

Ablation de l'endomètre dans la prise en charge des saignements utérins anormaux

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 analysée par 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

Philippe Laberge, MD, Québec (Québec)
Nicholas Leyland, MD, Ancaster (Ont.)
Ally Murji, MD, Toronto (Ont.)
Claude Fortin, MD, Montréal (Québec)
Paul Martyn, MD, Sydney, Australie
George Vilos, MD, London (Ont.)

COMITÉ DE PRATIQUE CLINIQUE-GYNÉCOLOGIE

Nicholas Leyland, MD (coprésident), Hamilton (Ont.)
Wendy Wolfman, MD (coprésidente), Toronto (Ont.)
Catherine Allaire, MD, Vancouver (C.-B.)
Alaa Awadalla, MD, Winnipeg (Man.)
Sheila Dunn, MD, Toronto (Ont.)
Mark Heywood, MD, Vancouver (C.-B.)
Madeleine Lemyre, MD, Québec (Québec)
Violaine Marcoux, MD, Montréal (Québec)

Mots clés : Endometrial ablation, hysteroscopy, menorrhagia, heavy menstrual bleeding, abnormal uterine bleeding, hysterectomy

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2016.09.067>

Frank Potestio, MD, Thunder Bay (Ont.)
David Rittenberg, MD, Halifax (N.-É.)
Sukhbir Singh, MD, Ottawa (Ont.)
Grace Yeung, MD, London (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

Contexte : Les saignements utérins anormaux (SUA) sont directement à l'origine d'un fardeau de santé considérable que doivent porter les femmes, leur famille et la société en général. Jusqu'à 30 % des femmes chercheront à obtenir l'aide d'un médecin pour contrer ce problème au cours de leurs années de fertilité.

Objectif : Fournir des lignes directrices factuelles à jour quant aux techniques et aux technologies utilisées aux fins de l'ablation de l'endomètre (AE), soit une intervention à effraction minimale permettant la prise en charge des SUA d'origine bénigne.

Méthodes : Les membres du comité sur la directive clinique ont été sélectionnés en fonction de leurs spécialisations respectives en vue de représenter une gamme d'expériences pratiques et universitaires : le milieu de pratique au Canada, le type de pratique, la sous-spécialité et les antécédents généraux en gynécologie ont donc été pris en considération. Le comité a analysé les données pertinentes issues de la littérature médicale anglophone (y compris les lignes directrices publiées), en plus d'évaluer les issues chirurgicales et les issues qu'ont connues les patientes à la suite de l'utilisation de diverses techniques d'AE. Les recommandations ont été formulées par consensus.

J Obstet Gynaecol Can 2016;38(12S):S609–S628

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 préventifs⁵¹.

†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 préventifs⁵¹.

Données : La littérature publiée a été récupérée par l'intermédiaire de recherches menées dans MEDLINE et *The Cochrane Library* en 2013 et en 2014 au moyen d'un vocabulaire contrôlé et de mots clés appropriés (p. ex. « *endometrial ablation* », « *hysteroscopy* », « *menorrhagia* », « *heavy menstrual bleeding* », « *AUB* », « *hysterectomy* »). Les résultats ont été restreints aux analyses systématiques, aux études observationnelles et aux essais comparatifs randomisés / essais cliniques comparatifs publiés en anglais entre janvier 2000 et novembre 2014. Les recherches ont été mises à jour de façon régulière et intégrées à la directive clinique jusqu'en décembre 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.

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

Résultats : Le présent document passe en revue les données quant aux techniques et aux technologies disponibles en ce qui concerne

l'AE, les soins préopératoires et postopératoires, le milieu d'intervention, l'anesthésie et les facteurs pratiques à prendre en considération.

Avantages, désavantages et coûts : La mise en œuvre des recommandations de la présente directive clinique entraînera une amélioration de l'offre de l'AE à titre de traitement efficace contre les SUA. Le respect de ces recommandations permettrait l'exécution de l'intervention chirurgicale en cause de façon sûre et en maximiserait la réussite pour les patientes.

Conclusions : L'AE est une option à effraction minimale sûre et efficace pour la prise en charge des SUA d'étiologie bénigne.

Déclarations sommaires

1. L'ablation de l'endomètre est une intervention chirurgicale à effraction minimale sûre et efficace qui en est venue à constituer, dans certains cas, une solution de rechange bien établie au traitement médical ou à l'hystérectomie pour la prise en charge des saignements utérins anormaux. (I)
2. Une préparation de l'endomètre peut être mise en œuvre pour en faciliter l'ablation résectoscopique et peut également être envisagée dans le cas de certaines techniques non résectoscopiques. Lorsque l'on a recours à l'ablation résectoscopique de l'endomètre, l'amincissement préopératoire de ce dernier donne lieu à une hausse des taux d'aménorrhée à court terme, à une atténuation de l'absorption du liquide de distension et à une réduction de la durée opératoire, par comparaison avec l'absence de traitement. (I)
3. Les techniques non résectoscopiques sont techniquement plus faciles à utiliser que les techniques résectoscopiques, nécessitent des temps opératoires plus courts et permettent l'utilisation d'une anesthésie locale (plutôt que d'avoir recours à une anesthésie générale). Toutefois, ces deux techniques comptent des taux comparables de satisfaction des patientes et d'atténuation des saignements menstruels abondants. (I)
4. Les techniques résectoscopiques et non résectoscopiques d'ablation de l'endomètre comptent toutes de faibles taux de complication. La perforation utérine, la surcharge liquidienne, l'hématomètre et les

ABRÉVIATIONS

SUA	saignements utérins anormaux
DC	dilatation-curetage
AE	ablation de l'endomètre
FDA	<i>Food and Drug Administration</i> américaine
GnRH	gonadolibérine
HSG	hystérosalpingogramme
SIU-LNG	système intra-utérin à libération de lévonorgestrel
AINS	anti-inflammatoires non stéroïdiens
ECR	essai comparatif randomisé

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5696057>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5696057>

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