

Prise en charge des fibromes utérins en présence d'une infertilité autrement inexplicquée

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 comité d'endocrinologie de la reproduction et infertilité, analysée par le comité consultatif de médecine familiale et le comité de pratique clinique-gynécologie, et approuvée par le comité exécutif et le conseil d'administration de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURS PRINCIPAUX

Belina Carranza-Mamane, MD, Sherbrooke (Québec)

Jon Havelock, MD, Vancouver (C.-B.)

Robert Hemmings, MD, Montréal (Québec)

COMITÉ D'ENDOCRINOLOGIE DE LA REPRODUCTION ET INFERTILITÉ

Anthony Cheung (coprésident), MD, Vancouver (C.-B.)

Sony Sierra (coprésident), MD, Toronto (Ont.)

Belina Carranza-Mamane, MD, Sherbrooke (Québec)

Allison Case, MD, Saskatoon (Sask.)

Cathie Dwyer, inf. aut., Toronto (Ont.)

James Graham, MD, Calgary (Alb.)

Jon Havelock, MD, Vancouver (C.-B.)

Robert Hemmings, MD, Montréal (Québec)

Kimberly Liu, MD, Toronto (Ont.)

Ward Murdock, MD, Fredericton (N.-B.)

Tannys Vause, MD, Ottawa (Ont.)

Benjamin Wong, MD, Calgary (Alb.)

COLLABORATRICE SPÉCIALE

Margaret Burnett, MD, Winnipeg (Man.)

Tous les collaborateurs nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation

Résumé

Objectif : Formuler des recommandations quant à la façon optimale d'assurer la prise en charge des fibromes dans le contexte de l'infertilité. Les options habituelles et novatrices de prise en charge des fibromes seront analysées en mettant l'accent sur leur applicabilité chez les femmes qui souhaitent obtenir une grossesse.

Options : La prise en charge des fibromes chez les femmes qui souhaitent obtenir une grossesse met d'abord en jeu la documentation de la présence des fibromes en question et la détermination de la probabilité que ces derniers affectent le potentiel génésique. Dans un tel contexte, la prise en charge des fibromes s'effectue principalement de façon chirurgicale; toutefois, il faut s'assurer au préalable de mettre en balance les avantages factuels de l'approche chirurgicale en matière d'amélioration des issues cliniques et les risques propres à une telle approche.

Issues : L'amélioration des taux et des issues de grossesse que permet la prise en charge des fibromes chez les femmes aux prises avec l'infertilité constitue l'issue principale sur laquelle nous nous sommes attardés.

Mots clés: Female infertility, unexplained infertility, fibroid, leiomyoma, myomectomy, uterine artery embolization, in vitro fertilization, ovarian reserve, ulipristal acetate, magnetic resonance-guided focused ultrasound surgery

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2016.09.066>

J Obstet Gynaecol Can 2016;38(12S):S597–S608

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.	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 préventifs⁵².

†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 préventifs⁵².

Résultats : La littérature publiée a été récupérée par l'intermédiaire de recherches menées dans PubMed, CINAHL et *Cochrane Systematic Reviews* en novembre 2013 au moyen d'un vocabulaire contrôlé (p. ex. « *leiomyoma* », « *infertility* », « *uterine artery embolization* », « *fertilization in vitro* ») et de mots clés (p. ex. « *fibroid* », « *myomectomy* ») appropriés. Les résultats ont été restreints aux analyses systématiques, aux études observationnelles et aux essais comparatifs randomisés / essais cliniques comparatifs publiés en anglais et français. Aucune restriction n'a été appliquée en matière de date. Les recherches ont été mises à jour de façon régulière et intégrées à la directive clinique jusqu'en novembre 2013. 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 est évaluée au moyen des critères décrits par le Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau).

Avantages, désavantages et coûts : Les présentes recommandations devraient permettre la prise en charge adéquate des femmes qui présentent des fibromes et qui sont aux prises avec l'infertilité, et ce, par la maximisation de leurs chances de grossesse grâce à la minimisation des risques mis en cause par la tenue de myomectomies inutiles. L'atténuation des complications et l'élimination des interventions inutiles devraient également mener à une baisse des coûts pour le système de santé.

Déclarations sommaires

1. Les fibromes sous-séreux ne semblent pas exercer un effet sur la fertilité; la question de savoir si les fibromes intramuraux exercent un effet quelconque à cet égard demeure sans réponse définitive. Quoi qu'il en soit, si les fibromes intramuraux exercent bel et bien un effet sur la fertilité, ce dernier semble être faible et être encore moins significatif lorsque l'endomètre n'est pas mis en cause. (II-3)
2. Puisque la prise en charge médicale des fibromes est actuellement associée à la suppression de l'ovulation, à la diminution de la production d'œstrogènes ou à la perturbation de l'action ciblée des œstrogènes ou de la progestérone au niveau des récepteurs et qu'une telle prise en charge dispose du potentiel de nuire au développement endométrial et à l'implantation, elle ne peut être utilisée à titre traitement autonome pour contrer les fibromes au sein de la population infertile. (III)
3. La tenue d'une évaluation préopératoire des fibromes sous-muqueux constitue un facteur essentiel pour la prise d'une décision quant à la meilleure approche thérapeutique à adopter. (III)
4. Nous ne disposons que de peu de données probantes quant à l'utilisation de sondes de Foley, d'œstrogènes ou de dispositifs intra-utérins pour la prévention des adhérences intra-utérines à la suite d'une myomectomie hystéroscopique. (II-3)
5. Au sein de la population infertile, les approches laparoscopique et par minilaparotomie donnent lieu à des taux de grossesse

ABRÉVIATIONS

CPR	taux de grossesse clinique
EAU	embolisation de l'artère utérine
ECR	essai comparatif randomisé
FIV	fécondation <i>in vitro</i>
FSH	hormone folliculostimulante
IR	taux d'implantation
IRM	imagerie par résonance magnétique
LBR	taux de naissance vivante
MR	taux de fausse couche
MRGfUS	chirurgie d'ablation transcutanée par ultrasons focalisés qui sont guidés par IRM
OPR	taux de grossesse en cours

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5696056>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5696056>

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