

HYSTÉRECTOMIE

Cette directive clinique a été revue 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

Guylaine Lefebvre, MD, FRCSC, Toronto (Ont.)
 Catherine Allaire, MD, FRCSC, Vancouver (C.-B.)
 John Jeffrey, MD, FRCSC, Kingston (Ont.)
 George Vilos, MD, FRCSC, London (Ont.)

COMITÉ DE PRATIQUE CLINIQUE - GYNÉCOLOGIE

Guylaine Lefebvre, MD, FRCSC, (présidente) Toronto (Ont.)
 Catherine Allaire, MD, FRCSC, Vancouver (C.-B.)
 Jagmit Arneja, MD, FRCSC, Winnipeg (Man.)
 Colin Birch, MD, FRCSC, Calgary (Alb.)
 Michel Fortier, MD, FRCSC, Québec (Qc)
 John Jeffrey, MD, FRCSC, Kingston (Ont.)
 George Vilos, MD, FRCSC, London (Ont.)

Résumé

Objectif : Identifier les indications et l'évaluation préopératoire de l'hystérectomie et les différentes possibilités de traitement à envisager avant de pratiquer une hystérectomie.

Les résultats rapportés par les patientes elles-mêmes, à propos de leur hystérectomie, révèlent un degré élevé de satisfaction. Une évaluation préopératoire attentive et une discussion des autres choix thérapeutiques peuvent grandement contribuer à cette satisfaction. Dans la plupart des cas, on pratique une hystérectomie pour soulager des symptômes et améliorer la qualité de vie. Les préférences de la patiente quant aux autres possibilités thérapeutiques doivent être élucidées avec soin.

Options : Les domaines de la pratique clinique, pris en compte pour la formulation de cette directive clinique, sont l'évaluation préopératoire, qui comprend les choix thérapeutiques possibles, le choix de la méthode utilisée pour l'hystérectomie et l'évaluation des risques et avantages. Le rapport risques-avantages doit être évalué sur une base individuelle par la femme et ses praticiens.

Résultats attendus : Optimisation du processus de décision, par les femmes et le personnel soignant, menant à la pratique d'une hystérectomie, après avoir tenu compte de l'évolution de la maladie et des options et solutions de rechange thérapeutiques possibles et avoir passé en revue les risques qu'elle comporte et les avantages attendus.

Preuves : Après une recherche sur MEDLINE, Pubmed et la base de données Cochrane, on a passé en revue les publications sur le sujet, de 1996 à 2001, en langue anglaise, de même que la directive clinique de la SOGC en 1996. Le niveau d'évidence a

été déterminé à partir des critères établis par le Groupe de travail canadien sur l'examen de santé périodique.

Avantages, préjudices et coûts : L'hystérectomie est le traitement tout désigné contre certaines affections gynécologiques. Les avantages prévus et les risques que comportent une intervention chirurgicale et les autres solutions de rechange thérapeutiques doivent être soigneusement mis en balance. Chez une patiente choisie de façon adéquate, le résultat de la chirurgie se doit d'apporter une amélioration de sa qualité de vie. Le coût de la chirurgie, pour le système de santé et la patiente, doit être interprété par rapport à ce qu'auraient coûté les affections non traitées. L'approche choisie pour pratiquer l'hystérectomie a un effet sur le coût de la chirurgie.

Recommandations :

Maladie bénigne

- 1. Léiomyomes :** En cas de fibromes symptomatiques, l'hystérectomie apporte une solution permanente à la ménorragie et aux symptômes de pression liés à un utérus agrandi. (I-A)
- 2. Saignement utérin anormal :** Les lésions à l'endomètre doivent être écartées et des traitements médicaux doivent être envisagés comme traitement de première ligne. (III-B)
- 3. Endométriose :** Une hystérectomie est souvent indiquée en présence de symptômes graves lorsque les autres traitements échouent et que la fécondité n'est plus un facteur de décision. (I-B)
- 4. Relâchement pelvien :** Une solution chirurgicale comprend normalement une hystérectomie vaginale, mais doit comporter des interventions pour assurer le support du pelvis. (II-B)
- 5. Douleur pelvienne :** Une approche pluridisciplinaire est

Les directives cliniques font état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de publication de celles-ci et peuvent 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 cet établissement. Aucune partie ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

recommandée puisqu'il y a peu de preuves scientifiques indiquant qu'une hystérectomie guérisse une douleur pelvienne chronique. Lorsque la douleur se limite à une dysménorrhée ou est liée à une maladie pelvienne importante, une hystérectomie peut apporter un soulagement. (II-C)

Maladie préinvasive

1. L'hystérectomie est normalement indiquée pour une hyperplasie de l'endomètre atypique. (I-A)
2. Une néoplasie intra-épithéliale du col n'est pas, en soi, une indication pour l'hystérectomie. (I-B)
3. L'hystérectomie simple est une option thérapeutique pour un adénocarcinome *in situ* du col lorsque la possibilité de maladie invasive a été écartée. (I-B)

Maladie invasive

1. L'hystérectomie offre un traitement acceptable ou une intervention de stadification pour un carcinome de l'endomètre. Elle peut jouer un rôle dans la stadification ou le traitement des cancers du col, de l'épithélium ovarien et des trompes de Fallope. (I-A)

Conditions aiguës

1. L'hystérectomie est indiquée pour une hémorragie postpartum réfractaire lorsqu'un traitement conservateur n'est pas parvenu à enrayer le saignement. (II-B)
2. Les abcès tubo-ovariens rompus ou qui ne répondent pas aux antibiotiques peuvent être traités par une hystérectomie et une salpingo-ovariectomie bilatérale dans des cas choisis. (I-C)
3. Une hystérectomie peut être nécessaire pour des cas de ménorragie grave, réfractaire à un traitement médical ou chirurgical conservateur. (II-C)

Autres indications

1. On recommande de consulter un oncologue ou un généticien lorsqu'une hystérectomie et une ovariectomie prophylactique sont envisagées en cas d'antécédents familiaux de cancer ovarien. (III-C)

Approche chirurgicale

1. La voie vaginale doit être envisagée comme premier choix pour toutes les indications bénignes. L'approche laparoscopique devrait être envisagée lorsqu'elle fait diminuer le besoin d'une laparotomie. (III-B)

Validation : Des recherches sur MEDLINE ont servi à préparer cette directive clinique, de même que l'opinion d'experts dans différents domaines, de partout au Canada. Cette directive clinique a été revue et approuvée par le Comité exécutif et le Conseil de la SOGC.

Parrainé par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

INTRODUCTION

L'hystérectomie est l'intervention chirurgicale importante la plus fréquemment pratiquée en gynécologie.¹ Selon les statistiques de Santé Canada, de 1981 à 1997, le taux d'hystérectomie a diminué de 937 à 628 cas par 100 000 femmes de plus de 35 ans.² En 1998–99, 462 hystérectomies par 100 000 femmes de plus de 20 ans ont été pratiquées. Le taux varie selon les régions, le plus bas niveau s'établissant à 434, en Colombie-britannique, et le plus haut, à 750, à Terre-Neuve. Au sein de chaque province, le taux fluctue de façon importante selon les régions. Aucun lien n'a pu être établi entre ces différences et l'issue pour

la patiente ou sa satisfaction.²

L'hystérectomie compte un large éventail d'indications qui peuvent échapper à la confirmation d'un examen pathologique du spécimen.^{3,4} Il est donc difficile de définir des marqueurs objectifs pour confirmer une indication particulière. De nouvelles techniques sont en voie de création pour permettre un traitement chirurgical conservateur en présence d'un saignement utérin anormal ou de fibromes, mais il y a une rareté de preuves scientifiques de niveau I comparant ces nouvelles techniques à la méthode de référence qu'est l'hystérectomie, surtout au niveau des issues à long terme et des améliorations de la qualité de vie.

En 1981–82, 22 pour cent des hystérectomies ont été faites par voie basse. En 1998–2000, la proportion d'hystérectomies vaginales était passée à 32 pour cent de toutes les hystérectomies pratiquées au Canada.² Le temps moyen de séjour à l'hôpital pour une hystérectomie abdominale a diminué, passant de 9,7 jours en 1981–82 à 4,4 jours en 1999–2000.² Certes, le présent document examine le choix de l'approche chirurgicale indiquée. Il n'en reste pas moins qu'en définitive, c'est le chirurgien qui, en accord avec sa patiente, doit prendre la décision.

