

N° 351-Interventions de treillis transvaginales visant le prolapsus des organes pelviens

La présente directive clinique* a été rédigée par le comité d'urogynécologie, révisée par le Comité de surveillance et de gestion des directives cliniques et le Comité médico-juridique, et approuvée par le conseil d'administration de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Maryse Larouche, MD, MHP, Montréal, (Québec)
Roxana Geoffrion, MD, Vancouver, (C.-B.)
Jens-Erik Walter, MD, Montréal, (Québec)

*Membres du comité d'urogynécologie : Kelly-Anne Buck, IA, Ottawa (Ont.); Queena Chou, MD, London (Ont.); Phaedra Diamond, MD, Scarborough (Ont.); Sinéad Dufour, PhD, Hamilton, (Ont.); Annette Epp, MD, Saskatoon (Sask.); Roxana Geoffrion, MD, Vancouver (C.-B.); Marie-Andrée Harvey, MD, M. Sc., Kingston, (Ont.); Annick Larochelle, MD, Saint-Lambert (Québec); Maryse Larouche, MD, M.H.P., Montréal (Québec); Kenny Maslow, MD, Winnipeg (Man.); Dante Pascali (coprésident), MD, Ottawa (Ont.); Marianne Pierce, MD, Halifax (N.-É.); Jens-Erik Walter, MD, Montréal (Québec); David Wilkie (coprésident), MD, Vancouver (C.-B.). Tous les auteurs principaux et membres du comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Mots clés : Prolapsus des organes pelviens, prolapsus des organes pelviens/chirurgie, treillis chirurgical, treillis chirurgical/événements indésirables, treillis transvaginal

Auteur-ressource: Maryse Larouche, Département d'obstétrique et de gynécologie, Université McGill, Montréal, (Québec), Canada.
ml.larouche@gmail.co

Résumé

Objectif : Analyser les données probantes associées aux risques et aux bienfaits de l'utilisation de treillis transvaginaux pour la réparation du prolapsus des organes pelviens, afin de mettre à jour les recommandations faites en 2011.

Utilisateurs cibles : Gynécologues, résidents, urologues, urogynécologues et autres fournisseurs de soins de santé qui évaluent, conseillent et soignent les femmes présentant un prolapsus des organes pelviens.

Population cible : Femmes adultes présentant un prolapsus des organes pelviens symptomatique qui envisagent la chirurgie et celles qui ont déjà subi des interventions de treillis transvaginales pour le traitement d'un prolapsus des organes pelviens.

Options : La discussion compare les interventions de treillis transvaginales aux autres options chirurgicales pour le prolapsus des organes pelviens (principalement la réparation vaginale avec les tissus natifs et un peu les autres options comme les treillis vaginaux biologiques et résorbables et les treillis chirurgicaux placés par voie abdominale).

Issues : Les issues d'intérêt sont les taux de réussite objective et subjective et les complications peropératoires et postopératoires, comme les lésions aux organes adjacents (urinaires, gastro-intestinaux), l'infection, les hématomes et les hémorragies, l'exposition vaginale du treillis, la douleur persistante, la dyspareunie, l'incontinence urinaire à l'effort de novo et la réopération.

Données : Nous avons interrogé les bases de données PubMed, Medline, Cochrane et Embase au moyen des mots-clés « pelvic

J Obstet Gynaecol Can 2017;39(11):1098–1112

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2017.08.023>

Copyright © 2017 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 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'une procédure ou d'un mode de traitement exclusifs 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 ces modifications. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite, sous quelque forme que ce soit, sans une permission écrite de l'éditeur.

Les femmes ont le droit et le devoir de prendre des décisions éclairées en matière de soins, en collaboration avec leurs fournisseurs de soins. Pour faciliter ces décisions, il faut offrir aux femmes des renseignements et des conseils fondés sur des données probantes qui soient adaptés à leur culture et à leurs besoins. Il faut chercher à connaître les valeurs, les croyances et les besoins des femmes et de leur famille, et respecter leur choix final en ce qui concerne les soins et les traitements.

organ prolapse/surgery* », « prolapse/surgery* », « surgical mesh », « surgical mesh*/adverse effects », « transvaginal mesh » et « pelvic organ prolapse ».

Résultats : Nous n'avons tenu compte que des résultats de recherche sur les humains en anglais ou en français. Nous avons inclus les articles trouvés à l'aide de cette stratégie jusqu'à la fin de juin 2016. Les nouvelles études pertinentes ont été ajoutées jusqu'en septembre 2016. La littérature grise n'a pas été examinée. Les directives cliniques et les autres directives des sociétés de spécialités ont été incluses, de même que les revues systématiques auxquelles nous avons accès. Les essais cliniques randomisés et les études observationnelles ont été inclus lorsque des données probantes pour l'issue d'intérêt ou la population cible n'ont pu être trouvées dans des revues systématiques. Les nouvelles études qui ne faisaient pas encore partie de revues systématiques ont aussi été incluses. Seules les publications dont le groupe à l'étude dépassait 20 personnes ont été sélectionnées, puisque ce critère a été utilisé dans la méta-analyse la plus importante citée dans la présente directive clinique. Au total, 1 470 études ont été obtenues; après avoir sélectionné les études applicables et exclu les études en double, 68 manuscrits ont été examinés et inclus.

Valeurs : Le contenu et les recommandations ont été rédigés et acceptés par les auteurs principaux et les membres du comité d'urogynécologie. Le Conseil d'administration de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a approuvé la version finale avant publication. La qualité des données probantes a été évaluée à partir des critères de l'approche GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation). Le résumé des conclusions peut être fourni sur demande.

