Pas de recommandation</p>	
Commentaires :		
7.6	<p><b>Q – Chez une femme ayant été traitée pour un cancer du col de l'utérus et ayant eu une hystérectomie (P) l'IRM pelvienne systématique dans le suivi (I) comparée à l'examen clinique seul (C) permet-elle d'améliorer le pronostic (O) ?</b></p> <p>R – Pas de recommandation</p>	
Commentaires :		

7.7	<b>Q – Chez une femme ayant été traitée pour un cancer du col de l’utérus, la TEP-TDM au 18FDG systématique dans le suivi comparé à l’examen clinique seul permet-elle d’améliorer le pronostic ?</b>	
	R – Pas de recommandation	
Commentaires :		
7.8	<b>Q – Chez une femme ayant été traitée pour un cancer du col de l’utérus et n’ayant pas eu d’hystérectomie (P) la combinaison du suivi par IRM pelvienne et TEP-TDM (I) comparée à l’examen clinique seul (C) permet-elle d’améliorer le pronostic (O) ?</b>	
	R – Chez une femme ayant été traitée pour un cancer du col de l’utérus et n’ayant pas eu d’hystérectomie la combinaison du suivi par IRM pelvienne précoce (une semaine après la fin du traitement) et TEP-TDM comparée à l’examen clinique seul permet de prédire et d’améliorer le pronostic	
Commentaires :		
7.9	<b>Q – Chez une femme ayant été traitée pour un cancer du col de l’utérus et ayant eu une hystérectomie (P) la combinaison du suivi par IRM pelvienne et TEP-TDM (I) comparée à l’examen clinique seul (C) permet-elle d’améliorer le pronostic (O) ?</b>	
	R – Pas de recommandation	
Commentaires :		
7.10	<b>Q – Chez une femme ayant été traitée pour un cancer du col de l’utérus (P) une surveillance tous les 4 mois les deux premières années puis tous les 6 mois entre 2 et 5 ans puis annuellement (I) comparée à une surveillance moins fréquente (C) permet-elle d’améliorer le pronostic ? (O)</b>	
	R1 – Chez une femme ayant été traitée pour un cancer du col de l’utérus, il est recommandé de maintenir la surveillance tous les 4 mois les 2 premières années, puis tous les 6 mois entre 2 et 5 ans, puis annuellement	
	Recommandation faible, Qualité de preuve basse	
Commentaires :		
8.1	<b>Q – Chez une femme ayant une récurrence pelvienne d’un cancer du col de l’utérus traitée initialement par chirurgie seule (P) le traitement par radio chimiothérapie concomitante complété par une curiethérapie (I) par rapport à un autre traitement (C) permet-il d’améliorer le pronostic ? (O)</b>	
	R – Chez une femme ayant une récurrence centro-pelvienne d’un cancer du col de l’utérus traitée initialement par chirurgie seule, il est recommandé de réaliser traitement par radio chimiothérapie concomitante complétée par une curiethérapie	
	Recommandation forte, Qualité de preuve modérée	
Commentaires :		
8.2	<b>Q – Chez une femme ayant une récurrence pelvienne d’un cancer du col de l’utérus traitée initialement par radio chimiothérapie concomitante (P), le traitement par</b>	

