

EMBOLISATION DES FIBROMES UTÉRINS (EFU)

La présente directive clinique est produite conjointement par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (SOGC), l'Association canadienne des radiologistes (CAR) et l'Association canadienne de radiologie d'intervention (ACRI).

Le présent document a également été examiné par le comité de pratique clinique - gynécologie et approuvé par l'exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Nous recommandons que la présente directive clinique soit examinée et mise à jour régulièrement par un comité mixte SOGC-CAR-ACRI. Elle devrait être mise à la disposition de tous les médecins et de toutes les patientes songeant à avoir recours à l'embolisation des fibromes utérins.

AUTEURS PRINCIPAUX

Guyline G. Lefebvre, MD, FRCSC, Toronto (Ont.)

George Vilos, MD, FRCSC, Toronto (Ont.)

Murray Asch, MD, FRCPC, Oshawa (Ont.)

COLLABORATEURS SPÉCIAUX

John Bennett (ACRI), MD, FRCPC, London (Ont.)

Greg Butler (CAR), MD, FRCPC, Kentville (N.-É.)

Vyta Senikas (SOGC), MD, FRCSC, Ottawa (Ont.)

Elaine Jolly, MD, FRCSC, Ottawa (Ont.)

Eva Mocarski, MD, FRCSC, Toronto (Ont.)

Pasteur Rasuli, MD, FRCPC, Ottawa (Ont.)

Résumé

Objectif : Contribuer à diriger la mise en œuvre organisée et efficace de l'embolisation des fibromes utérins au sein de la pratique clinique au Canada.

Options : Le présent document se limite à la prise en charge de l'embolisation des fibromes utérins, telle qu'effectuée par des radiologistes faisant appel à une approche artérielle trans-fémorale (avec artériographie) suivie par l'embolisation des vaisseaux.

Issues : L'embolisation des fibromes utérins a été évaluée en fonction de la satisfaction de la patiente, des risques de complications, des risques en ce qui concerne une grossesse subséquente et du taux d'hystérectomie quelques mois à la suite de l'intervention. Puisque cette dernière est relativement nouvelle, nous ne disposons pas de données sur ses issues à long terme.

Preuves : Opinions publiées de spécialistes complétées, lorsque cela s'avère approprié, par des données issues d'essais cliniques.

Valeurs : La qualité des résultats est évaluée en fonction des

critères décrits par le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique.

Avantages, désavantages et coûts : Il est souvent à l'avantage des femmes (candidates à l'EFU) qui présentent des fibromes utérins symptomatiques d'éviter une chirurgie abdominale. Les risques de l'EFU, les complications possibles de celle-ci et son pronostic à court et à long terme doivent être comparés aux solutions de rechange chirurgicales (ayant fait l'objet de bon nombre d'études) en fonction de la situation de chaque patiente. Les préférences de la patiente constituent une composante importante de cette évaluation. Les coûts immatériaux des symptômes persistants attribuables aux fibromes peuvent difficilement être évalués et comparés aux coûts de l'hospitalisation et du traitement. Au moment d'évaluer les coûts de l'EFU, il faut s'assurer que les calculs tiennent compte des coûts de la prise en charge des complications occasionnelles, y compris l'exécution subséquente d'une hystérectomie. Les coûts propres à une myomectomie ou à une hystérectomie varient grandement, en fonction de la technique utilisée et de la durée de l'hospitalisation.

Recommandations :

1. Bien que les résultats préliminaires de l'embolisation de l'artère utérine soient encourageants, nous devrions aviser les femmes songeant au traitement de leurs fibromes que nous ne disposons pas de données sur les issues à long terme de cette intervention. (II-2-B)

Mots clés

Uterine artery embolization, uterine myomas, uterine fibroids, leiomyoma, hysterectomy, myomectomy, interventional radiology, menometrorrhagia, dysfunctional uterine bleeding

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.

2. L'EFU ne devrait être envisagée que pour les femmes présentant des fibromes symptomatiques ou problématiques qui, autrement, pourraient se voir conseiller de subir un traitement chirurgical. (III-A)
3. Le recours à l'EFU à titre de traitement contre les fibromes chez des patientes souhaitant préserver leur fertilité devrait être mis en œuvre conjointement avec l'offre, aux patientes en question, de renseignements complets au sujet des limites d'une telle intervention et de l'absence de données sur la fertilité subséquente et les issues de la grossesse. (III-C)
4. L'EFU est contre-indiquée chez les femmes qui présentent des signes d'une infection génito-urinaire évolutive et/ou d'une tumeur maligne. (II-2-B)
5. Les femmes qui choisissent l'EFU à titre de solution de rechange à l'hystérectomie devraient être avisées des risques de complications majeures propres à l'EFU, en raison desquelles il est possible qu'une hystérectomie s'avère d'une importance potentiellement vitale et doive être pratiquée d'urgence. À la lumière de ce faible mais important risque, l'EFU est relativement contre-indiquée chez les femmes qui refusent catégoriquement de subir une hystérectomie. (III-C)
6. L'infection génito-urinaire est la principale cause de morbidité grave et de mortalité. De plus amples recherches sont requises quant à l'utilité de l'antibioprophylaxie et à la valeur du dépistage de cette infection avant l'intervention. (II-2-B)
7. Un gynécologue possédant une bonne connaissance de l'EFU devrait évaluer toutes les patientes envisageant cette dernière, et ce, avant de prendre les mesures nécessaires à l'exécution de l'intervention et d'en arriver à un consensus avec le radiologiste quant au caractère approprié de cette dernière. (III-C)
8. Seuls les radiologistes comptant une expérience et des techniques spécialisées en embolisation devraient effectuer des EFU. (III-C)
9. Les responsabilités particulières du gynécologue et du radiologiste devraient être établies avant le traitement et être énoncées dans le cadre d'un protocole hospitalier pertinent. Un médecin particulier doit être responsable de la patiente en tout temps. (III-C)
10. Un registre national canadien sur les nombres, les indications, les issues, les complications et les grossesses réussies associés à l'EFU devrait être mis sur pied, ainsi que géré et financé conjointement par la SOGC, la CAR et l'ACRI. (III-C)

J Obstet Gynaecol Can, vol. 26, n° 10, 2004, p. 913–28.

