

Hystérectomie supracervicale

La présente directive clinique a été analysée par le comité de pratique clinique-gynécologie et approuvée par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURS PRINCIPAUX

Sari Kives MD, Toronto (Ont.)

Guylaine Lefebvre MD, Toronto (Ont.)

COMITÉ DE PRATIQUE CLINIQUE-GYNÉCOLOGIE

Wendy Wolfman (coprésidente), MD, Toronto (Ont.)

Nicholas Leyland (coprésident), MD, Toronto (Ont.)

Catherine Allaire, MD, Vancouver (C.-B.)

Alaa Awadalla, MD, Winnipeg (Man.)

Carolyn Best, MD, Hamilton (Ont.)

Nathalie Leroux, MD, Montréal (Québec)

Frank Potestio, MD, Thunder Bay (Ont.)

David Rittenberg, MD, Halifax (N.-É.)

Renée Soucy, MD, Chandler (Québec)

Sukhbir Singh, MD, Ottawa (Ont.)

Tous les membres du comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation.

Résultats : Des recherches ont été menées dans la *Cochrane Library*, Medline et Embase en vue d'en tirer les articles publiés en anglais, entre janvier 1950 et mars 2008, comparant tout particulièrement l'HV et l'HSC à l'HAT pour ce qui est de la prévention de la dysfonction sexuelle, de la dysfonction urinaire et des complications périopératoires et postopératoires. Les résultats ont été restreints aux analyses systématiques, aux essais comparatifs randomisés / essais cliniques comparatifs et aux études observationnelles. Des publications additionnelles ont été identifiées à partir des bibliographies de ces articles. Les résultats issus d'essais comparatifs randomisés ont été considérés comme étant ceux qui étaient de la plus haute qualité, suivis des résultats issus d'études de cohorte.

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).

Recommandations

1. L'hystérectomie vaginale est généralement considérée comme étant l'approche chirurgicale à privilégier pour la plupart des indications bénignes nécessitant la tenue d'une hystérectomie, puisqu'elle est associée à des taux inférieurs de morbidité, à un nombre moindre de complications postopératoires et à une récupération plus rapide, par comparaison avec l'hystérectomie abdominale. (I-A)
2. Les femmes qui envisagent une hystérectomie vaginale, laparoscopique ou abdominale pour la prise en charge d'une pathologie utérine bénigne devraient être avisées du fait que l'hystérectomie est habituellement associée à une amélioration de la qualité de vie, y compris une amélioration de la fonction sexuelle, que le col utérin soit retiré ou non. (I-B)
3. L'hystérectomie supracervicale ne devrait pas être recommandée à titre de technique supérieure à l'hystérectomie abdominale totale pour ce qui est de la prévention des symptômes postopératoires affectant le bas appareil urinaire. (I-B)
4. Bien que l'hystérectomie supracervicale puisse être associée à une perte sanguine et à un temps de chirurgie moindres, ces paramètres ne se sont pas avérés être significatifs sur le plan clinique; de plus, l'hystérectomie supracervicale ne devrait pas être recommandée à titre de technique supérieure à l'hystérectomie abdominale totale pour ce qui est de la prévention des complications périopératoires et postopératoires. (I-B)

Résumé

Objectif : La présente directive clinique analyse les données portant sur les avantages potentiels de l'hystérectomie vaginale (HV) et de l'hystérectomie supracervicale (HSC), par comparaison avec l'hystérectomie abdominale totale (HAT), en ce qui concerne les fonctions sexuelles et urinaires postopératoires, ainsi que les complications périopératoires et postopératoires. Les options laparoscopiques ne sont pas incluses dans la présente directive clinique.

Options : Les femmes envisageant le recours à l'hystérectomie en raison d'une maladie bénigne peuvent se voir offrir l'option de conserver le col utérin ou de subir une hystérectomie totale.

Issues : Les issues mesurées sont les fonctions sexuelles et urinaires postopératoires, ainsi que les complications périopératoires et postopératoires.

Mots clés : Hysterectomy, vaginal, supracervical, perioperative complications, postoperative complications

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 préventifs²⁶.

†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 préventif²⁶.

- Les femmes envisageant une hystérectomie supracervicale devraient être avisées du fait qu'elles pourraient continuer à connaître des saignements vaginaux cycliques à la suite de la chirurgie. (I-B)
- Les femmes doivent être avisées du fait qu'elles doivent continuer de subir régulièrement un dépistage cytologique à la suite d'une hystérectomie supracervicale. (II-B)
- Les femmes qui nécessitent une hystérectomie et qui présentent actuellement des résultats cytologiques cervicaux anormaux (ou des antécédents considérables à ce chapitre) devraient être conseillées au sujet des avantages de l'hystérectomie vaginale ou de l'hystérectomie abdominale totale, par comparaison avec l'hystérectomie supracervicale. (I-B)

J Obstet Gynaecol Can, vol. 32, n° 1, 2010, p. 69–76

ABBREVIATIONS

ECR	Essai comparatif randomisé
HAT	Hystérectomie abdominale totale
HSC	Hystérectomie supracervicale
HSCL	Hystérectomie supracervicale assistée par laparoscopie
HVAL	Hystérectomie vaginale assistée par laparoscopie
HV	Hystérectomie vaginale
IUM	Incontinence urinaire mixte
IUE	Incontinence urinaire à l'effort
IUI	Incontinence urinaire par impériosité