Cette directive clinique présente les éléments à considérer dans la prise de décision au sujet d'une hystérectomie pour chacune des indications les plus fréquentes de même que les autres choix thérapeutiques possibles. La décision de pratiquer une hystérectomie doit être prise par la femme après qu'elle a été renseignée à fond sur les risques d'une telle intervention et sur les avantages attendus. La qualité de l'évidence rapportée dans cette directive clinique a été déterminée à partir des critères établis par le Groupe de travail canadien sur l'examen de santé périodique (Tableau 1).⁵

INDICATIONS

MALADIE BÉNIGNE

a) Saignement utérin anormal

L'évaluation d'une femme présentant un saignement utérin anormal (SUA)⁶ doit écarter des étiologies non gynécologiques, des problèmes de l'appareil génital comme les polypes endométriaux, une néoplasie endométriale et des causes liées à la grossesse. L'hystéroscopie est particulièrement utile pour diagnostiquer des polypes endométriaux et des fibromes sous-muqueux, qui peuvent facilement passer inaperçus au moment d'une biopsie ou d'une DC en cabinet.⁶

On doit offrir aux femmes présentant des SUA au moins une option « médicale » avant d'envisager une intervention chirurgicale : ces options sont passées en revue dans la directive clinique de la SOGC sur le traitement du saignement utérin anormal.⁶ Selon la gravité de la maladie, l'âge de la patiente, ses croyances culturelles et son désir de rester féconde, une ablation de l'endomètre ou une hystérectomie peuvent aussi être envisagées. Les annexes A et B mettent en valeur le processus de prise de décision.

Le chirurgien ou le gynécologue, disposé à pratiquer une hystérectomie pour traiter un SUA, se doit d'être parfaitement au courant de toutes les options de traitement, autant médicales que chirurgicales, et d'informer la patiente sur ses choix thérapeutiques. Dans le cas de patientes chez qui un traitement médical ou une chirurgie conservatrice n'a pas permis de faire diminuer ou améliorer les saignements, l'hystérectomie s'accompagne d'un haut niveau de satisfaction.⁷⁻¹¹

b) Fibromyomes utérins

Les fibromyomes utérins sont les tumeurs gynécologiques les plus répandues et sont présents chez 30 pour cent des femmes en âge de procréer.¹² Le traitement doit être établi sur une base individuelle, en fonction des symptômes, de la taille et du taux de croissance de l'utérus et du désir de la patiente d'être féconde.

Les indications de l'hystérectomie, chez une patiente entièrement asymptomatique, sont peu nombreuses et comprennent des fibromes qui s'accroissent rapidement ou des fibromes qui s'accroissent après la ménopause lorsque surviennent des inquiétudes au sujet d'un léiomyosarcome.¹²

Une étude récente n'indique aucune augmentation des complications périopératoires, chez les femmes ayant un utérus plus gros que la taille à 12 semaines, comparativement aux femmes ayant un petit utérus.¹² L'hystérectomie n'a pas à être recommandée comme prophylaxie contre la morbidité opératoire associée à une croissance ultérieure.¹² Chez les patientes qui ne veulent plus porter d'enfants, l'hystérectomie est tout indiquée, comme solution permanente aux fibromyomes causant des saignements

importants, de l'anémie ou une pression pelvienne.¹³

Dans le cas d'une hystérectomie, envisagée pour une ménorragie que l'on croit liée à des fibromes, d'autres causes de ménorragie doivent être écartées. Un prélèvement d'échantillons d'endomètre, lorsque indiqué, doit être fait, pour écarter toute lésion à l'endomètre. La possibilité d'une coagulopathie ou d'une dysfonction de la thyroïde doit être envisagée. Puisque les fibromyomes causent rarement de la douleur, d'autres causes de douleur pelvienne doivent être écartées. Il ne faut pas s'attendre à ce que l'extraction d'un fibrome utérin soulage les symptômes de l'incontinence.¹³

On a démontré que les agonistes de la GnRH pouvaient réduire les fibromes jusqu'à 50 pour cent de leur volume initial, l'effet le plus grand étant visible 12 semaines après le traitement. Cependant, l'utilisation d'agonistes de la GnRH est limitée par leur coût et leurs effets secondaires hypœstrogéniques, dont une diminution de la densité minérale osseuse. Le traitement doit être restreint à un intervalle de trois à six mois, après quoi on doit s'attendre à une nouvelle croissance des fibromes en moins de 12 semaines.¹⁴ L'utilisation d'agonistes de la GnRH en combinaison avec l'hormonothérapie substitutive est encore au stade expérimental. Les agonistes de la GnRH peuvent être administrés de façon préopératoire pour réduire la taille des fibromes, diminuer les symptômes et augmenter l'hémoglobine de la patiente avant l'opération.¹⁴

L'avantage d'une myomectomie est de préserver l'utérus. Le désir d'avoir des enfants est l'indication la plus courante qui fait opter pour une myomectomie de préférence à une hystérectomie.

TABLEAU I ÉVALUATION DE LA QUALITÉ DE L'ÉVIDENCE ⁵	CLASSIFICATION DES RECOMMANDATIONS
<p>Les recommandations de cette directive clinique ont été pondérées en utilisant les critères d'évaluation de l'évidence établis par le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique.</p> <p>I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.</p> <p>II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.</p>	<p>Les recommandations de cette directive clinique ont été adaptées de la méthode de classification décrite dans le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique.</p> <p>A : On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.</p> <p>B : On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément dans le cadre d'un examen médical périodique.</p> <p>C : On dispose de données insuffisantes pour appuyer l'inclusion ou l'exclusion de cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique, mais les recommandations peuvent reposer sur d'autres fondements.</p> <p>D : On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.</p> <p>E : On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.</p>

On remarque, par des tests plus poussés, que la plupart des patientes souffrant d'une infécondité liée à des fibromes utérins présentent d'autres causes d'infécondité. Avec une myomectomie, on peut s'attendre à un plus grand risque de saignements et à une durée d'opération plus longue que pour une hystérectomie, mais le risque de blessure à l'uretère pourrait être moindre. Il y a un taux de réapparition des fibromes de 15 pour cent et 10 pour cent des femmes subissant une myomectomie ont éventuellement recours à une hystérectomie moins de 10 ans après.¹⁵ En présentant la myomectomie proposée, on doit informer les patientes du risque de devoir recourir plus tard à une hystérectomie, selon les résultats préopératoires et le déroulement de la chirurgie. En raison de la morbidité accrue d'une approche abdominale pour la myomectomie, cette opération a des indications très limitées.¹⁵ L'hystéroscopie s'est avérée efficace pour le diagnostic et le traitement des fibromes sous-muqueux. Comme avec les autres approches utilisées pour la myomectomie, il semble y avoir un risque de 10 à 20 pour cent de devoir recourir à une autre intervention, cinq à 10 ans après la résection.¹⁶

La myolyse est une technique qui tente de perturber, diminuer ou éliminer l'apport sanguin aux fibromes, afin de les priver de nutriments, d'hormones sexuelles et de facteurs de croissance, et de causer une réduction ou une dégénération complète des myomes. Plusieurs techniques ont été utilisées depuis 1986, notamment le laser Nd:YAG et l'électrochirurgie bipolaire ou unipolaire. Ces interventions fonctionnent mieux en présence de moins de trois fibromes, lorsque le plus gros fibrome mesure moins de 10 centimètres de diamètre, et quand la patiente a été soumise, trois mois avant la chirurgie, à un agoniste de la GnRH.¹⁷ Le traitement est plus efficace lorsqu'il accompagne une ablation de l'endomètre et il n'est pas conseillé aux femmes qui désirent demeurer fécondes. On a rapporté au moins trois ruptures de l'utérus en cours de grossesse à la suite d'une électromyolyse par laparoscopie.¹⁷

L'occlusion laparoscopique de l'artère utérine à l'aide de pinces ou par embolisation transfémorale, pour traiter des fibromes symptomatiques, est apparue au cours de la dernière décennie. De courtes séries portant sur la faisabilité, les taux de complications, l'issue clinique et la satisfaction des patientes ont généralement été encourageants, quoique le suivi soit limité. Cependant, la durabilité du traitement, l'effet sur les taux d'hystérectomie et le rapport coût-avantages de l'intervention, de même que son effet sur la fécondité et l'homéostasie hormonale, n'ont pas encore été établis.¹⁶

c) Endométriose

Le traitement médical de l'endométriose est fréquemment lié à des effets métaboliques et symptomatiques secondaires et connaît un succès relatif, en ce qui a trait au contrôle des symptômes, à cause des adhérences pelviennes et des dommages faits aux organes pelviens.

