

1-1-2015

Endometrial ablation in the management of abnormal uterine bleeding

Philippe Laberge

Nicholas Leyland

Ally Murji

Claude Fortin

Paul Martyn

See next page for additional authors

Follow this and additional works at: <https://ir.lib.uwo.ca/paedpub>

Citation of this paper:

Laberge, Philippe; Leyland, Nicholas; Murji, Ally; Fortin, Claude; Martyn, Paul; Vilos, George; Wolfman, Wendy; Allaire, Catherine; Awadalla, Alaa; Dunn, Sheila; Heywood, Mark; Lemyre, Madeleine; Marcoux, Violaine; Potestio, Frank; Rittenberg, David; Singh, Sukhbir; and Yeung, Grace, "Endometrial ablation in the management of abnormal uterine bleeding" (2015). *Paediatrics Publications*. 1864.

<https://ir.lib.uwo.ca/paedpub/1864>

Authors

Philippe Laberge, Nicholas Leyland, Ally Murji, Claude Fortin, Paul Martyn, George Vilos, Wendy Wolfman, Catherine Allaire, Alaa Awadalla, Sheila Dunn, Mark Heywood, Madeleine Lemyre, Violaine Marcoux, Frank Potestio, David Rittenberg, Sukhbir Singh, and Grace Yeung

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

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)
 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.

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.

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

J Obstet Gynaecol Can 2015;37(4):377-379

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 la SOGC.

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. E. On dispose de données suffisantes 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.	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.

†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.

Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care. CMAJ 2003;169:207-8.

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).

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 lacérations cervicales sont plus courantes dans le cas de l'AE résectoscopique; les crampes utérines, la douleur et les nausées / vomissements périopératoires sont plus courants dans le cas de l'AE non résectoscopique. (I)
5. L'efficacité de tous les dispositifs d'ablation non résectoscopique de l'endomètre disponibles au Canada a été démontrée en ce qui concerne l'atténuation du flux menstruel; de plus, ils mènent tous à des taux élevés de satisfaction des patientes. Le choix du dispositif à utiliser dépend principalement de l'opinion du chirurgien et de la disponibilité des ressources. (I)
6. L'utilisation d'anesthésiques et de blocs locaux, d'une analgésie orale et d'une sédation consciente permet la tenue d'une ablation non résectoscopique de l'endomètre au sein de milieux nécessitant des ressources moindres, y compris dans des milieux non hospitaliers réglementés. (II-2)

7. Les patientes n'étant exposées qu'à de faibles risques et présentant une tolérance satisfaisante à la douleur sont de bonnes candidates pour ce qui est de la tenue d'une ablation endométriale dans un milieu autre qu'en salle d'opération ou dans un centre chirurgical autonome. (II-2)
8. Les techniques d'ablation de l'endomètre tant résectoscopiques que non résectoscopiques sont relativement sûres et ne comptent que de faibles taux de complication. Parmi les complications les plus graves, on trouve la perforation (s'accompagnant de lésions potentielles aux structures adjacentes), l'hémorragie et l'infection. (II-2)
9. La tenue concomitante d'une stérilisation hystéroscopique et d'une ablation endométriale peut être sûre et efficace tout en favorisant une approche à effraction minimale. (II-2)
6. Lorsque l'on soupçonne qu'une perforation utérine s'est manifestée au cours de la dilatation cervicale ou dans le cadre de l'utilisation du résectoscope (sans électrochirurgie), l'intervention devrait être abandonnée et la patiente devrait faire l'objet d'une surveillance étroite de façon à ce que l'on puisse demeurer à l'affût des signes d'hémorragie intrapéritonéale ou de lésion viscérale. Lorsque la perforation se manifeste dans le cadre d'une électrochirurgie ou lorsque le mécanisme de la perforation demeure incertain, la tenue d'une exploration abdominale est justifiée pour assurer l'hémostase et écarter la présence de lésions viscérales. (III-B)
7. Dans le cas de l'AE résectoscopique, lorsque la présence d'une perforation utérine a été écartée, l'hémorragie aiguë pourrait être prise en charge au moyen d'un tamponnement intra-utérin par sonde de Foley, d'une injection intracervicale de vasopresseurs ou de l'administration de misoprostol par voie rectale. (III-B)

Recommandations

1. L'évaluation préopératoire devrait être exhaustive, de façon à pouvoir écarter toute contre-indication à l'ablation de l'endomètre. (II-2A)
2. Les patientes devraient être avisées de la nécessité d'une contraception permanente à la suite de l'ablation de l'endomètre. (II-2B)
3. Les évaluations recommandées en présence de saignements utérins anormaux (dont, entre autres, le prélèvement endométrial et l'évaluation de la cavité utérine) sont des composantes nécessaires de l'évaluation préopératoire. (II-2B)
4. Les cliniciens devraient demeurer à l'affût des complications propres à l'ablation résectoscopique de l'endomètre, comme celles qui sont associées au produit de distension et aux lésions électrochirurgicales. (III-A)
5. Dans le cas de l'ablation résectoscopique de l'endomètre, un protocole strict devrait être respecté pour ce qui est de la surveillance liquidienne et de la prise en charge, et ce, afin de minimiser le risque de voir se manifester des complications associées à la surcharge de produit de distension. (III-A)
8. Lorsqu'une nouvelle ablation de l'endomètre est envisagée à la suite d'une intervention non résectoscopique ou résectoscopique, elle devrait être menée par un chirurgien hystéroscopique sous visualisation directe de la cavité. Les patientes devraient bénéficier de services de counseling au sujet des risques de complications qui sont associés à la tenue d'une nouvelle ablation de l'endomètre. (II-2A)
9. En présence d'une pathologie intracavitaire considérable, la tenue concomitante d'une ablation résectoscopique de l'endomètre et d'une myomectomie / polypectomie hystéroscopique devrait être envisagée. (II-3A)

Le texte intégral du présent document est
disponible en ligne à
<http://www.sogc.org> et à <http://www.jogc.com>.