APPROCHES EN MATIÈRE D'HYSTÉRECTOMIE

L'hystérectomie met en jeu le retrait du corps utérin et du col de l'utérus (ce qui est connu sous le nom d'hystérectomie abdominale totale) ou le seul retrait du corps utérin au niveau de l'isthme ou sous ce dernier (ce qui est connu sous le nom d'hystérectomie supracervicale). L'hystérectomie peut également être associée au retrait des ovaires et des trompes de Fallope (salpingo-ovariectomie bilatérale). À l'heure actuelle, l'hystérectomie est l'une des interventions chirurgicales les plus fréquemment menées au Canada¹. Depuis 1981, les taux d'hystérectomie sont passés de 937 à 462 hystérectomies par année par 100 000 femmes \geq 20 ans². La satisfaction des patientes à la suite de l'hystérectomie a été évaluée et est régulièrement élevée. L'hystérectomie est habituellement associée à l'atténuation des symptômes affectant le bas appareil urinaire, que le col utérin soit retiré ou non. Puisque l'hystérectomie vaginale est associée à des taux inférieurs de morbidité, à un nombre moindre de complications postopératoires et à une récupération plus rapide, par comparaison avec l'hystérectomie abdominale, elle constitue habituellement l'approche chirurgicale à privilégier lorsque les indications nécessitant la tenue d'une hystérectomie sont de nature bénigne^{3,4}.

Au Canada, 72 % des hystérectomies sont encore menées par voie abdominale chez les femmes de moins de 40 ans⁵.

Nous ne savons pas au juste combien de ces interventions sont des hystérectomies supracervicales, puisque cette méthode ne fait pas l'objet d'une identification particulière au sein de la Classification canadienne des interventions en santé; cependant, il est probable que l'HSC représente 10 % de toutes les hystérectomies menées au Canada⁶. L'arrivée des chirurgies à effraction minimale a mené à l'augmentation du nombre d'hystérectomies menées par voie laparoscopique. À l'heure actuelle, nous ne disposons pas d'un nombre suffisant de données pour comparer l'hystérectomie subtotale laparoscopique et l'hystérectomie totale laparoscopique; ainsi, la présente directive clinique se penche sur les opérations menées par laparotomie.

Recommandation

1. L'hystérectomie vaginale est généralement considérée comme étant l'approche chirurgicale à privilégier pour la plupart des indications bénignes nécessitant la tenue d'une hystérectomie, puisqu'elle est associée à des taux inférieurs de morbidité, à un nombre moindre de complications postopératoires et à une récupération plus rapide, par comparaison avec l'hystérectomie abdominale. (I-A)

Au cours des années 1940, l'HSC a été remplacée de façon pratiquement universelle par l'HAT en raison du risque de voir apparaître un cancer dans le moignon cervical, ainsi qu'en raison des écoulements sanguinolents persistants qui sont associés à la rétention du col utérin. Les compétences chirurgicales et la disponibilité de l'anesthésie et des antibiotiques ont également permis la tenue de chirurgies plus longues et plus complexes. Plus récemment, nous avons assisté à une réémergence de l'HSC, puisque certains auteurs ont laissé entendre que la rétention du col utérin permettait des fonctions sexuelles et urinaires postopératoires améliorées et pouvait protéger l'intégrité du plancher pelvien^{7,8}. Aux États-Unis, la hausse du nombre d'HSC semble s'accompagner d'une baisse simultanée du nombre d'HAT⁹. Avec l'arrivée des options chirurgicales à effraction minimale, l'HSC laparoscopique est peut-être privilégiée à l'hystérectomie laparoscopique totale en raison du fait que la rétention du col utérin est perçue comme étant techniquement plus facile à réaliser par voie laparoscopique. La supériorité de l'HSC par comparaison avec l'HAT demeure toujours largement théorique et n'est pas soutenue par une analyse des données.

RAISON D'ÊTRE DE L'ÉLABORATION DE LA PRÉSENTE DIRECTIVE CLINIQUE

La présente directive clinique offre la consolidation d'une analyse systématique des données soutenant ou réfutant le recours à l'HSC plutôt qu'à l'HAT, et cherche à établir un consensus quant à la question de savoir si l'HSC offre ou

non à nos patientes un avantage pour ce qui est de la prévention de la dysfonction sexuelle, de la dysfonction urinaire et des complications périopératoires et postopératoires.