Une chirurgie conservatrice, qui affecte de façon minimale

les organes pelviens, peut être pertinente quand la fécondité doit être prise en compte, mais elle a un effet limité sur le traitement à long terme des symptômes, comme l'indiquent les taux cumulatifs de récurrences de 13 pour cent après trois ans et de 40 pour cent après cinq ans.¹⁸ Des preuves scientifiques de niveau I indiquent qu'une chirurgie d'ablation conservatrice est utile pour traiter l'infécondité des patientes présentant une endométriose minimale ou légère¹⁹ et enrayer la douleur pelvienne chez celles qui présentent une endométriose minimale ou modérée.²⁰

Le but du traitement de l'endométriose est de soulager les symptômes, sans créer d'effets secondaires. La décision de pratiquer une hystérectomie est une étape cruciale. Cette décision doit se fonder sur trois facteurs : 1) la présence de symptômes graves, surtout celle d'une douleur opiniâtre, après que les autres sources possibles de douleur ont été traitées ou écartées; 2) l'échec d'autres traitements ou une intolérance à leurs effets secondaires; 3) une nouvelle grossesse n'est plus possible ou désirée.

Conserver ou non les ovaires, quand on pratique une hystérectomie en raison d'une endométriose, est un sujet controversé. Une vaste étude rétrospective a comparé la réapparition des symptômes à la suite d'une hystérectomie, avec ou sans préservation des ovaires, pendant un suivi moyen de 58 mois. Chez les femmes ayant conservé leurs ovaires, 62 pour cent ont connu une réapparition des symptômes et 31 pour cent ont dû subir une autre intervention chirurgicale, contre 10 pour cent et 3,7 pour cent, respectivement, chez les femmes ayant subi une ovariectomie bilatérale.²¹ Plusieurs études ont révélé des taux de réintervention plus élevés dans le cas d'une maladie plus grave.²²⁻²⁴ Les femmes qui présentent des symptômes récurrents à la suite d'une hystérectomie et d'une castration sont susceptibles de voir apparaître une maladie persistante, qui touche le plus souvent les intestins.²⁵ Chez les patientes souffrant d'une maladie grave et ayant demandé le traitement définitif de leurs symptômes, on recommande généralement l'ablation des deux ovaires et de la totalité de l'endométriose visible, y compris les signes de la maladie entérique si celle-ci est symptomatique.²⁶ L'ovariectomie bilatérale ne peut, cependant, être recommandée de façon systématique lors de la pratique d'une hystérectomie pour une endométriose à un stade peu avancé après que toutes les lésions visibles ont été enlevées et que le tissu ovarien restant semble normal.

On doit discuter des effets d'une ovariectomie bilatérale avant l'opération, de même que de la question de la réapparition des symptômes quand les ovaires sont conservés, afin d'établir un plan de traitement chirurgical avec la participation de la patiente. Si une ovariectomie bilatérale est pratiquée, il faut alors immédiatement administrer une hormonothérapie substitutive, à des doses adéquates, sans craindre d'exacerber la maladie.^{21,24,26}

Une revue complète des traitements médicaux et chirurgicaux est publiée dans le rapport de la Conférence canadienne de consensus sur l'endométriose.^{18,27}

d) Relâchement pelvien

Les symptômes attribuables à un prolapsus comprennent la sensation de protrusion, une pression exercée sur le pelvis, l'incontinence urinaire, l'inconfort rectal et les malaises liés à l'irritation des tissus muqueux exposés. À un degré léger ou modéré, le prolapsus qui ne suscite pas de plaintes doit rarement être corrigé. Les objectifs premiers du traitement chirurgical d'un prolapsus génital symptomatique sont le soulagement des symptômes, la reconstruction des appuis pelviens et la restauration d'une anatomie normale.²⁸ L'ablation de l'utérus n'est qu'une partie de toute intervention chirurgicale pour relâchement pelvien. La correction concomitante de tout cystocèle ou rectocèle doit être faite pour restaurer le support du vagin. En assurant le support du vagin et l'oblitération éventuelle d'une entérocele, on minimise les risques de prolapsus du dôme vaginal après l'hystérectomie.²⁹ L'évaluation préopératoire doit comprendre un examen physique attentif, pour écarter toute lésion intra-abdominale et pelvienne. L'étendue du relâchement pelvien pourra alors être évaluée. L'incontinence urinaire doit aussi être évaluée.

Les choix thérapeutiques peuvent comprendre l'œstro-génothérapie de substitution, les exercices du plancher pelvien et les pessaires. Il faut présenter à la patiente les options qui s'offrent à elle, en tenant compte des limites du traitement médical. L'utilisation à long terme d'un pessaire vaginal peut s'accompagner d'une érosion vaginale. De telles patientes doivent être suivies attentivement à l'aide d'examen gynécologiques réguliers.

Il n'y a pas d'autres solutions chirurgicales fructueuses pour un prolapsus de l'utérus avancé, mis à part l'hystérectomie et la réparation du plancher pelvien. En général, la suspension utérine ne s'est pas avérée efficace.²⁹ Chez les patientes qui ont une cystocèle isolée, une hystérectomie coïncidente pour extraire un utérus sans prolapsus n'offre pas d'avantages certains.²⁸

e) Masse annexielle bénigne

Un examen complet de la littérature médicale révèle un manque de résultats de recherche sur la pratique d'une hystérectomie à l'occasion de l'extraction d'une masse annexielle bénigne.

Si une ovariectomie bilatérale est tout indiquée dans le cas d'une condition ovarienne bénigne comme l'endométriome, l'éventualité d'une hystérectomie doit être discutée avec la patiente avant la chirurgie et le plan de traitement établi. On ne sait pas si une hystérectomie concomitante lors de l'ovariectomie bilatérale a des avantages pour d'autres affections que le cancer de l'ovaire, quand il n'y a aucune autre indication. Les options varient d'une personne à l'autre.

Les risques chirurgicaux additionnels entraînés par une hystérectomie pratiquée en plus de l'extraction des masses annexielles comprennent une infection, un traumatisme urétéral et des saignements. Le désir de la patiente de demeurer féconde, les antécédents menstruels et les implications possibles de

l'hormonothérapie substitutive sont d'autres facteurs importants dont il faut tenir compte et discuter avec la patiente.

f) Douleur pelvienne chronique

Une douleur pelvienne doit être examinée attentivement avant d'envisager une hystérectomie. Les examens doivent comprendre un examen gynécologique approfondi, une échographie pelvienne et une évaluation des sources urinaires, gastro-intestinales et musculo-squelettiques de la douleur, telles qu'indiquées par les symptômes présents. Une approche pluridisciplinaire doit être adoptée. En présence de facteurs psychosomatiques associés et des antécédents de violence sexuelle, il faut offrir une évaluation psychiatrique.³⁰⁻³²

Le traitement médical peut comprendre l'utilisation d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, de contraceptifs oraux, de danazol, de progestatifs en fortes doses ou d'analogues de la GnRH. Il faut envisager la laparoscopie pour objectiver et traiter les causes de douleur identifiables. Toute cause sous-jacente doit être examinée de façon spécifique. Le traitement doit être établi sur une base individuelle. Il y a lieu de pratiquer une hystérectomie lorsqu'on détecte une maladie sous-jacente se prêtant à une hystérectomie, et que la patiente ne veut plus avoir d'enfants. Chez la patiente souffrant exclusivement d'algoménorrhée, l'hystérectomie peut apporter un soulagement. Peu de preuves scientifiques appuient les indications pour une hystérectomie, chez une patiente souffrant d'une douleur pelvienne idiopathique et quand il y a de fortes chances que la douleur persiste malgré la chirurgie.³³

MALADIES NÉOPLASIQUES PRÉ-INVASIVES

a) Hyperplasie de l'endomètre

On diagnostique habituellement une hyperplasie de l'endomètre après qu'un saignement utérin anormal a été signalé, ce qui conduit à un prélèvement sur l'endomètre fait en cabinet ou à une DC. Le résultat histologique le plus important est la présence ou l'absence d'une atypie cytologique.^{34,35} La majorité des patientes sans atypie répondent à une modification hormonale par l'administration d'un progestatif.^{34,36} Une hyperplasie de l'endomètre avec atypie cytologique révélée par la biopsie d'endomètre justifie une hystérectomie et une DC pour écarter la possibilité d'un adénocarcinome de l'endomètre concomitant, présent dans 17 à 25 pour cent des cas.³⁷ Jusqu'à 25 pour cent des hyperplasies atypiques de l'endomètre peuvent donner lieu à un cancer de l'endomètre, malgré un traitement au progestatif, la progression du cancer prenant en moyenne quatre ans.^{34,36} Pour une hyperplasie de l'endomètre avec atypie, les options thérapeutiques initiales sont soit un traitement au progestatif, soit une hystérectomie simple. Quand on opte pour un traitement au progestatif, les patientes doivent se soumettre à un nouveau prélèvement sur l'endomètre après six mois. Chez les patientes présentant une hyperplasie persistante de l'endomètre ou chez celles qui ont encore des saignements irréguliers, une

