

Prise en charge des léiomyomes utérins

Avis: La présente directive clinique est publiée officiellement dans le *Journal d'obstétrique et gynécologie du Canada*. Par conséquent, la date de parution pourrait ne pas correspondre à la date de publication originale. Aucune modification n'a été apportée au contenu.

La présente directive clinique a été rédigée par le groupe de travail sur les léiomyomes utérins, analysée par le comité de pratique clinique-gynécologie, le comité sur l'endocrinologie de la reproduction et l'infertilité, et le comité consultatif de médecine familiale, et approuvée par le comité exécutif et le conseil d'administration de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURS PRINCIPAUX

George A. Vilos, MD, London (Ont.)

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

Philippe-Yves Laberge, MD, Québec (Québec)

Nicholas Leyland, MD, MHCM, Hamilton (Ont.)

COLLABORATEURS SPÉCIAUX

Angelos G. Vilos, MD, London (Ont.)

Ally Murji, MD, MPH, Toronto (Ont.)

Innie Chen, MD, Ottawa (Ont.)

Tous les collaborateurs nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Les recherches documentaires et le soutien bibliographique nécessaires aux fins de la rédaction de la présente directive clinique ont été assurés par Mme Becky Skidmore, analyste

de recherche médicale, Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Résumé

Objectifs : La présente directive clinique a pour objectif d'aider les cliniciens à mieux comprendre la pathophysiologie, la prévalence et l'importance clinique des myomes, et de leur faire part des meilleures données probantes disponibles quant aux modalités de traitement.

Options : Dans le cadre de la rédaction de la présente directive clinique, nous avons tenu compte des aspects suivants de la pratique clinique : évaluation, traitements médicaux, traitements conservateurs par myolyse, occlusion sélective de l'artère utérine et solutions de rechange chirurgicales (dont la myomectomie et l'hystérectomie). Le rapport risques-avantages doit faire l'objet d'une analyse personnalisée dans le cadre des discussions menées entre la patiente et son fournisseur de soins.

Issues : La mise en œuvre de la présente directive clinique devrait optimiser le processus décisionnel pour les patientes et les fournisseurs de soins en ce qui a trait à la tenue d'autres explorations ou à la façon d'assurer la prise en charge des léiomyomes utérins, en ayant tenu compte du processus pathogénique (et des options disponibles en matière de traitement) et en ayant passé en revue les risques et les avantages anticipés.

Résultats : La littérature publiée a été récupérée par l'intermédiaire de recherches menées dans PubMed, CINAHL et *Cochrane Systematic Reviews* en février 2013 au moyen d'un vocabulaire contrôlé (p. ex. « *uterine fibroids* », « *myoma* », « *leiomyoma* », « *myomectomy* », « *myolysis* », « *heavy menstrual bleeding* » et « *menorrhagia* ») et de mots clés (p. ex. « *myoma* », « *leiomyoma* », « *fibroid* », « *myomectomy* », « *uterine artery embolization* », « *hysterectomy* », « *heavy menstrual bleeding* », « *menorrhagia* ») appropriés. Des recherches ont également été menées dans les listes de références des articles identifiés en vue d'en tirer d'autres publications pertinentes. Les résultats ont été restreints aux analyses systématiques, aux essais comparatifs randomisés / essais cliniques comparatifs et aux études observationnelles. Aucune restriction n'a été appliquée en matière de date, mais les

Mots clés : Myoma, leiomyoma, fibroid, myomectomy, uterine artery embolization, hysterectomy, heavy menstrual bleeding, menorrhagia

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2016.09.063>

J Obstet Gynaecol Can 2016;38(12S):S550–S576

Copyright © 2016 Published by Elsevier Inc. on behalf of The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

Ce document fait état des 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 l'éditeur.

Tableau 1. 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. II-1: Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus. 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. 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. III: Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention. B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention. 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. D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention. 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 préventifs²⁰⁴.

†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 préventifs²⁰⁴.

résultats ont été limités aux documents rédigés en anglais ou en français. Les recherches ont été mises à jour de façon régulière et intégrées à la directive clinique jusqu'en janvier 2014. 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.

ABBREVIATIONS

AAGL	<i>American Association of Gynecologic Laparoscopists</i>
AE	ablation de l'endomètre
ANET	acétate de noréthindrone
AUP	acétate d'ulipristal
EAU	embolisation de l'artère utérine
ER	récepteurs des œstrogènes
ER-α	récepteur alpha des œstrogènes
FDA	<i>United States Food and Drug Administration</i>
FIGO	Fédération Internationale de Gynécologie et d'Obstétrique
GnRH	gonadolibérine
HTS	hormonothérapie substitutive
IRM	imagerie par résonance magnétique
MSRO	modulateur sélectif des récepteurs œstrogéniques
MSRP	modulateur sélectif des récepteurs de la progestérone
OAU	occlusion de l'artère utérine
PR	récepteur de la progestérone
QdV	qualité de vie
RF	radiofréquence
RFVTA	ablation thermique volumétrique par radiofréquences
RTCM	résection transcervicale de myomes
SUA	saignements utérins anormaux
SIU-LNG	système intra-utérin à libération de lévonorgestrel
SOB	salpingo-ovariectomie bilatérale

Avantages, désavantages et coûts : La majorité des fibromes sont asymptomatiques et ne nécessitent aucune intervention ni aucune autre mesure exploratoire. Dans le cas des fibromes symptomatiques, tels que ceux qui sont à l'origine d'anomalies menstruelles (p. ex. saignements utérins abondants, irréguliers et prolongés), d'une anémie ferriprive ou de symptômes de masse (p. ex. pression / douleur pelvienne, symptômes obstructifs), l'hystérectomie constitue une solution définitive; toutefois, cette solution n'est pas à privilégier pour ce qui est des femmes qui souhaitent préserver leur fertilité et/ou leur utérus. Le traitement choisi devrait viser une amélioration de la symptomatologie et de la qualité de vie. Les coûts du traitement (pour le système de santé et les patientes présentant des fibromes) doivent être interprétés dans le contexte des coûts associés aux pathologies non traitées et à la mise en œuvre continue ou répétée de modalités d'exploration ou de traitement.

Valeurs : La qualité des résultats est évaluée au moyen des critères décrits par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau 1).

Déclarations sommaires

1. Les fibromes utérins sont courants (leur incidence étant de 70 % à l'âge de 50 ans). De 20 % à 50 % de ces fibromes sont symptomatiques et exercent des effets sociaux et économiques considérables au Canada. (II-3)
2. La présence de fibromes utérins peut mener à diverses difficultés cliniques. (III)
3. Les préoccupations au sujet de possibles complications associées à la présence de fibromes pendant la grossesse ne constituent pas une indication justifiant la tenue d'une myomectomie, sauf chez les

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5696053>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5696053>

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