FONCTION SEXUELLE ET QUALITÉ DE VIE

Quatre ECR traitant particulièrement de la fonction sexuelle et/ou de la qualité de vie dans le cadre d'une comparaison entre l'hystérectomie totale et l'hystérectomie supracervicale ont été identifiés¹⁰⁻¹³. Chacun de ces quatre essais ont fait appel à des questionnaires objectifs ayant auparavant fait l'objet d'une validation pour évaluer la fonction sexuelle et/ou la qualité de vie^{10,11}, le bien-être psychologique^{11,12} et la douleur¹². Ces quatre essais n'ont inclus que des femmes subissant une hystérectomie en raison d'indications bénignes. Bien que les critères d'exclusion aient varié, les femmes postménopausées ont été exclues de trois de ces quatre essais¹⁰⁻¹². L'ovariectomie était la seule intervention concomitante à être permise dans chacun de ces quatre essais. Thakar et coll.¹¹ ont également exclu les femmes présentant des comorbidités, y compris un poids corporel > 100 kg, une chirurgie pelvienne précédente et une endométriose connue. Le suivi variait, allant d'un minimum de sept mois à un maximum de 24 mois à la suite de la chirurgie. Une étude a également testé les sujets de deux à trois semaines avant la chirurgie¹². Tous les essais ont mentionné la méthode de randomisation utilisée et ont inclus une analyse du projet thérapeutique. Un suivi adéquat de > 80 % a été obtenu dans chacun des quatre essais. Les quatre essais ont tous été cotés comme étant de bonne qualité, parce que leurs résultats ont été obtenus selon un processus « à l'insu »¹¹ ou parce que leurs résultats ont été considérés comme étant aussi objectifs que possible pour une mesure qualitative¹⁰⁻¹³.

Kupperman et coll.¹⁰ ont mené un essai randomisé portant sur 135 femmes (67 HAT et 68 HSC). Chacune des participantes a fait l'objet d'un suivi de deux ans. Les variables de base de la fonction sexuelle et de la qualité de vie ont été mesurées au moment de la randomisation et, une fois de plus, dans le cadre d'une entrevue téléphonique à 1, à 3, à 9 et à 15 mois, ainsi qu'au moyen d'entrevues en clinique tous les six mois. À deux ans, les deux groupes n'ont signalé que peu de problèmes en matière de fonction sexuelle (score moyen 82, σ 26 pour ce qui est de l'HSC et 80, σ 26 pour ce qui est de l'HAT). De plus, les deux groupes « randomisation » ont démontré une amélioration substantielle dans la plupart des mesures de la fonction sexuelle et de la qualité de vie liée à la santé à deux ans. Cette étude était considérablement plus longue que les trois autres essais; ses constatations semblent indiquer que ces résultats persistent au-delà d'un an.

Thakar et al.¹¹ ont mené le seul ECR à double insu, lequel portait sur 279 femmes (146 HAT et 133 HSC). Chacune des participantes a fait l'objet d'un suivi d'un an. Un sondage sur la santé abrégé de 36 questions ayant auparavant fait l'objet d'une validation (SF-36) et un critère d'évaluation psychologique (QSG : questionnaire sur la santé générale) ont été utilisés avant l'intervention, ainsi qu'à six et à 12 mois par la suite (échelle de 0–100). Le SF-36 et le QSG n'ont révélé aucune différence statistique entre l'HAT et l'HSC avant et après la chirurgie. La fréquence des relations sexuelles, le désir d'avoir des relations sexuelles, l'orgasme et le fait de prendre l'initiative en ce qui concerne les relations sexuelles n'ont pas différé de façon significative d'un groupe à l'autre. De surcroît, la plupart des aspects de la qualité de vie ont connu une amélioration dans les groupes « randomisation ». Tous les aspects de la santé mentale ont connu une amélioration à la suite de l'hystérectomie. Une hausse significative de la fréquence des relations sexuelles a également été constatée dans les deux groupes à la suite de la chirurgie ($P = 0,01$). Bien que la dyspareunie profonde ait connu une baisse significative dans les deux groupes (de 46,2 % à 6,6 %, pour ce qui est de l'HSC, et de 39,3 % à 14,3 %, pour ce qui est de l'HAT) à 12 mois ($P < 0,001$), aucune différence statistique n'a été constatée entre les groupes.

Zobbe et coll.¹³ ont mené un essai randomisé portant sur 319 femmes (158 HAT et 161 HSC). Chacune de ces femmes a fait l'objet d'un suivi d'un an. À 12 mois de suivi, aucune différence statistique n'a été constatée entre les deux groupes d'intervention en matière de fréquence du désir sexuel, des relations sexuelles, de la masturbation et de l'orgasme, ni en matière de qualité de l'orgasme, de la lubrification vaginale ou de la satisfaction envers la vie sexuelle ($P > 0,05$). La dyspareunie a connu une baisse significative dans les deux groupes (89 femmes, avant la chirurgie, et 22, après la chirurgie; $P = 0,009$). Une analyse de régression logistique multivariée a identifié la satisfaction préopératoire envers la vie sexuelle, l'existence d'une bonne relation avec le partenaire, la maladie chronique et l'utilisation d'une hormonothérapie comme étant des facteurs significatifs de prévision de la satisfaction postopératoire envers la vie sexuelle.

Flory et coll.¹² ont mené un essai randomisé portant sur 63 femmes (32 HVAL et 31 HSCL). Chacune de ces femmes a fait l'objet d'un suivi de sept mois. Deux groupes témoins de femmes n'ayant pas subi une hystérectomie ont été inclus. Aucune différence n'a été constatée entre les quatre groupes en matière de fonction sexuelle globale ($P > 0,05$). Une amélioration significative de la libido, de l'excitation et du comportement sexuel a été constatée dans le groupe HVAL, et une amélioration significative du

comportement sexuel et de la fonction sexuelle a été constatée dans le groupe HSCL ($P < 0,01$). Aucune différence significative n'a été constatée entre les quatre groupes pour ce qui est des variables de la douleur ($P > 0,05$). La douleur chronique affectant l'abdomen et l'intensité de la douleur pendant l'examen gynécologique ont été atténuées dans les deux groupes « hystérectomie » ($P < 0,01$). Une atténuation postopératoire globale des symptômes dépressifs et psychologiques a également été démontrée dans les deux groupes « hystérectomie » ($P < 0,001$). De façon semblable, aucune différence statistique en matière d'effets psychologiques indésirables n'a été démontrée entre les quatre groupes ($P > 0,05$). Bien que l'approche laparoscopique envers la chirurgie soit plus moderne, les constatations concernant particulièrement la fonction sexuelle sont homogènes, peu importe l'approche chirurgicale.