hystérectomie est recommandée. Les patientes sans atypie mais ayant une hyperplasie persistante lors du prélèvement d'endomètre de suivi, malgré le fait qu'elles aient suivi, successivement, une progestothérapie à faible dose puis, à forte dose, peuvent être traitées par hystérectomie.³⁸

b) Néoplasie intra-épithéliale squameuse du col de l'utérus

Une néoplasie intra-épithéliale squameuse du col (NIC) n'est pas, en soi, une indication pour une hystérectomie. L'hystérectomie n'est indiquée que s'il y a d'autres conditions gynécologiques qui, elles, justifient l'intervention. Cependant, il est important d'écarter un cancer invasif du col avant l'hystérectomie. Une néoplasie intra-épithéliale squameuse du col doit être traitée par une technique conservatrice comme la cryothérapie, le laser, l'excision électrochirurgicale ou la biopsie du cône. L'hystérectomie est indiquée quand un traitement conservateur échoue.³⁸

c) Adénocarcinome *in situ*

L'adénocarcinome *in situ* représente approximativement deux pour cent des carcinomes *in situ* du col de l'utérus. Cinquante pour cent des adénocarcinomes *in situ* sont accompagnés d'une lésion squameuse.³⁹⁻⁴¹ Avant de pratiquer une hystérectomie, une biopsie du cône de forme cylindrique s'impose, pour écarter un adénocarcinome invasif.^{42,43} Chez les femmes qui ne désirent plus avoir d'enfants, une hystérectomie simple est l'une des options thérapeutiques. Cependant, si la marge de la biopsie du cône est positive pour la maladie *in situ*, il est nécessaire de refaire une biopsie du cône pour écarter la possibilité d'un adénocarcinome envahissant du col.

MALADIE INVASIVE

a) Carcinome utérin

Les cancers de l'endomètre sont les cancers gynécologiques malins les plus fréquents et ils représentent plus de 95 pour cent des cancers de l'utérus, alors que les sarcomes utérins sont beaucoup moins communs.³⁸ Il vaut mieux traiter le cancer de l'endomètre et les sarcomes utérins par hystérectomie. Dans le cas des sarcomes, l'hystérectomie est le seul traitement offrant un espoir de guérison.

Une laparotomie pour un cancer de l'endomètre doit comprendre une stadification chirurgicale complète. Si la chirurgie n'est pas possible, habituellement parce que la femme est médicalement inapte à la subir, une radiothérapie pelvienne ou un traitement avec un progestatif offrent des solutions de rechange. La radiothérapie est moins prometteuse comme moyen curatif et la progestothérapie est seulement palliative.³⁸

b) Carcinome du col de l'utérus

Le cancer du col peut tout aussi bien être traité par chirurgie ou radiothérapie, le taux de guérison, identique dans les deux cas, étant de 85 pour cent après cinq ans, pour une maladie de

stade 1. L'administration simultanée d'une radiothérapie et d'une chimiothérapie est justifiée aux stades les plus avancés de la maladie.⁴⁴ La chirurgie est normalement l'option choisie lorsque la patiente est en bonne condition physique; l'âge, en soi, n'est pas un critère d'exclusion. Les blessures à la vessie et au tube digestif résultant d'une intervention chirurgicale ne sont pas fréquentes et n'entraînent pas de séquelles à long terme.⁴⁵ Les blessures à l'intestin et à la vessie résultant d'une radiothérapie sont plus difficiles à traiter et aussi relativement rares.

Le carcinome micro-invasif des cellules squameuses du col est classé comme ayant une profondeur d'invasion de moins de 0,3 mm, sans atteindre l'espace vasculaire capillaire ou lymphatique. Une hystérectomie simple ou une biopsie du cône sont des traitements appropriés pour une maladie micro-invasive, le choix que fait la patiente dépendant habituellement de son désir de préserver sa fécondité. Des lésions plus avancées exigent une hystérectomie totale élargie et une lymphadénectomie pelvienne.³⁸ Une définition de l'adénocarcinome micro-invasif du col excluant tout risque significatif de cancer métastatique n'a pu être formulée.⁴⁶

Le traitement conventionnel d'un adénocarcinome invasif du col comprend soit une hystérectomie totale modifiée avec lymphadénectomies pelviennes bilatérales, soit une radiothérapie du pelvis. Tout autre type de traitement doit être établi sur une base individuelle après une consultation adéquate.

c) Cancer épithélial ovarien

Le cancer épithélial ovarien se déclare habituellement à des stades avancés. Cinquante à 60 pour cent des femmes, chez qui l'on a diagnostiqué un cancer ovarien et qui ont été traitées correctement, meurent de cette maladie.³⁸ Bien que le traitement d'un cancer épithélial ovarien avancé comprenne l'hystérectomie, rien ne prouve que cela change le pronostic. Après une hystérectomie, une masse palpable à la voûte signale la maladie et peut servir à évaluer la réponse à une chimiothérapie adjuvante. Dans le cas de carcinomes à un stade avancé, l'hystérectomie peut faciliter une chirurgie de réduction tumorale depuis le pelvis. La plupart des oncologues recommandent une hystérectomie concomitante.

L'utérus et l'ovaire controlatéral peuvent être conservés, afin de maintenir la fécondité d'une femme qui a subi une stadification chirurgicale complète et présente une maladie au stade Ia, de grade 1 ou 2. Cependant, quand une femme ne veut plus d'enfants, une ovariectomie doit être pratiquée et l'hystérectomie peut être offerte (voir « Prophylaxie »). Dans le cas de cancers non épithéliaux de l'ovaire, la nécessité d'une hystérectomie doit être évaluée sur une base individuelle.

d) Tumeurs ovariennes germinales

Les tumeurs ovariennes germinales ont tendance à apparaître chez des femmes jeunes et sont habituellement unilatérales. Une chirurgie doit comprendre l'ablation de l'ovaire atteint et une

stadification pour un cancer de l'ovaire. Une hystérectomie et une ovariectomie controlatérale ne sont normalement pas indiquées.

e) Carcinome des trompes de Fallope et

carcinome papillaire péritonéal séreux primitif

Une hystérectomie est indiquée dans le cas d'un cancer des trompes de Fallope pour s'assurer que les trompes ont été enlevées au complet et pour permettre un suivi précis. En présence d'un carcinome papillaire péritonéal séreux primitif, une hystérectomie abdominale totale et une salpingo-ovariectomie sont requises, pour écarter la possibilité d'une tumeur maligne primitive dans l'endomètre, les trompes de Fallope ou les ovaires.

CONDITIONS AIGUËS

a) Grossesse accompagnée d'une hémorragie

Une hystérectomie péripartum d'urgence est généralement pratiquée dès l'apparition d'une hémorragie pouvant mettre la vie en danger. L'incidence de l'hystérectomie d'urgence est de 1,55 cas par 1 000 naissances.^{47,48} Cette intervention est pratiquée plus souvent à la suite d'une césarienne (0,7 %) qu'après un accouchement vaginal (0,02 %).⁴⁸ Une étude a constaté qu'une placentation anormale était la cause la plus fréquente (64 %), suivie par l'atonie utérine (21 %). Les autres étiologies comprenaient la rupture de l'utérus, des fibromes et l'extension d'une cicatrice utérine.⁴⁷

Lorsqu'une hémorragie obstétricale réfractaire est causée par l'une ou l'autre de ces conditions, une action immédiate et délibérée est requise et elle peut sauver la vie. Cependant, il faut souligner que des mesures conservatrices pour maîtriser une hémorragie obstétricale demeurent le pivot du traitement. Dans le traitement d'une hémorragie causée par une atonie utérine, on recommande une approche médicale par étapes.⁴⁹ L'obstétricien doit s'assurer que les produits de la conception sont entièrement retirés.

