

Prévention des adhérences en chirurgie gynécologique

La présente directive clinique a été analysée et approuvée par le comité de pratique clinique – Gynécologie, ainsi que par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURS PRINCIPAUX

Deborah Robertson, MD, Toronto (Ont.)

Guyline Lefebvre, MD, Toronto (Ont.)

COMITÉ DE PRATIQUE CLINIQUE – GYNÉCOLOGIE

Nicholas Leyland, MD (coprésident), Toronto (Ont.)

Wendy Wolfman, MD (coprésidente), Toronto (Ont.)

Catherine Allaire, MD, Vancouver (C.-B.)

Alaa Awadalla, MD, Winnipeg (Man.)

Carolyn Best, MD, Hamilton (Ont.)

Elizabeth Contestabile, inf. aut., Ottawa (Ont.)

Sheila Dunn, MD, Toronto (Ont.)

Mark Heywood, MD, Vancouver (C.-B.)

Nathalie Leroux, MD, Outremont (Québec)

Frank Potestio, MD, Thunder Bay (Ont.)

David Rittenberg, MD, Halifax (N.-É.)

Vyta Senikas, MD, Ottawa (Ont.)

Renée Soucy, MD, Chandler (Québec)

Sukhbir Singh, MD, Ottawa (Ont.)

Les auteurs principaux et tous les membres du comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation

Issues : Les issues mesurées sont l'incidence des adhérences postopératoires, les complications associées à la formation d'adhérences et la nécessité d'autres interventions associées à la présence d'adhérences.

Résultats : Des recherches ont été menées dans Medline, EMBASE et Cochrane Library en vue d'en tirer les articles publiés en anglais entre 1990 et mars 2009, au moyen d'un vocabulaire contrôlé et de mots clés appropriés. Les résultats ont été restreints aux analyses systématiques, aux essais comparatifs randomisés / essais cliniques comparatifs, aux études de cohorte et aux méta-analyses traitant particulièrement des adhérences postopératoires, de la prévention des adhérences et des barrières anti-adhérences. Les recherches ont été mises à jour de façon régulière et ont été incorporées à la directive clinique jusqu'en mars 2009. La littérature grise (non publiée) a été identifiée par l'intermédiaire de recherches menées dans les sites Web d'organismes s'intéressant à l'évaluation des technologies dans le domaine de la santé et d'organismes connexes, dans des collections de directives cliniques, dans des registres d'essais cliniques et auprès de sociétés de spécialité médicale nationales et internationales.

Valeurs : La qualité des résultats a été quantifiée au moyen des critères d'évaluation des résultats décrits dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

Déclarations sommaires

1. La mise en œuvre d'une technique chirurgicale méticuleuse constitue un moyen de prévenir les adhérences. Par technique chirurgicale méticuleuse, on entend la minimisation des traumatismes tissulaires, l'atteinte d'une hémostase optimale, la minimisation du risque d'infection et le fait d'éviter les contaminants (p. ex. matières fécales) et d'éviter l'utilisation de matières étrangères (p. ex. poudre de talc), dans la mesure du possible. (II-2)
2. Le risque de voir apparaître des adhérences s'accroît en fonction du nombre total de chirurgies abdominales et pelviennes menées chez une même patiente; toutes les chirurgies se doivent donc d'être rigoureusement envisagées à cet égard. (II-2)
3. L'utilisation d'une barrière de polytétrafluoroéthylène (Gore-Tex) est plus efficace que la non-utilisation d'une barrière ou que l'utilisation de cellulose régénérée oxydée pour ce qui est de la prévention de la formation d'adhérences. (I)
4. La barrière faite de cellulose régénérée oxydée (Interceed) contre les adhérences est associée à une incidence moindre de formation d'adhérences pelviennes, tant dans le cadre de la laparoscopie que de la laparotomie, lorsqu'une hémostase complète est atteinte. La cellulose régénérée oxydée peut accroître le risque de formation d'adhérences en l'absence d'une hémostase optimale. (II-2)

Résumé

Objectifs : Analyser l'étiologie et l'incidence de la formation d'adhérences à la suite d'une chirurgie gynécologique, ainsi que les facteurs qui lui sont associés. Analyser les données soutenant le recours aux moyens disponibles de prévention des adhérences à la suite d'une chirurgie gynécologique.