Recommandation

2. Les femmes qui envisagent une hystérectomie vaginale, laparoscopique ou abdominale pour la prise en charge d'une pathologie utérine bénigne devraient être avisées du fait que l'hystérectomie est habituellement associée à une amélioration de la qualité de vie, y compris une amélioration de la fonction sexuelle, que le col utérin soit retiré ou non. (I-B)

Dysfonction urinaire

Deux ECR se sont particulièrement penchés sur la dysfonction urinaire à la suite de l'HAT, par comparaison avec l'HSC^{14,15}. Trois ECR se sont penchés sur la dysfonction urinaire dans le cadre d'une étude de plus grande envergure qui s'est également penchée sur la morbidité périopératoire et postopératoire^{16–18}. Tous ces essais n'ont sollicité la participation que de femmes subissant une hystérectomie en raison d'indications bénignes. Un seul de ces essais a été signalé comme étant un essai comparatif à double insu¹⁶. Deux de ces essais étaient de nature multicentrique; cependant, l'affectation des participantes à un groupe de traitement ne s'est pas déroulée à l'insu des chercheurs^{14,17}. Ces trois essais ont tous eu recours à des questionnaires standardisés, en plus d'avoir recours à la cystométrie, afin d'évaluer la fonction urinaire^{14,16,17}.

L'étude menée par Thakar et coll.¹¹ auprès de 279 femmes (146 HAT et 133 HSC) a été le seul essai comparatif randomisé à double insu. Chacune de ces femmes a fait l'objet d'un suivi d'un an. La fonction urinaire a été évaluée au moyen de la débitmétrie urinaire et de la cystométrie de soustraction à canaux jumelés, ainsi qu'au moyen des réponses des participantes à un questionnaire subjectif standardisé. La pollakiurie, l'incontinence

urinaire à l'effort, l'impériosité, l'incontinence par impériosité, la faiblesse du jet mictionnel, l'interruption du jet mictionnel et la miction incomplète n'ont pas différé de façon significative d'un groupe à l'autre ($P > 0,05$). Dans les deux groupes, un nombre considérablement moindre de femmes ont connu une incontinence à l'effort (subjective et par évaluation urodynamique), une impériosité, une pollakiurie, une nycturie, une interruption du jet mictionnel et une miction incomplète à 1 an à la suite de la chirurgie ($P < 0,05$).

Gimbel et coll.¹⁸ ont mené un essai randomisé portant sur 319 femmes (158 HAT et 161 HSC). Chacune de ces femmes a fait l'objet d'un suivi d'un an. Un questionnaire non validé a été administré au moment de la randomisation et à 2, à 6 et à 12 mois à la suite de la chirurgie. La comparaison des deux techniques d'hystérectomie a indiqué, à 12 mois, un taux moindre pour tous les types d'incontinence urinaire au sein du groupe HAT (RC, 0,46; IC à 95 %, 0,23 – 0,95; $P = 0,03$), par comparaison avec le groupe HSC. Bien qu'aucune différence significative n'ait été constatée entre ces deux méthodes d'intervention et que les trois catégories d'incontinence urinaire aient été examinées individuellement, l'HAT a néanmoins permis une baisse plus importante de l'IUE et de l'IUM que l'HSC, ce qui a entraîné la baisse globale démontrée. Aucune autre différence en matière de symptômes affectant le bas appareil urinaire n'a été constatée, à 12 mois de suivi, entre les groupes HAT et HSC ($P > 0,05$). La pollakiurie globale a connu une baisse et la miction double/triple (miction répétitive) a connu une hausse dans les deux groupes à un an à la suite de l'hystérectomie (RC non fourni). Une analyse de régression logistique multivariée a identifié l'incontinence préopératoire, la durée de la chirurgie et la taille de l'utérus comme étant les plus importantes variables permettant de prédire l'incontinence urinaire à un an à la suite de la chirurgie.

Learman et coll.¹⁷ ont mené un essai randomisé portant sur 135 femmes (67 HAT et 68 HSC). Chacune de ces femmes a fait l'objet d'un suivi de deux ans. De façon globale, aucune atténuation différentielle des symptômes urinaires en fonction du groupe de randomisation n'a été constatée ($P > 0,05$). Une baisse significative sur le plan statistique de l'incontinence par impériosité, de l'impériosité urinaire, de la sensation de miction incomplète, de la pollakiurie et de l'incontinence à l'effort a été constatée au sein du groupe HAT. Une baisse significative sur le plan statistique de l'impériosité urinaire, de la sensation de miction incomplète et de la pollakiurie a été constatée au sein du groupe HSC ($P < 0,05$).