Divers agents thérapeutiques comme l'ocytocine, le maléate de méthylergométrine et la PGF₂-alpha doivent être utilisés pour maîtriser l'hémorragie. La chirurgie doit se limiter aux cas réfractaires à un traitement non chirurgical. L'embolisation des artères utérines peut être utilisée chez une patiente stable. Une ligature des artères iliaques internes ou utérines peut être tentée dans le but d'enrayer une hémorragie, avant d'avoir recours à l'hystérectomie.^{29,50,51}

Le recours à l'hystérectomie pour maîtriser une hémorragie obstétricale est nettement une intervention entraînant une morbidité et une mortalité importantes.^{47,48}

Si nécessaire, l'obstétricien devra habituellement prévoir pratiquer une hystérectomie totale. Dans certaines circonstances, une hystérectomie subtotale peut être l'intervention indiquée si la condition médicale de la patiente est instable.

b) Infection grave

Avec la mise au point d'un large éventail d'antibiotiques, le traitement d'un abcès tubo-ovarien (ATO) a passé de l'hystérectomie abdominale totale et de la salpingo-ovariectomie bilatérale à une approche médicale. Il y a maintenant trois indications principales pour une intervention chirurgicale chez des patientes chez qui l'on soupçonne un ATO : rupture intra-abdominale de l'ATO, présence possible d'autres urgences chirurgicales (comme l'appendicite) et échec de la réponse à un traitement antibiotique adéquat, en moins de 48 à 72 heures.⁵²

Une rupture d'un ATO est une condition qui met la vie en danger et exige un traitement chirurgical d'urgence. Une péritonite généralisée peut survenir. La mort est habituellement causée par la sepsie qui en résulte. L'approche traditionnelle était de pratiquer une hystérectomie complète accompagnée d'une salpingo-ovariectomie bilatérale. Même en ayant recours à des antibiotiques, il semble qu'une extirpation gynécologique complète soit le traitement indiqué lorsqu'il y a une présence bilatérale importante. Cependant, en présence d'une atteinte unilatérale confirmée, un traitement antibiotique intraveineux à large spectre, accompagné d'une annexectomie unilatérale, semble être une alternative sécuritaire chez les patientes désirant conserver leur potentiel de reproduction et leur production hormonale ovarienne.^{53,54}

Le traitement chirurgical d'un ATO non rompu est moins clair. Un drainage chirurgical peut être fait par laparotomie, colpotomie postérieure, laparoscopie opératoire^{55,56} ou au moyen d'une technique d'intervention radiologique.⁵² La situation clinique guidera le médecin dans le choix de la meilleure approche chirurgicale. Une hystérectomie abdominale totale accompagnée d'une salpingo-ovariectomie bilatérale est une option pouvant être envisagée par le chirurgien.⁵⁵

AUTRES INDICATIONS

a) Prophylaxie

Le terme « hystérectomie prophylactique » décrit une hystérectomie pratiquée lors d'une autre chirurgie pour une maladie pelvienne bénigne. La morbidité infectieuse augmente presque certainement à la suite d'une entrée par le vagin. La littérature médicale n'a pas quantifié le niveau de cette augmentation. Il faut s'attendre à une augmentation de la cellulite du cul-de-sac postérieur de la voûte vaginale et de l'infection des plaies.

La justification d'une hystérectomie prophylactique peut être fournie par l'hormonothérapie substitutive et l'avantage d'employer l'œstrogène « seul » par opposition à l'œstrogène combiné à un progestatif. Le cancer de l'endomètre n'est certainement plus un problème et les saignements et autres effets secondaires du progestatif ne sont plus un facteur de risque. Le recours à l'hystérectomie, dans de telles circonstances, doit être décidé sur une base individuelle, discuté avec la patiente avant la chirurgie et il faut obtenir son consentement pour les diverses options choisies.

b) Cancer ovarien familial

Ces patientes peuvent appartenir à la catégorie de celles qui sont atteintes d'un cancer ovarien familial spécifique à un site, à la catégorie du syndrome du cancer du sein ou de l'ovaire familial et à la catégorie du syndrome de Lynch II, que l'on appelle maintenant le cancer héréditaire du côlon sans polyposse (CHCSP). Si une ovariectomie préventive ou prophylactique est prévue, il faut envisager une hystérectomie concomitante.⁵⁷ Les femmes présentant un risque élevé de voir apparaître un cancer épithélial ovarien parce qu'elles sont porteuses des mutations BRCA1 ou BRCA2 ont aussi un risque élevé de carcinome des trompes de Fallope et de carcinome papillaire utérin séreux.⁵⁸ Dans le cas du syndrome CHCSP, selon l'arbre généalogique familial, il peut y avoir un risque suffisamment élevé de cancer de l'endomètre pour justifier une hystérectomie prophylactique plutôt qu'une surveillance endométriale par échographie ou des biopsies d'endomètre.

c) Circonstances atténuantes

Cette directive clinique vise à traiter de tous les domaines d'indications pour l'hystérectomie. Il faut pourtant admettre que toutes les indications possibles n'ont peut-être pas été abordées. Il peut aussi se présenter des situations que cette directive clinique ne mentionne pas. Dans de telles circonstances, le gynécologue doit envisager différentes possibilités d'approches et, si l'hystérectomie est toujours jugée être la meilleure option, il serait prudent de bien documenter les motifs et d'obtenir l'avis d'un collègue gynécologue.

APPROCHE POUR PRATIQUER L'HYSTÉRECTOMIE

L'approche à utiliser pour pratiquer l'hystérectomie dépend de l'expertise du chirurgien, de l'indication pour une chirurgie, de la nature de la maladie, des caractéristiques de la patiente et du choix de la patiente. Chaque cas doit être étudié sur une base individuelle. Les options comprennent l'hystérectomie vaginale, l'hystérectomie vaginale assistée par laparoscopie (HVAL), l'hystérectomie laparoscopique supracervicale (HLS), l'hystérectomie laparoscopique totale (HLT) et l'hystérectomie abdominale (subtotale, totale ou élargie).

Toute patiente requérant une hystérectomie doit se faire offrir l'approche vaginale si possible, puisque, avec l'approche vaginale, les taux postopératoires de morbidité et de complications sont inférieurs à toute autre méthode. Une utilisation prophylactique adéquate d'antibiotiques est conseillée, afin de minimiser la morbidité fébrile.

Les hystérectomies subtotales étaient fréquentes de 1900 à 1940 parce qu'on les trouvait plus faciles à pratiquer et que la morbidité et les saignements étaient moindres que lors d'une ablation de l'utérus. Cette approche a perdu sa popularité avec l'amélioration des techniques chirurgicales et de l'anesthésie, mais elle suscite à nouveau l'intérêt. La prévention du cancer

du col demeure la raison principale pour ne pas pratiquer une hystérectomie subtotale. Quand une hystérectomie est pratiquée pour une maladie bénigne, une chirurgie subtotale peut être préférable, pour une patiente ayant toujours présenté des résultats cytologiques normaux qui croit que sa fonction sexuelle pourrait être affectée par une ablation de l'utérus. Il n'y a aucune preuve scientifique indiquant qu'une hystérectomie subtotale fasse diminuer le risque de prolapsus du plancher pelvien. De même, aucune preuve n'indique qu'une hystérectomie totale affecte la fonction sexuelle.⁵⁹

Une HVAL peut être choisie de préférence à une hystérectomie abdominale, mais elle n'offre pas d'avantages quand une hystérectomie vaginale peut être pratiquée.^{60,61} Des essais randomisés prospectifs, comparant une HVAL à une approche abdominale, ont constaté une meilleure rémission et moins de douleurs postopératoires chez les femmes traitées par laparoscopie.⁶²⁻⁶⁴ Le taux de complications global semble semblable pour les deux groupes. Dans le contexte canadien, la voie laparoscopique coûte, tout compte fait, moins cher.⁶⁵ Dans plusieurs institutions, on pratique plutôt la HLS parce qu'on croit qu'elle présente des temps d'opération plus courts, une plus faible morbidité et une convalescence plus courte.⁶⁶ Il n'y a pas de bonnes preuves scientifiques prospectives démontrant qu'une HLS a des avantages quelconques sur une HVAL. Les problèmes qui entourent l'hystérectomie abdominale subtotale s'appliquent aussi à la HLS.

L'approche laparoscopique donne naissance à de nouvelles catégories de complications, en plus des complications possibles connues, communes aux hystérectomies abdominale et vaginale. Des complications dues au trocart ont été signalées, le plus souvent des lésions vasculaires à la paroi abdominale et des hernies intestinales aux points de passage du trocart. On a plus souvent rapporté des cystotomies accidentelles lors d'une dissection laparoscopique et des lésions urétérales faites par l'agrafeuse, quoique leur incidence reste inconnue. Dans des cas bien choisis, l'hystérectomie laparoscopique peut néanmoins s'avérer une intervention sécuritaire, ayant de nets avantages pour la patiente, si une intervention abdominale est évitée, pourvu qu'elle soit pratiquée par un chirurgien adéquatement formé et adroit.