	<b>chirurgie (I) par rapport à une chimiothérapie (C) permet-il d'améliorer le pronostic ? (O)</b>	
	R – Pas de recommandation	
Commentaires :		
8.3	<b>Q – Chez une femme ayant une récurrence ganglionnaire d'un cancer du col de l'utérus (P), le traitement par radio-chimiothérapie concomitante (I) par rapport à une chirurgie de type exérèse ganglionnaire (C) permet-il d'améliorer le pronostic ? (O)</b>	
	R – Pas de recommandation	
Commentaires :		
8.4	Q –	
	R –	
Commentaires :		
8.5	<b>Q – Chez une femme ayant une récurrence centro-pelvienne d'un cancer du col de l'utérus traité initialement par radio chimiothérapie (P) la réirradiation stéréotaxique éventuellement complétée par une chimiothérapie (I) par rapport à la chimiothérapie seule (C) permet-elle d'améliorer le pronostic ? (O)</b>	
	R – Pas de recommandation	
Commentaires :		
9.1	<b>Q – Chez une patiente âgée (i.e de plus de 70 ans ou 75 ans) atteinte d'un cancer du col de stade avancé (P), la radiochimiothérapie (I) versus la radiothérapie seule (c) permet-elle d'améliorer le pronostic (ou la survie) O ?</b>	
	R - Chez une patiente âgée et capable de supporter une chimiothérapie atteinte d'un cancer du col utérin localement avancé, il est recommandé de réaliser une radiochimiothérapie concomitante (RCC) plutôt qu'une radiothérapie seule pour améliorer la survie globale et la survie sans récurrence  Recommandation forte, Qualité de preuve modérée	
Commentaires :		
9.2	<b>Q – Chez une patiente âgée (i.e de plus de 70 ans ou 75 ans) atteinte d'un cancer du col de stade précoce (P), la chirurgie (hystérectomie élargie) (I) versus la radiothérapie seule (c) permet-elle d'améliorer le pronostic (ou la survie) O ?</b>	
	R1 - Chez une patiente âgée atteinte d'un cancer du col utérin précoce et sans fragilité (P), il est recommandé une prise en charge identique (chirurgie) (I) à une patiente jeune plutôt qu'une radiothérapie pelvienne et curiethérapie (C) pour améliorer la survie globale et sans récurrence (O)  Recommandation faible, Qualité de preuve très basse	

	<p>R2 - Chez une patiente âgée avec vulnérabilité atteinte d'un cancer du col utérin précoce (P), il est recommandé de privilégier la radiothérapie (I) plutôt qu'une chirurgie (C) pour améliorer la survie (O)</p> <p>Recommandation faible, Qualité de preuve très basse</p>	
Commentaires :		
9.3	<p><b>Q – Chez une patiente âgée (i.e de plus de 70 ans ou 75 ans) atteinte d'un cancer du col de stade avancé (P), la curiethérapie + radiochimiothérapie ou radiothérapie (I) versus la radiochimiothérapie ou radiothérapie seule (c) permet-elle d'améliorer le pronostic (ou la survie) O ?</b></p> <p>R – Chez une patiente âgée atteinte d'un cancer du col utérin localement avancé (P), il est recommandé de réaliser une curiethérapie en plus de la radiochimiothérapie ou de la radiothérapie seule (I) plutôt que l'absence de curiethérapie (C) pour améliorer la survie globale, la survie spécifique au cancer et la survie sans récurrence (O).</p> <p>Recommandation forte, Qualité de preuve modérée</p>	
Commentaires :		
9.4	<p><b>Q – Chez une patiente âgée (i.e de plus de 70 ans ou 75 ans) atteinte d'un cancer du col de stade avancé (P), le curage ganglionnaire lombo-aortique de stadification (I) versus l'absence de curage (c) permet-il d'améliorer le pronostic (ou la survie) (O) ?</b></p> <p>R – Pas de recommandations dans le contexte des personnes âgées, la décision de la réalisation d'un curage est fonction d'une décision au cas par cas sur la balance bénéfice risque.</p>	
Commentaires :		
9.5	<p><b>Q – Chez une patiente âgée (i.e de plus de 70 ans ou 75 ans) atteinte d'un cancer du col de l'utérus (P), une évaluation gériatrique pré-thérapeutique (I) versus l'absence d'évaluation gériatrique (c) permet-elle d'améliorer le pronostic (ou la survie) (O) ?</b></p> <p>R – Chez une patiente âgée (plus de 70 ans) atteinte d'un cancer du col utérin (P), la littérature ne permet pas de conclure dans le contexte spécifique du cancer du col de l'intérêt d'une évaluation gériatrique pré-thérapeutique.</p>	
Commentaires :		
9.6	<p><b>Q – Chez une patiente avec un prolapsus atteinte d'un cancer du col de l'utérus (P), la chirurgie (hystérectomie pour ablation de la tumeur) (I) versus la radiothérapie (C) permet-elle d'améliorer le pronostic (ou la survie) O ?</b></p> <p>R – Pas de recommandation</p>	
	R –	
Commentaires :		