Recommandation

3. L'hystérectomie supracervicale ne devrait pas être recommandée à titre de technique supérieure à l'hystérectomie abdominale totale pour ce qui est de la prévention des symptômes postopératoires affectant le bas appareil urinaire. (I-B)

MORBIDITÉ PÉRIOPÉRATOIRE ET POSTOPÉRATOIRE

Trois ECR ont traité particulièrement des complications périopératoires ou postopératoires de l'HAT, par comparaison avec l'HSC¹⁶⁻¹⁸. Ces trois essais ont tous fait appel à des mesures objectives issues de protocoles opératoires, de rapports de pathologie et de résumés de départ afin d'estimer les taux de complications peropératoires et postopératoires. Tous ces essais n'ont sollicité la participation que de femmes subissant une hystérectomie en raison d'indications bénignes. Un seul de ces essais a été signalé comme étant un essai comparatif à double insu¹⁶. Deux de ces essais étaient de nature multicentrique; cependant, l'affectation des participantes à un groupe de traitement ne s'est pas déroulée à l'insu des chercheurs^{15,17}. Les hospitalisations à répétition ont été établies en recoupant les données soutirées et les codes de groupe liés au diagnostic au moment de la réadmission aux hôpitaux affiliés à chacun des centres cliniques, ainsi qu'en évaluant les rapports d'hospitalisation des patientes tous les trois mois¹⁷.

Learman et coll.¹⁷ ont mené un essai randomisé portant sur 135 femmes (67 HAT et 68 HSC). Chacune de ces femmes a fait l'objet d'un suivi de deux ans. Aucune différence significative sur le plan statistique en matière de temps d'intervention, de perte sanguine estimée, d'événements fébriles, de durée de séjour et de complications chirurgicales n'a été constatée entre les deux groupes randomisés ($P > 0,05$). Le taux de réhospitalisation était quelque peu supérieur au sein du groupe HSC; toutefois, la différence n'était pas significative sur le plan statistique (risque relatif, 1,99; IC à 95 %, 0,58 – 6,8; $P > 0,5$). Cinq pour cent des membres du groupe HSC ont connu des saignements vaginaux cycliques postopératoires.

Gimbel et coll.¹⁸ ont mené un essai randomisé portant sur 318 femmes (158 HAT et 161 HSC). Chacune de ces femmes a fait l'objet d'un suivi d'un an à la suite de l'hystérectomie. L'HSC comptait un temps d'opération médian moindre (70 minutes, plage 34–165, par comp. avec 85 minutes, plage 35–255; $P < 0,001$) et les femmes qui ont subi cette intervention connaissaient une perte sanguine périopératoire médiane moins importante que celle des femmes qui ont subi une HAT (250 ml, plage 10–2 500, par comp. avec 400 ml, plage 25–4 500; $P < 0,001$). Les complications postopératoires ont été groupées en quatre

catégories selon la gravité; aucune différence n'a été constatée entre les deux modes d'hystérectomie (RC, 1,02; IC à 95 %, 0,55 – 1,88; $P = 0,95$). Le taux global de complication était de 41 %. Vingt pour cent des membres du groupe HSC ont connu des saignements vaginaux cycliques postopératoires.

Dans le cadre de l'ECR à double insu portant sur 279 femmes (146 HAT et 133 HSC) mené par Thakar et coll.¹¹, chacune des femmes a fait l'objet d'un suivi d'un an. L'HSC comptait une durée de chirurgie moindre (59 minutes, plage 39,6–80,2, par comp. avec 71,1 minutes, plage 47,7–84,5; $P < 0,001$); de plus, les femmes qui ont subi cette intervention ont connu une perte sanguine estimée moindre (320,1 ml, plage 49,1–591,1, par comp. avec 422,6 ml, plage 120,8–724,4; $P = 0,004$) et une hospitalisation plus courte que les femmes qui ont subi une HAT (5,2 jours, plage 4,3–6,3, par comp. avec 6,0 jours, plage 1,3–10,7; $P = 0,04$). Les complications postopératoires immédiates étaient plus nombreuses au sein du groupe HAT : 9,8 % (13), par comparaison avec 27,4 % (40) ($P < 0,001$); toutefois, les complications ne se manifestant qu'à la suite du retour à la maison étaient plus nombreuses au sein du groupe HSC : 10,5 % (10), par comparaison avec 6,2 % (9) ($P < 0,001$). Aucune lésion viscérale n'a été constatée dans l'un ou l'autre des groupes. La majorité des complications postopératoires immédiates étaient la pyrexie, la rétention d'urine et l'hématome du dôme. Sept pour cent des membres du groupe HSC ont connu des saignements vaginaux cycliques.