COMPLICATIONS DE L'HYSTÉRECTOMIE

Les taux de complications associés à l'hystérectomie vont de 0,5 pour cent à 43 pour cent.⁴ La fièvre postopératoire et l'infection sont responsables de la majorité des complications mineures. Les données administratives compilées de façon systématique sont d'une utilité réduite pour déterminer la fréquence des complications.⁶⁷ L'incidence des complications rapportées varie beaucoup. Dans les quatre séries de méta-analyses sur l'hystérectomie laparoscopique, publiées de 1989 à 1995, le taux des complications importantes était de trois à quatre pour cent, le taux des complications total, de 11,6 à 15,6 pour

cent et le taux de mortalité, de zéro à six par 100 000 cas. Les complications importantes étaient définies comme étant des lésions à d'autres organes ou des réinterventions.⁶⁸

En Ohio, une vaste analyse de plus de 160 000 hystérectomies a rapporté un taux de complications de 9,1 pour cent pour l'approche abdominale, lors d'une hystérectomie, de 7,8 pour cent, pour l'approche vaginale, et de 8,8 pour cent pour l'approche laparoscopique.⁶⁹ Des lésions à l'uretère et à la vessie sont la source la plus fréquente de complications importantes, selon la compilation du registre finlandais.⁶⁸ Dans une série de 13 885 hystérectomies,⁶⁸ l'incidence des lésions au tractus urinaire est la plus élevée avec l'approche laparoscopique (2,2 %) et la plus faible avec l'hystérectomie vaginale (0,04 %). Lorsqu'une hystérectomie est envisagée, la patiente doit être mise au courant du risque d'hémorragies, d'infection et de dommages aux organes environnants. Aucune preuve scientifique n'indique qu'une hystérectomie entraîne une angoisse psychologique.^{7,70} La fonction sexuelle demeure inchangée ou s'améliore chez 80 pour cent des patientes après l'intervention.⁵⁹ Les femmes souffrant de dépression avant leur hystérectomie ont un plus grand risque de souffrir de dyspareunie, de sécheresse vaginale et d'une libido réduite après l'hystérectomie.^{70,71} La connaissance des aspects qui peuvent et ne peuvent pas être soulagés par l'hystérectomie, pour une affection particulière, peut aider à la prise de décision et améliorer la satisfaction de la patiente.^{11,70}

RECOMMANDATIONS

MALADIE BÉNIGNE

- 1. Léiomyomes :** En cas de fibromes symptomatiques, l'hystérectomie apporte une solution permanente à la ménorragie et aux symptômes de pression liés à un utérus agrandi. (I-A)
- 2. Saignement utérin anormal :** Les lésions à l'endomètre doivent être écartées et des traitements médicaux doivent être envisagés comme traitement de première ligne. (III-B)
- 3. Endométriose :** Une hystérectomie est souvent indiquée en présence de symptômes graves lorsque les autres traitements échouent et que la fécondité n'est plus un facteur de décision. (I-B)
- 4. Relâchement pelvien :** Une solution chirurgicale comprend normalement une hystérectomie vaginale, mais doit comporter des interventions pour assurer le support du pelvis. (II-B)
- 5. Douleur pelvienne :** Une approche pluridisciplinaire est recommandée, puisqu'il y a peu de preuves scientifiques indiquant qu'une hystérectomie guérisse une douleur pelvienne chronique. Lorsque la douleur se limite à une dysménorrhée ou est liée à une maladie pelvienne importante, une hystérectomie peut apporter un soulagement. (II-C)

MALADIE PRÉINVASIVE

- 1.** L'hystérectomie est normalement indiquée pour une hyperplasie de l'endomètre atypique. (I-A)
- 2.** Une néoplasie intra-épithéliale du col n'est pas, en soi, une indication pour l'hystérectomie. (I-B)
- 3.** L'hystérectomie simple est une option thérapeutique pour un adénocarcinome in situ du col lorsque la possibilité de maladie invasive a été écartée. (I-B)

MALADIE INVASIVE

- 1.** L'hystérectomie offre un traitement acceptable ou une intervention de stadification pour un carcinome de l'endomètre. Elle peut jouer un rôle dans la stadification ou le traitement des cancers du col, de l'épithélium ovarien et des trompes de Fallope. (I-A)

CONDITIONS AIGÜES

- 1.** L'hystérectomie est indiquée pour une hémorragie postpartum réfractaire lorsqu'un traitement conservateur n'est pas parvenu à enrayer le saignement. (II-B)
- 2.** Les abcès tubo-ovariens rompus ou qui ne répondent pas aux antibiotiques peuvent être traités par une hystérectomie et une salpingo-ovariectomie bilatérale dans des cas choisis. (I-C)
- 3.** Une hystérectomie peut être nécessaire pour des cas de ménorragie grave, réfractaire à un traitement médical ou chirurgical conservateur. (II-C)

AUTRES INDICATIONS

- 1.** On recommande de consulter un oncologue ou un généticien lorsqu'une hystérectomie et une ovariectomie prophylactique sont envisagées en cas d'antécédents familiaux de cancer ovarien. (III-C)

APPROCHE CHIRURGICALE

- 1.** La voie vaginale doit être envisagée comme premier choix pour toutes les indications bénignes. L'approche laparoscopique devrait être envisagée lorsqu'elle fait diminuer le besoin d'une laparotomie. (III-B)

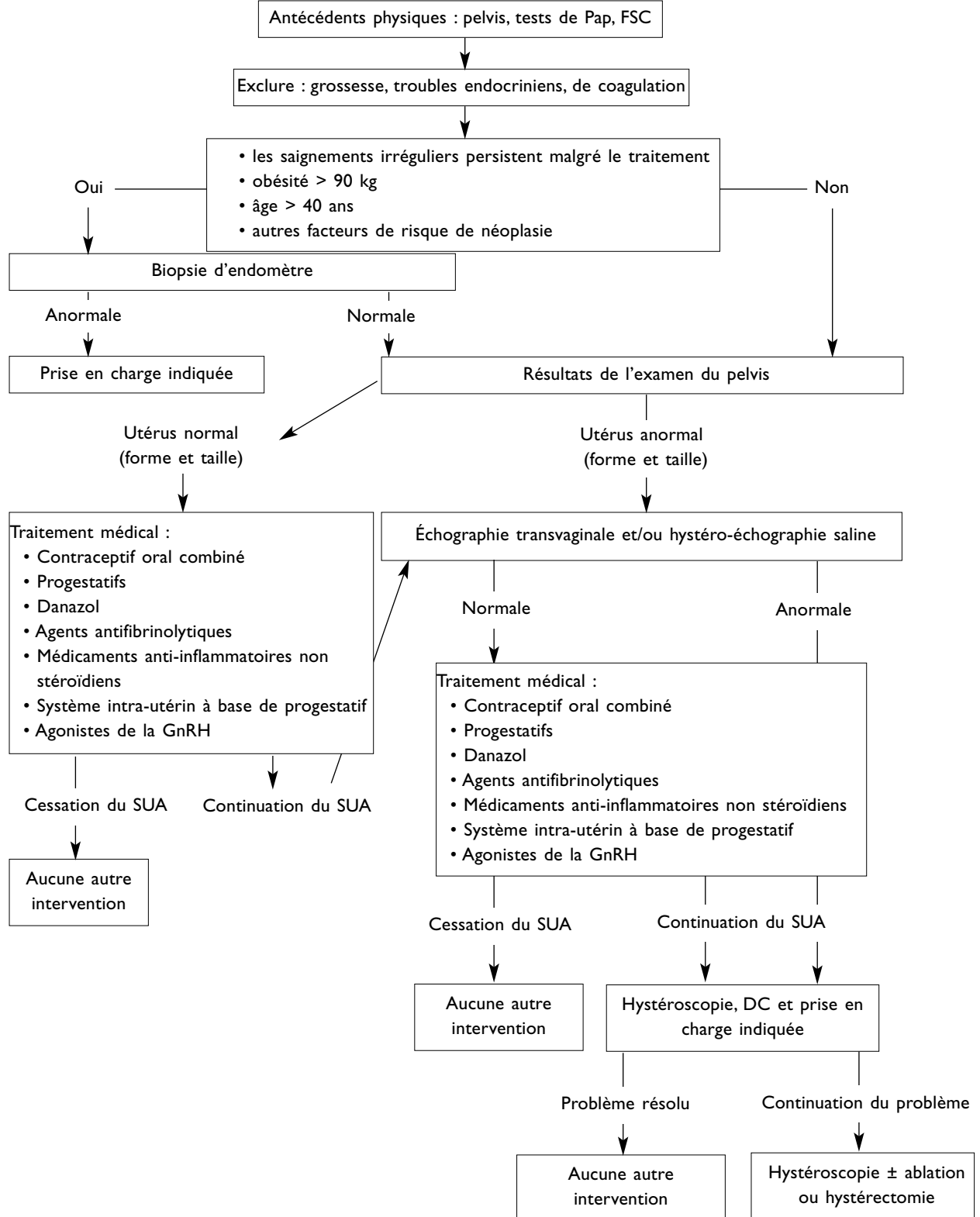
CONCLUSION

Pour les patientes, les résultats les plus importants sont un soulagement des symptômes, des complications minimales et une meilleure qualité de vie. L'hystérectomie est très efficace pour soulager les symptômes et améliorer la qualité de vie.^{7,68,69} Pour parvenir au résultat le plus favorable, la pertinence de la chirurgie doit être évaluée avec soin, de même que toutes les options possibles, dans le contexte du processus morbide. La préférence de la patiente, quant à l'approche thérapeutique, revêt une importance capitale.