Options : Les femmes qui subissent une chirurgie pelvienne courent le risque de voir apparaître des adhérences abdominales et/ou pelviennes à la suite de l'opération. Le recours à des techniques chirurgicales et à des systèmes commerciaux de prévention des adhérences peut atténuer le risque de formation d'adhérences postopératoires.

Mots clés : Hysterectomy, postoperative adhesions, adhesion barriers

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2 : Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3 : Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs¹.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif¹.

5. L'utilisation d'hyaluronate de sodium modifié chimiquement/carboxyméthylcellulose (Septrafil) est efficace pour prévenir la formation d'adhérences, particulièrement à la suite de myomectomies. Nous ne disposons pas de données suffisantes quant aux effets de l'hyaluronate de sodium/carboxyméthylcellulose sur des issues cliniques à long terme telles que la fertilité, la douleur pelvienne chronique ou l'occlusion de l'intestin grêle. (II-2)
6. Aucun effet indésirable n'a été signalé pour ce qui est de l'utilisation de cellulose régénérée oxydée, de polytétrafluoroéthylène ou d'hyaluronate de sodium/carboxyméthylcellulose. (II-1)
7. Divers agents pharmacologiques ont été mis en marché à titre de moyens de prévenir la formation d'adhérences. Aucun de ces agents n'est présentement offert au Canada. Nous ne disposons pas de données suffisantes pour soutenir l'utilisation d'agents pharmacologiques pour la prévention des adhérences. (III-C)

Recommandations

1. Les chirurgiens devraient tenter de mener leurs interventions chirurgicales au moyen de la méthode la moins effractive possible, et ce, afin d'atténuer le risque de formation d'adhérences. (II-1B) Dans la mesure du possible, par exemple, une approche chirurgicale laparoscopique est préférable à une approche abdominale et une hystérectomie vaginale ou laparoscopique est préférable à une hystérectomie abdominale.
2. Des précautions devraient être prises au moment de la chirurgie en vue de minimiser les traumatismes tissulaires, et ce, afin d'atténuer le risque de voir apparaître des adhérences postopératoires. Parmi ces précautions, on trouve le fait de limiter le tamponnement, l'écrasement et la manipulation des tissus à ce qui est strictement nécessaire pour mener à bien l'intervention. (III-B)
3. Les chirurgiens devraient envisager l'utilisation d'une barrière anti-adhérences chez les patientes exposées à un risque élevé de former des adhérences significatives sur le plan clinique (c.-à-d. les patientes qui présentent une endométriose, une maladie inflammatoire pelvienne ou qui doivent subir une myomectomie).

En présence d'un risque de saignement continu à partir du champ opératoire, l'utilisation de cellulose régénérée oxydée (Interceed) devrait être proscrite puisque cela pourrait accroître le risque de formation d'adhérences. (II-2B)

J Obstet Gynaecol Can 2010;32(5):603–608

INTRODUCTION

Les adhérences ont diverses causes, y compris les interventions chirurgicales. Les adhérences pelviennes et abdominales ont été associées à une morbidité gynécologique considérable, y compris l'infertilité, la douleur pelvienne chronique, l'occlusion de l'intestin grêle et les difficultés en ce qui concerne l'accès chirurgical ou les complications chirurgicales à l'avenir. Il est donc important de minimiser les adhérences au moment de la chirurgie. Traditionnellement, le recours à des techniques telles qu'une hémostase méticuleuse a été préconisé à titre de moyen de minimiser la formation d'adhérences. Bon nombre de nouveaux produits visant à atténuer la formation d'adhérences ont récemment été mis en marché, mais l'obtention de données soutenant les barrières contre les adhérences est limitée par la difficulté d'évaluer les effets de la formation d'adhérences postopératoires chez les patientes.

Les recommandations visant la prévention de la formation d'adhérences en chirurgie gynécologique ont été quantifiées au moyen des critères d'évaluation des résultats décrits dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau)¹.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3960620>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3960620>

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