Recommandation

4. Bien que l'hystérectomie supracervicale puisse être associée à une perte sanguine et à un temps de chirurgie moindres, ces paramètres ne se sont pas avérés être significatifs sur le plan clinique; de plus, l'hystérectomie supracervicale ne devrait pas être recommandée à titre de technique supérieure à l'hystérectomie abdominale totale pour ce qui est de la prévention des complications périopératoires et postopératoires. (I-B)
5. Les femmes envisageant une hystérectomie supracervicale devraient être avisées du fait qu'elles pourraient continuer à connaître des saignements vaginaux cycliques à la suite de la chirurgie. (I-B)

EFFETS INDÉSIRABLES

Tort potentiel occasionné par la rétention du col utérin au moment de l'hystérectomie

Cancer du col utérin

Nous avons identifié deux articles faisant expressément mention de l'incidence du cancer du col utérin à la suite d'une HSC. Une étude cas-témoins portant sur

1 104 femmes qui ont subi une HSC au Danemark entre 1978 et 1988 a révélé deux cas de cancer du col utérin, ce qui donne une incidence globale de cancer du col utérin de 0,3 % à 10 ans. Ces deux cas de cancer du col utérin se sont manifestés chez des femmes de plus de 50 ans¹⁹. Oats et coll. se sont penchés sur 1 515 femmes ayant reçu un traitement contre le cancer du col utérin entre 1946 et 1972, et ont constaté une incidence de cancer du col utérin dans le moignon de 3,6 %²⁰. L'incidence du cancer du col utérin est très faible dans ces deux études; quoi qu'il en soit, compte tenu de la persistance du risque, toutes les femmes doivent continuer de subir régulièrement un dépistage cytologique à la suite d'une HSC.

Recommandation

6. Les femmes doivent être avisées du fait qu'elles doivent continuer de subir régulièrement un dépistage cytologique à la suite d'une hystérectomie supracervicale. (II-B)

Rien ne semble indiquer que le dépistage est moins adéquat ou moins fréquent à la suite du retrait du corps utérin. Une étude de cohorte rétrospective portant sur le dépistage cervical aux É.-U. n'a indiqué aucune différence en matière de dépistage entre les femmes ayant subi une HSC et les femmes qui n'avaient pas subi une hystérectomie²¹. Les femmes ayant subi une hystérectomie supracervicale présentaient le même taux de dépistage (environ un test tous les 2,5 ans) que leurs homologues non exposées (différence moyenne : $-0,03$ test/an, $P = 0,62$). De surcroît, une étude de cohorte rétrospective menée par Hannoun-Levi et coll. a identifié 77 patientes présentant un carcinome infiltrant du moignon cervical et indiqué des résultats de traitement semblables tant chez les patientes présentant un carcinome du moignon cervical que chez les patientes présentant un carcinome de l'utérus intact²². Les avantages du retrait du col utérin (lorsqu'il est potentiellement atteint) devraient être présentés aux patientes qui subissent une hystérectomie et qui présentent des résultats cytologiques cervicaux anormaux courants ou des antécédents considérables à ce chapitre. Dans le cadre de l'étude menée par Learman et coll.¹⁷, les prélèvements cervicaux de trois patientes HAT présentaient une dysplasie de grade élevé, et ce, malgré la demande de frottis de Papanicolaou à jour et l'exclusion des femmes présentant des antécédents de dysplasie cervicale de l'étude. Il est possible que cela reflète les limites de la sensibilité des tests de dépistage du cancer du col utérin. Il est également important de discuter de la nécessité d'assurer une surveillance continue du dôme vaginal chez les femmes qui subissent une hystérectomie totale en présence d'une dysplasie cervicale.

Recommandation

7. Les femmes qui nécessitent une hystérectomie et qui présentent actuellement des résultats cytologiques cervicaux anormaux (ou des antécédents considérables à ce chapitre) devraient être conseillées au sujet des avantages de l'hystérectomie vaginale ou de l'hystérectomie abdominale totale, par comparaison avec l'hystérectomie supracervicale. (I-B)

Saignement vaginal

La plupart des chirurgiens tentent systématiquement de procéder à l'ablation du canal endocervical à la suite du retrait du corps utérin, au moment de l'HSC. Des saignements vaginaux cycliques persistants se manifestent toujours chez jusqu'à 25 % des femmes ayant conservé leur col utérin à la suite d'une HSC. Dans le cadre d'une cohorte rétrospective menée par Van Der Stege et coll., 25 % des femmes ont connu des saignements vaginaux réguliers à la suite d'une HSC²³. Trois ECR¹⁶⁻¹⁸ ont décrit des saignements vaginaux cycliques chez de 5 % à 20 % des femmes à la suite d'une HSC. Le problème que constituent les saignements vaginaux cycliques a dépassé le seuil d'acceptabilité chez deux femmes de l'étude menée par Gimbel et coll.¹⁸, et chacune d'entre elles a subi le retrait du moignon cervical à trois mois à la suite de l'HSC. Dans le cadre de l'étude menée par Learman et coll.¹⁷, les saignements vaginaux persistants ont mené à une trachélectomie chez une patiente HSC, 15 mois à la suite de l'hystérectomie.

COÛT

Il a été démontré que les coûts directs à la suite d'une HSC étaient semblables à ceux qui sont liés à l'HAT. Dans le cadre d'une étude de cohorte rétrospective portant sur 11 hôpitaux ontariens, les coûts directs de l'HAT et de l'HSC étaient comparables au sein des hôpitaux communautaires et universitaires. Cependant, des variations considérables ont été constatées en ce qui concerne les coûts directs moyens de l'hystérectomie en fonction de l'approche chirurgicale utilisée (p. ex. 955 \$–1 831 \$, au sein des hôpitaux communautaires, et 1 665 \$–3 190 \$, au sein des hôpitaux universitaires, en ce qui concerne l'HSC). De plus, les coûts directs globaux liés tant à l'HSC qu'à l'HAT étaient beaucoup plus élevés au sein des hôpitaux universitaires⁶. Un essai mené par Showstack et coll. ayant affecté au hasard 120 femmes à un groupe « HAT » ou à un groupe « HSC » a constaté que l'utilisation globale des ressources était semblable à 12 mois et à 24 mois²⁴.