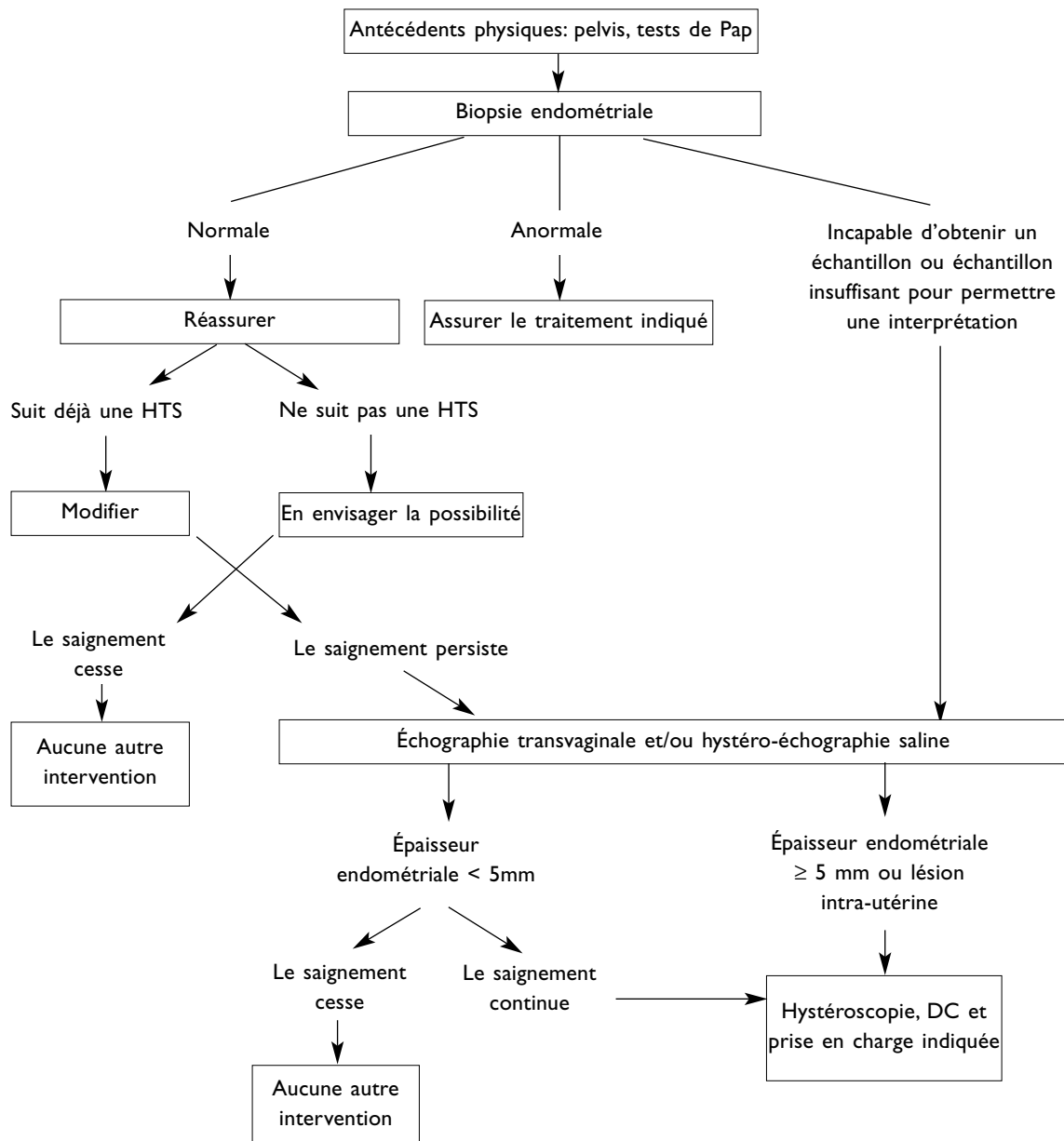
J Obstet Gynaecol Can 2002;24(1):49-61.

PRISE EN CHARGE DU SAIGNEMENT UTÉRIN ANORMAL : PRÉMÉNOPAUSE

Le saignement utérin anormal se définit comme des changements de la fréquence des règles, de la durée des pertes et de la quantité de pertes sanguines. Le cycle menstruel normal dure 28 ± 7 jours, les pertes durent 4 ± 2 jours et la perte sanguine moyenne est de 40 ± 20 ml



PRISE EN CHARGE DU SAIGNEMENT UTÉRIN ANORMAL : POSTMÉNOPAUSE



RÉFÉRENCES

1. Statistics Canada, Surgical procedures and treatments 1992-1993;82-217:32-33.
2. CIHI. Statistics Canada Health Reports, Vol 12, No 2.2000.
3. Bachman GA. Hysterectomy: a critical review. *J Reprod Med* 1990;35(9):839-62.
4. Lee N, Dicker R, Rubin G, Ory H. Confirmation of the pre-operative diagnosis for hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1984;150:283-7.
5. Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. Canadian Task Force on the Periodic Health Exam. Ottawa: Canada Communication Group; 1994. p. xxxvii.
6. Vilos GA, Lefebvre G, Graves GR. Guidelines for the management of abnormal uterine bleeding. *J Obstet Gynaecol Can* 2001;23(8):704-9.
7. Rannestad T, Eikeland OJ, Helland H, Qvarnstrom U. The quality of life in women suffering from gynecological disorders is improved by means of hysterectomy absolute and relative differences between pre- and post-operative measures. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:46-51.
8. Carlson KJ, Miller BA, Fowler FJ Jr. The Maine women's health study: I. Outcomes of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1994;83(4):556-65.
9. Schofield M, Bennett A, Redman S, Walters WAV, Sanson-Fisher R. Self-reported long-term outcomes of hysterectomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1991;98(11): 1129-36.
10. Weber AM, Walters MD, Schover LR, Church JM, Piedmonte MR. Functional outcomes and satisfaction after abdominal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181(3):530-5.

