

Lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) : Prévention, identification et réparation

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'urogynécologie, analysée par le comité de pratique clinique-obstétrique et le comité consultatif de médecine familiale, et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada

AUTEURS PRINCIPALES

Marie-Andrée Harvey, MD, MSc, Kingston (Ont.)
Marianne Pierce, MD, Halifax (N.-É.)

COMITÉ D'UROGYNÉCOLOGIE

Jens-Erik Walter, MD (président), Montréal (Québec)
Queena Chou, MD, London (Ont.)
Phaedra Diamond, MD, Toronto (Ont.)
Annette Epp, MD, Saskatoon (Sask.)
Roxana Geoffrion, MD, Vancouver (C.-B.)
Marie-Andrée Harvey, MD, Kingston (Ont.)
Annick Larochelle, MD, Montréal (Québec)
Kenny Maslow, MD, Winnipeg (Man.)
Grace Neustaedter, inf. aut., Calgary (Alb.)
Dante Pascali, MD, Ottawa (Ont.)

Mots clés : Anal sphincter injury, anal incontinence, obstetrical complications, sphincteroplasty, perineal laceration, overlap repair, end-to-end repair, pregnancy

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jogc.2016.09.074>

Marianne Pierce, MD, Halifax (N.-É.)
Jane Schulz, MD, Edmonton (Alb.)
David Wilkie, MD, Vancouver (C.-B.)

COLLABORATEURS SPÉCIAUX

Abdul Sultan, MB ChB, MD, FRCOG
Ranee Thakar, MBBS, MD, MRCOG

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

Résumé

Objectif : Analyser les données probantes traitant des lésions obstétricales du sphincter anal (LOSA) en ce qui concerne leur diagnostic, les techniques visant leur réparation et les résultats de l'intervention. Formuler des recommandations permettant d'éclairer les conseils offerts aux patientes ayant connu des LOSA en ce qui a trait à la voie d'accouchement à privilégier dans le cadre des grossesses subséquentes.

Options : Les fournisseurs de soins obstétricaux qui comptent des patientes ayant connu des LOSA disposent de l'option de réparer le sphincter anal en faisant appel à la méthode de suture « bout à bout » (*end-to-end*) ou à la méthode « en paletot » (*overlapping*). Ils pourraient également être appelés à conseiller des femmes ayant déjà connu des LOSA en ce qui a trait à la voie d'accouchement à privilégier pour les grossesses subséquentes.

Issues : Le critère d'évaluation était la continence anale à la suite d'une réparation primaire de LOSA et à la suite d'un accouchement subséquent.

Résultats : La littérature publiée a été récupérée par l'intermédiaire de recherches menées dans Medline, EM BASE et *The Cochrane Library* en mai 2011 au moyen d'un vocabulaire contrôlé (p. ex. *anal canal, obstetrics, obstetric labour complication, pregnancy complication, treatment outcome, surgery, quality of life*) et de mots

J Obstet Gynaecol Can 2016;38(12S):S740–S761

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 préventifs.¹²⁵

†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 préventifs.¹²⁵

clés (p. ex. *obstetrical anal sphincter injur**, *anus sphincter*, *anus injury*, *delivery*, *obstetrical care*, *surgery*, *suturing method*, *overlap*, *end-to-end*, *feces incontinence*) appropriés. Les résultats ont été restreints aux analyses systématiques, aux études observationnelles et aux essais comparatifs randomisés / essais cliniques comparatifs. Aucune restriction n'a été imposée en matière de date ou de langue. Les recherches ont été mises à jour de façon régulière et intégrées à la directive clinique jusqu'en septembre 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).

Avantages, désavantages et coûts : Parmi les avantages de la mise en œuvre de la présente directive clinique, on trouve : l'amélioration du diagnostic des LOSA, l'obtention d'issues fonctionnelles optimales à la suite de la réparation et l'offre de conseils reposant sur des données probantes aux femmes en ce qui concerne leurs futures grossesses.

Déclarations sommaires

ABRÉVIATIONS

ECR	essai comparatif randomisé
IA	incontinence anale
LOSA	lésions obstétricales du sphincter anal
SAE	sphincter anal externe
SAI	sphincter anal interne

1. Les lésions obstétricales du sphincter anal mènent à des comorbidités considérables, dont l'incontinence anale, les fistules rectovaginales et la douleur. (II-2)
2. Les lésions obstétricales du sphincter anal sont plus souvent associées aux accouchements par forceps qu'aux accouchements par ventouse obstétricale. (II-2)
3. Réparation des lésions obstétricales du sphincter anal :
 - a. L'utilisation de polyglactin 2-0 ou de polydioxanone 3-0 donne lieu, après six semaines, à des taux semblables de morbidité liée aux sutures. (I)
 - b. La réparation du sphincter anal interne est recommandée puisque les femmes chez lesquelles la présence d'une anomalie affectant ce sphincter est révélée au cours de l'échographie postpartum sont plus susceptibles de connaître une incontinence anale. (III)
 - c. La réparation du sphincter anal externe devrait englober la gaine fasciale. Le recours à la technique de suture « en paletot » (chevauchement) nécessite souvent une mobilisation et une dissection de plus grande envergure des extrémités du sphincter; l'utilisation de cette technique n'est possible qu'en présence de déchirures sphinctériennes de degré 3b ou plus. (III)
 - d. La présence persistante d'une anomalie du sphincter anal externe longtemps après l'accouchement pourrait accroître le risque de voir apparaître une aggravation des symptômes à la suite des accouchements vaginaux subséquents. (II-2)
4. Les lésions obstétricales du sphincter anal sont associées à une hausse du risque de rétention urinaire postpartum. (II-2)
5. À la suite de la réparation réussie d'une lésion obstétricale du sphincter anal, la plupart des femmes peuvent connaître un accouchement vaginal en toute sûreté dans le cadre d'une grossesse subséquente. (III)
6. Services de counseling offerts aux femmes au sujet de leurs accouchements subséquents :

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5696064>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5696064>

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