Les femmes qui subissent une HSC doivent toujours se soumettre régulièrement à un dépistage du cancer du col utérin, ce qui peut occasionner des frais supplémentaires en

présence de frottis de Papanicolaou anormaux (y compris ceux qui sont liés à la tenue d'études cytologiques répétées, à la colposcopie et au traitement); de tels frais ne sont pas engagés chez les femmes qui ont subi le retrait du col utérin. Les femmes qui consultent leur médecin aux fins de la prise en charge définitive de leurs symptômes continus liés au moignon cervical peuvent choisir de subir une trachélectomie, ce qui est associé à des frais supplémentaires considérables.

RÉSUMÉ

Se fondant les résultats disponibles, une opinion de comité de l'ACOG de novembre 2007 affirme que

les résultats de niveau 1 récemment publiés indiquent que l'hystérectomie supracervicale ne recèle aucun avantage, en ce qui concerne les complications chirurgicales, les symptômes urinaires ou la fonction sexuelle, pour les femmes qui subissent une hystérectomie en raison d'un léiomyome utérin symptomatique ou de saignements utérins anormaux. L'hystérectomie supracervicale ne devrait pas être recommandée à titre de technique supérieure pour ce qui est de l'hystérectomie effectuée en raison d'une pathologie bénigne²⁵.

Les quatre ECR qui se sont particulièrement penchés sur la dysfonction sexuelle ne soutiennent pas la suggestion selon laquelle le retrait du col utérin au moment de l'hystérectomie nuit à la satisfaction sexuelle¹⁰⁻¹³. En fait, peu importe la technique opératoire utilisée, la fonction sexuelle et la fréquence des relations sexuelles ont souvent connu une amélioration, tout comme la qualité de vie, la santé mentale, l'intensité et la fréquence de la douleur, et la fréquence de la dyspareunie.

Les trois ECR¹⁵⁻¹⁷ qui se sont particulièrement penchés sur la dysfonction urinaire ne soutiennent pas la suggestion selon laquelle le retrait du col utérin au moment de l'hystérectomie est plus nuisible à la fonction urinaire. D'ordre général, l'HSC n'est pas associée à quelque amélioration significative que ce soit de la fonction urinaire, par comparaison avec l'HAT; les femmes des deux groupes d'intervention ont plutôt connu une atténuation des symptômes urinaires, particulièrement de ceux qui sont associés à l'UIE et à l'impériosité.

Les trois ECR¹⁶⁻¹⁸ qui se sont particulièrement penchés sur les complications périopératoires et postopératoires ne laissent pas entendre que le retrait du col utérin au moment de l'hystérectomie s'avère nuisible. Deux études ont indiqué un temps opératoire prolongé^{16,18}, une perte sanguine estimée accrue^{16,18} et une durée de séjour prolongée¹⁶ dans le cas de l'HSC, par comparaison avec l'HAT. Il est peu probable que les différences en matière de temps opératoire

et de perte sanguine soient significatives sur le plan clinique. La variation en matière de durée de séjour était inférieure à un jour, ce qui n'a également pas été considéré comme étant pertinent sur le plan clinique. Les complications périopératoires étaient plus nombreuses au sein du groupe HAT dans le cadre d'une étude¹⁶; cependant, la pyrexie constituait la complication la plus couramment documentée, ce qui pourrait ne pas s'avérer significatif sur le plan clinique. Les deux autres études ne sont pas parvenues à démontrer une différence en matière de complications postopératoires^{17,18} ou de taux de réhospitalisation¹⁷.

Bien que, par le passé, des données issues de séries non comparatives puissent avoir laissé entendre que la résection du col utérin recelait des avantages, une analyse des résultats de niveau 1 récemment publiés a indiqué que l'hystérectomie supracervicale ne recelait aucun avantage, en ce qui concerne la fonction sexuelle, les symptômes urinaires et les complications chirurgicales, pour les femmes qui subissent une hystérectomie en raison d'indications bénignes.