11. Naughton MJ, McBee WL. Health-related quality of life after hysterectomy. *Clin Obstet Gynecol* 1997;40(4):947-57.
12. Reiter R, Wagner PL, Gambone DO. Routine hysterectomy for large asymptomatic uterine leiomyomata: a re-appraisal. *Obstet Gynecol* 1992;79:481-4.
13. Vervest HAM, Kiewiet de Jonge M, Vervest TMJS, Barents DW, Haspels AA. Micturition symptoms and urinary incontinence after non-radical hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1988;67:141-6.
14. Lumsden MA, West CP, Thomas E, et al. Treatment with gonadotropin releasing hormone agonist goserelin before hysterectomy for uterine fibroids. *Br J Obstet Gynaecol* 1994;101(5):438-42.
15. Carlson KJ, Miller BA, Fowler FJ. The Maine women's health study: II. Outcomes of nonsurgical management in leiomyomas, abnormal bleeding, and chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1994;83(4):566-72.
16. Burbank F, Hutchins FL. Uterine artery occlusion by embolization or surgery for the treatment of fibroids: a unifying hypothesis – transient uterine ischemia. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2000;7(4 Suppl):S1-S49.
17. Vilos GA, Daly LJ, Tse BM. Pregnancy outcome after laparoscopic electromyolysis. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1998;5(3):289-92.
18. The Canadian Consensus Conference on Endometriosis. *J Soc Obstet Gynaecol Can* 1993;15(3 Suppl):S1-S37.
19. Marcoux S, Maheux R, Berube S. Laparoscopic surgery in infertile women with minimal or mild endometriosis. Canadian Collaborative Group on Endometriosis. *N Engl J Med* 1997;337(4):217-22.
20. Sutton CJ, Ewen SP, Whitelaw N, Haines P. Prospective, randomized, double-blind control trial of laser laparoscopy in the treatment of pelvic pain associated with minimal, mild, and moderate endometriosis. *Fertil Steril* 1997;68:1070-4.
21. Namnoum AB, Hickman TN, Goodman SB, Gehlbach DL, Rock JA. Incidence of symptom recurrence after hysterectomy for endometriosis. *Fertil Steril* 1995;64:898-902.
22. Wheeler JM, Malinak SM. Pathogenesis of endometriosis: incidence, management and prognosis. *Am J Obstet and Gynecol* 1983;146:247-53.
23. Rock JA, Markham SM. Pathogenesis of endometriosis. *Lancet* 1992;340:1264-7.
24. Thomas EJ. Combining medical and surgical treatment for endometriosis: the best of both worlds. *Br J Obstet Gynaecol* 1992;99:5-8.
25. Redwine DB. Endometriosis persisting after castration: clinical characteristics and results of surgical management. *Obstet Gynecol* 1994;83:405-13.
26. Hickman TN, Namnoum AB, Hinton EL, Zacur HA, Rock JA. Timing of estrogen replacement therapy following hysterectomy with oophorectomy for endometriosis. *Obstet Gynaecol* 1998;91:674-7.
27. The Canadian Consensus Conference on Endometriosis. *J Obstet Gynaecol Can* 1999;21(5):468-98 and 21(6):574-610.
28. Carlson K, Nichols D, Schiff I. Indications for hysterectomy. *N Engl J Med* 1993;328(12):856-60.
29. Te Linde RW, Mattingly RF. *Operative Gynecology*. 7th ed. 1992; 826-51.
30. Renaer M, Vertommen H, Nijs P, Wagemans L, Van Hemelrijck T. Psychological aspects of chronic pelvic pain in women. *Am J Obstet Gynecol* 1979;134:75-80.
31. Walker E, Katon W, Harrop-Griffiths J, Holm L, Russo J, Hickok LR. Relationship of chronic pelvic pain to psychiatric diagnoses and childhood abuse. *Am J Psychiatry* 1988;145(1):75-80.
32. Reiter RC, Gambone JC. Demographic and historic variables in women with idiopathic chronic pelvic pain. *Obstet Gynecol* 1990;75:428-32.
33. Stovall TG, Ling FW, Crawford DA. Hysterectomy for chronic pelvic pain of presumed uterine etiology. *Obstet Gynecol* 1990;75:676-9.
34. Kurman RJ, Kaminski PF, Norris HJ. The behavior of endometrial hyperplasia. A long-term study of "untreated" hyperplasia in 170 patients. *Cancer* 1985;56(2):403-12.
35. Ferenczy A, Gelfand MM, Tzipris F. The cytodynamics of endometrial hyperplasia and carcinoma. A review. *Ann Pathol Sept* 1983;3(3):189-200.
36. Ferenczy A, Gelfand M. The biologic significance of cytologic atypia in progestogen treated endometrial hyperplasia. *Am J Obstet Gynecol* 1989;160(1):126-31.
37. Kurman RJ, Norris HJ. Endometrium. In: Henson D, Albores Saavedra J, editors. *The pathology of incipient neoplasia*. Philadelphia: W. Saunders; 2000. p. 265.
38. Berek, Hacker. *Practical Gyn. Onc.* 2nd ed. 1994;221-312.
39. Bertrand M, Lickrish GM, Colgan TJ. The anatomic distribution of cervical adenocarcinoma in situ: implications for treatment. *Am J Obstet Gynecol* 1987;157(1):21-5.
40. Lauchlan SC, Penner DW. Simultaneous adenocarcinoma in situ and epidermoid carcinoma in situ. *Cancer* 1967;12:2250-4.
41. Ostor AG, Pagano R, Davoren RA, Fortune DW, Chanen W, Rome R. Adenocarcinoma in situ of the cervix. *Int J Gynecol Pathol* 1984;3(2):179-90.
42. Lickrish GM, Colgan TJ, Wright VC. Colposcopy of adenocarcinoma in situ and invasive adenocarcinoma of the cervix. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1993;20(1):11-22.
43. Colgan TJ, Lickrish GM. The topography and invasive potential of cervical adeno-carcinoma in situ, with and without associated squamous dysplasia. *Gynaecol Oncol* 1990;36:246-9.
44. Thomas GM. Improved treatment for cervical cancer – concurrent chemotherapy and radiotherapy. *N Engl J Med* 1999;340:1198-1200.
45. Covens AL, Rosen B, Osbourne RJ, et al. Difference in morbidity of radical hysterectomy between gynecological oncologists. *Gynecol Oncol* 1993;51(1):39-45.
46. Webb JC, Key CR, Qualls CR, Smith Ho. Population-based study of microinvasive adenocarcinoma of the cervix. *Obstet Gynecol* 2001;97:701-6.
47. Zelop CM, Harlow BL, Frigoletto FD Jr, Safon LE, Saltzman DH. Emergency peripartum hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1993;168(5):1443-8.
48. Clark SL, Yeh SY, Phelan JP, Bruce S, Paul RH. Emergency hysterectomy for obstetric hemorrhage. *Obstet Gynecol* 1984;64(3):376-80.
49. Schuurmans N, MacKinnon C, Lane C, Etches D. Prevention and management of postpartum haemorrhage. *J Soc Obstet Gynaecol Can* 2000;22(4):271-81.
50. Cunningham FG, MacDonald PC, Leveno KJ, Gant NF, Gilstrap LC. *Williams Obstetrics*. 19th ed. 1993. p.615-25.
51. Clark SL, et al. Surgical control of hemorrhage. *Cont Ob Gyn August* 1984;70-84.
52. Wiesenfeld HC, Sweet RL. Progress in the management of tuboovarian abscesses. *Clin Obstet Gynecol* 1993;36(2):433-44.
53. Sweet RL, Gibbs RS, editors. *Mixed anaerobic-aerobic pelvic infection and pelvic abscess. Infectious disease of the female genital tract*. 2nd ed. 1990. p. 75-108.
54. Landers DV, Sweet RL. Current trends in the diagnosis and treatment of tuboovarian abscess. *Am J Obstet Gynecol* 1985;151(8):1098-1110.
55. Henry-Suchet J, Soler A, Loffredo V. Laparoscopy treatment of tuboovarian abscess. *J Reprod Med* 1984;29(8):579-82.
56. Reich H, McGlynn F. Laparoscopic treatment of tuboovarian and pelvic abscess. *J Reprod Med* 1987;32(10):747-52.
57. Kerlikowske K, Brown JS, Grady DG. Should women with familial ovarian cancer undergo prophylactic oophorectomy? *Obstet Gynecol* 1992;80(4):700-7.
58. Aziza S, Kuperstein G, Rosen B, Cole D, Nedelcu R, McLaughlin J, et al. A genetic epidemiological study of carcinoma of the fallopian tube. *Gynecol Oncol* 2001;80:341-5.
59. Farrell SA, Kieser K. Sexuality after hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2000;95:1045-51.
60. Summitt R, Stovall T, Lipscombr S, Lire F. Randomized comparison of laparoscopic assisted vaginal hysterectomy with standard vaginal hysterectomy in an outpatient setting. *Obstet Gynecol* 1992;80:895-901.
61. Schwartz R. Complications of laparoscopic hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1993;81:1022-4.
62. Olsson JH, Ellstrom M, Hahlin M. A randomized trial prospective trial comparing laparoscopic and abdominal hysterectomy. *Br J Obstet Gynaecol* 1996;103:345-50.

-
63. Summitt RL, Stovall TG, Steege JF, Lipscomb GH. A multicenter randomized comparison of laparoscopic-assisted vaginal hysterectomy and abdominal hysterectomy in abdominal hysterectomy candidates. *Obstet Gynecol* 1998;94:476-9.
 64. Falcone T, Paraiso MFR, Wascha E. Prospective randomized clinical trial of laparoscopically assisted vaginal hysterectomy versus total abdominal hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1999;180:955-62.
 65. Abenheim HA, Dube DD, Dufort J, Tulandi T. Cost analysis of laparoscopic hysterectomy, abdominal hysterectomy and vaginal hysterectomy in a Canadian teaching hospital. *J Obstet Gynaecol Can* 2001;23(8):673-6.
 66. Lyons TL. Laparoscopic supracervical hysterectomy: a comparison of morbidity and mortality results with laparoscopically-assisted vaginal hysterectomy. *J Reprod Med* 1993;38:763-7.
 67. Myers ER, Steege JF. Risk adjustment for complications of hysterectomy: limitations of routinely collected administrative data. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:567-75.
 68. Harkki P, Kurki T, Sjoberg J, Titinen A. Safety aspects of laparoscopic hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:383-91.
 69. Nezhat F, Nezhat C, Gordon S, Wilkins E. Laparoscopic versus abdominal hysterectomy. *J Reprod Med* 1992;37:247-50.
 70. Kjerulff KH, Langenberg PW, Rhodes JC, Harvey LA, Guzinski GM, Stolley PD. Effectiveness of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 2000;95:319-26.
 71. Rhodes JC, Kjerulff KH, Langenberg PW, Guzinski GM. Hysterectomy and sexual functioning. *J Am Med Assoc* 1999;282(20):1934-41.