Avantages, désavantages et coûts : La directive clinique devrait aider les femmes présentant un prolapsus des organes pelviens en faisant en sorte que les fournisseurs de soins de santé connaissent les issues relatives aux interventions de treillis transvaginales et les étapes de prise en charge des complications associées. Elle devrait permettre un consentement éclairé des patientes avant que ces interventions soient effectuées. Les avantages surpassent clairement les désavantages potentiels ou les coûts de la mise en œuvre de la directive clinique, bien qu'aucun désavantage ou coût direct n'ait été relevé.

Mise à jour de directives cliniques : Une revue des données probantes sera menée cinq ans après la publication de la présente directive clinique afin de déterminer si une mise à jour complète ou partielle s'impose. Cependant, si de nouvelles données probantes importantes sont publiées avant la fin du cycle de cinq ans, le processus pourrait être accéléré afin que certaines recommandations soient mises à jour rapidement.

Déclarations sommaires :

1. Comparativement aux autres types de greffons synthétiques non résorbables utilisés pour la réparation vaginale d'un prolapsus, le treillis de polypropylène monofilament macroporeux de type I est associé à des taux de complications plus faibles (faible).
2. Les interventions de treillis transvaginales effectuées à l'aide de systèmes à trocart ou de treillis à découper ont entraîné des récurrences du prolapsus anatomique moins fréquentes et des symptômes de renflement légèrement plus faibles que les réparations avec les tissus natifs. Cependant, la qualité de vie ne semble pas différente. Les bienfaits anatomiques sont surtout observés quand le treillis est utilisé dans le compartiment antérieur. Les issues de l'installation de treillis transvaginaux multicompartiments sont inégales. Les interventions de treillis transvaginales pour le prolapsus de la paroi vaginale postérieure ne sont pas supérieures aux réparations avec les tissus natifs (faible).
3. Les interventions de treillis transvaginales à l'aide de systèmes à trocart ou de treillis à découper comportent un risque d'exposition

vaginale du treillis de 12 % en moyenne, le risque le plus faible étant associé à l'implantation dans le compartiment antérieur (comparativement à l'implantation multicompartiments) (modéré).

4. Les facteurs de risque les plus importants pour l'exposition du treillis sont l'hystérectomie concomitante et le tabagisme actuel (faible).
5. Chez les femmes ménopausées, l'administration d'une faible dose préopératoire d'œstrogènes par voie vaginale ne semble pas réduire le risque d'exposition du treillis (modérée).
6. Le taux de dyspareunie de novo après les interventions de treillis transvaginales à l'aide de systèmes à trocart ou de treillis à découper est comparable à celui des réparations avec les tissus natifs. Le risque de douleur non sexuelle pelvienne, vaginale, aux fesses ou à l'aîne est accru (faible).
7. L'amélioration du taux de réussite anatomique des interventions de treillis transvaginales à l'aide de systèmes à trocart ou de treillis à découper est associée à un taux de réopération généralement plus élevé que celui des réparations avec les tissus natifs. Les principales indications pour la réopération après des interventions de treillis transvaginales sont la récurrence du prolapsus, l'exposition du treillis, l'incontinence urinaire à l'effort de novo et la douleur (modérée).
8. Les données probantes associées aux systèmes de treillis transvaginaux sans trocart actuellement sur le marché sont pour le moment limitées à des études observationnelles, mais les issues paraissent semblables à celles des systèmes à trocart ou meilleures (très faible).
9. Si les expositions du treillis sont petites ou asymptomatiques, une tentative de prise en charge conservatrice est possible. Seul un tiers des femmes seront guéries par cette approche. La plupart auront besoin d'une prise en charge chirurgicale (faible).
10. Chez celles qui subissent une chirurgie pour des complications dues à une intervention de treillis transvaginale, le taux de guérison dépendra de la nature de la complication. De nombreuses femmes présentant une exposition du treillis seront guéries. Certaines femmes auront besoin de plus d'une chirurgie pour que les symptômes s'atténuent. Les complications comme la douleur chronique peuvent être impossibles à guérir (très faible).

Recommandations :

1. Les médecins devraient suivre une formation propre aux interventions de treillis transvaginales, intégrée par exemple à la formation de surspécialisation en urogynécologie ou à des programmes de mentorat individuel, avant d'effectuer ces interventions (forte, très faible).
2. L'installation de treillis transvaginale dans l'espace rectovaginal après une blessure rectale n'est pas recommandée (faible, faible).
3. La douleur pelvienne chronique préopératoire cliniquement significative est une contre-indication relative à l'installation d'un treillis transvaginal permanent. La douleur peut s'aggraver après l'opération, et le risque d'échec de la révision chirurgicale pour soulager la douleur est accru chez ces patientes (forte, très faible).
4. La sélection des patientes pour l'installation par voie transvaginale de treillis transvaginaux permanents de polypropylène devrait être étudiée davantage. Le recours à ces interventions hors des essais cliniques devrait être limité aux cas qui comportent des facteurs de risque de récurrence importants (avulsion d'un muscle releveur, faiblesse des muscles du plancher pelvien, prolapsus de stade 3 ou 4 avant la chirurgie initiale et pression chronique sur le plancher pelvien [p. ex., constipation chronique]) ou aux cas de récurrence du prolapsus des organes pelviens (forte, très faible).
5. Pour aider les femmes à prendre des décisions éclairées au sujet des interventions de treillis transvaginales, les cliniciens devraient fournir un counseling préopératoire exhaustif. Celui-ci devrait comprendre une discussion sur : 1) l'amélioration des issues anatomiques; 2) les limites prévues de l'atténuation des symptômes de renflement; 3) le manque de données sur l'amélioration de la

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8781952>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8781952>

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