RÉFÉRENCES

- Gentleman JF, Parsons GF, Walsh MN, Vayda E. « Taux élevés et faibles des interventions chirurgicales dans différentes divisions de recensement au Canada [erratum publié paru dans *Rapports sur la santé*, vol. 7, n° 1, 1995, p. 64] », *Rapports sur la santé*, vol. 6, n° 4, 1994, p. 403-40. (Statistique Canada Cat. 82-003).
- Statistiques Canada. *Fichier de données sur la morbidité hospitalière, 1981/82*, Institut canadien d'information sur la santé, 1996/97.
- Ottosen C, Lingman G, Ottosen L. « Three methods for hysterectomy: a randomized, prospective study of short term outcome », *BJOG*, vol. 107, 2000, p. 1380-5.
- Lefebvre G, Allaire C, Jeffrey J, Vilos G; comité de pratique clinique-gynécologie de la SOGC. « Hystérectomie, directive clinique de la SOGC n° 109, janvier 2002 », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 24, n° 1, 2002, p. 49-61.
- Brown AD, Magistretti AI, Ferris L, Steward DE. « Hospital Report 2001: Preliminary study volume 2 », *Exploring women's health*, 2001.
- Cohen MM, Young W. « Costs of hysterectomy: does surgical approach make a difference? », *J Womens Health*, vol. 7, n° 7, sept. 1998, p. 885-92.
- Kilkku P, Grönroos M, Hirvonen T, Rauramo L. « Supravaginal uterine amputation vs. hysterectomy. Effects on libido and orgasm », *Acta Obstet Gynecol Scand*, vol. 62, n° 2, 1983, p. 147-52.
- Vervest HA, Kiewiet de Jonge M, Vervest TM, Barents JW, Haspels AA. « Micturition symptoms and urinary incontinence after non-radical hysterectomy », *Acta Obstet Gynecol Scand*, vol. 67, n° 2, 1988, p. 141-6.
- Sills ES, Saini J, Steiner CA, McGee M 3rd, Gretz HF 3rd. « Abdominal hysterectomy practice patterns in the United States », *Int J Gynaecol Obstet*, vol. 63, n° 3, déc. 1998, p. 277-83.
- Kuppermann M, Summitt RL Jr, Varner RE, McNeely SG, Goodman-Gruen D, Learman LA et coll. et Total or Supracervical Hysterectomy Research Group. « Sexual functioning after total compared with supracervical hysterectomy: a randomized trial », *Obstet Gynecol*, vol. 105, n° 6, juin 2005, p. 1309-18.
- Thakar R, Ayers S, Georgakapolou A, Clarkson P, Stanton S, Manyonda I. « Hysterectomy improves quality of life and decreases psychiatric symptoms: a prospective and randomised comparison of total versus subtotal hysterectomy », *BJOG*, vol. 111, n° 10, oct. 2004, p. 1115-20.
- Flory N, Bissonnette F, Amsel RT, Binik YM. « The psychosocial outcomes of total and subtotal hysterectomy: a randomized controlled trial », *J Sex Med*, vol. 3, n° 3, mai 2006, p. 483-91.
- Zobbe V, Gimbel H, Andersen BM, Filtenborg T, Jakobsen K, Sørensen HC et coll. « Sexuality after total vs. subtotal hysterectomy », *Acta Obstet Gynecol Scand*, vol. 83, n° 2, févr. 2004, p. 191-6.
- Lalos O, Bjerle P. « Bladder wall mechanics and micturition before and after subtotal and total hysterectomy », *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, vol. 21, n° 3, mars 1986, p. 143-50.
- Gimbel H, Zobbe V, Andersen BJ, Sørensen HC, Toftager-Larsen K, Sidenius K et coll. « Lower urinary tract symptoms after total and subtotal hysterectomy: results of a randomized controlled trial », *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, vol. 16, n° 4, juillet-août 2005, p. 257-6.
- Thakar R, Ayers S, Clarkson P, Stanton S, Manyonda I. « Outcomes after total versus subtotal abdominal hysterectomy », *N Engl J Med*, vol. 347, n° 17, 24 oct. 2002, p. 1318-25.
- Learman LA, Summitt RL Jr, Varner RE, McNeely SG, Goodman-Gruen D, Richter HE et coll. et Total or Supracervical Hysterectomy (TOSH) Research Group. « A randomized comparison of total or supracervical hysterectomy: surgical complications and clinical outcomes », *Obstet Gynecol*, vol. 102, n° 3, sept. 2003, p. 453-62.
- Gimbel H, Zobbe V, Andersen BM, Filtenborg T, Gluud C, Tabor A. « Randomised controlled trial of total compared with subtotal hysterectomy with one-year follow up results », *BJOG*, vol. 110, n° 12, déc. 2003, p. 1088-98.
- Storm HH, Clemmensen IH, Manders T, Brinton LA. « Supravaginal uterine amputation in Denmark 1978-1988 and risk of cancer », *Gynecol Oncol*, vol. 45, n° 2, mai 1992, p. 198-201.
- Oats JJ. « Carcinoma of the cervical stump », *Br J Obstet Gynaecol*, vol. 83, n° 11, nov. 1976, p. 896-9.
- Eaker ED, Vierkant RA, Konitzer KA, Remington PL. « Cervical cancer screening among women with and without hysterectomies », *Obstet Gynecol*, vol. 91, n° 4, avril 1998, p. 551-5.
- Hannoun-Lévi JM, Peiffert D, Hoffstetter S, Luporsi E, Bey P, Pernot M. « Carcinoma of the cervical stump: retrospective analysis of 77 cases », *Radiother Oncol*, vol. 43, n° 2, mai 1997, p. 147-53.
- van der Stege JG, van Beek JJ. « Problems related to the cervical stump at follow-up in laparoscopic supracervical hysterectomy », *JSLs*, vol. 3, n° 1, janv.-mars 1999, p. 5-7.
- Showstack J, Kuppermann M, Lin F, Vittinghoff E, Varner RE, Summitt RL Jr et coll. « Resource use for total and supracervical hysterectomies: results of a randomized trial », *Obstet Gynecol*, vol. 103, n° 5 (1^{re} partie), mai 2004, p. 834-41.
- « ACOG Committee Opinion No. 388 November 2007: supracervical hysterectomy », *Obstet Gynecol*, vol. 110, n° 5, nov. 2007, p. 1215-7.
- 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*, vol. 169, n° 3, 2003, p. 207-8.