INTRODUCTION

Les léiomyomes sont les tumeurs les plus courantes chez la femme. En 2003, la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada a publié une directive clinique sur la prise en charge des fibromes, laquelle analysait les données disponibles quant au diagnostic et à la prise en charge (tant sur le plan médical que chirurgical)¹.

Au cours des deux dernières décennies, l'embolisation de l'artère utérine a été utilisée dans une variété de situations cliniques, dont l'hémorragie post-partum et les saignements à la suite d'une césarienne ou d'une chirurgie gynécologique². Au fil des

dernières années, l'utilisation de cette technique s'est élargie pour inclure la prise en charge des malformations artério-veineuses du tractus génital, ainsi que celle de la maladie trophoblastique gravidique. En 1991, Ravina a été le premier à utiliser l'embolisation artérielle dans le traitement des fibromes; il a publié sa première série en 1995³. Depuis lors, des milliers d'embolisations de l'artère utérine ont été pratiquées de par le monde et nous constatons une sensibilisation accrue du public envers la disponibilité de cette nouvelle technologie. Au Royaume-Uni, le *Royal College of Radiologists* et le *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* ont reconnu l'importance de la collaboration interdisciplinaire et publié une directive clinique commune au sujet de la prise en charge des femmes qui choisissent l'embolisation des fibromes utérins (EFU)⁴. Puisque cette technique gagne en popularité et compte tenu de son efficacité apparente, la Société des obstétriciens et des gynécologues du Canada (SOGC), l'Association canadienne des radiologistes (CAR) et l'Association canadienne de radiologie d'intervention (ACRI) ont formé des comités en vue de rédiger la présente directive clinique d'un point de vue canadien.

L'ischémie des fibromes utérins peut être obtenue par l'intermédiaire d'une variété de techniques. À court terme, il a été démontré que l'occlusion laparoscopique de l'artère utérine (faisant appel à la coagulation bipolaire^{5,6} ou à des clips⁷) donnait des résultats équivalant à ceux de l'EFU. Qui plus est, on a signalé (pour la prise en charge de fibromes utérins) le recours à une intervention d'occlusion utérine bilatérale temporaire par application intravaginale et « sans incision » d'une pince paracervicale, dirigée par échographie Doppler audible intégrée⁸. Les traitements de rechange (y compris les options médicales et chirurgicales) visant les fibromes utérins ont déjà été traités et ne seront pas couverts par le présent document¹.

La qualité des résultats signalés dans la présente directive clinique a été déterminée à l'aide des critères d'évaluation des résultats décrits dans le rapport du Groupe de travail canadien sur l'examen de santé périodique (Tableau)⁹.

AVANTAGES ET RISQUES DE L'EFU

L'EFU est de plus en plus reconnue à titre de solution de rechange efficace à l'hystérectomie et à la myomectomie pour la prise en charge des fibromes symptomatiques. Bien que les premiers résultats soient encourageants, nous ne disposons pas encore de données à long terme. Le rapport initial concernant l'EFU a été publié en 1995 par Ravina et coll³. Ce même groupe a subséquemment signalé d'excellents résultats dans le cadre d'une série d'envergure portant sur 88 patientes qui ont fait l'objet d'un suivi allant jusqu'à 5 ans¹⁰. La réduction moyenne du volume des fibromes (évaluée en grande partie par échographie) a été signalée comme étant de 69 %, tandis que la réussite de l'intervention l'a été comme étant de 89 % (toutefois, leur définition de « réussite » n'était pas mentionnée). Au sein

de cette série, neuf patientes (10 %) ont subi une hystérectomie; huit d'entre elles en raison de douleurs et l'autre, en raison de saignements associés à un fibrome sous-muqueux. Depuis, on estime que 40 000 femmes ont bénéficié d'un tel traitement de par le monde. De nombreuses séries de cas ont été publiées.

Pron et coll.¹¹ ont rédigé un rapport sur le *Ontario Uterine Fibroid Embolization Trial*, lequel comptait 555 participantes. Le suivi médian était de 8,9 mois. À la suite de l'intervention, 83 % des femmes ont connu une amélioration quant à la ménorragie; 77 %, quant à la dysménorrhée; et 86 %, quant à la pollakiurie. La réduction moyenne du volume du fibrome dominant était de 33 % à trois mois. L'aménorrhée a été constatée chez 8 % des femmes (3 % des femmes de moins de 40 ans et 41 % des femmes de plus de 50 ans). Dans le cadre de cet essai, le taux d'hystérectomie associée à des complications était de 1,5 % dans un délai de trois mois à la suite de l'embolisation¹². Sur les huit hystérectomies effectuées, deux l'ont été en raison d'une infection; quatre, en raison de douleurs post-embolisation persistantes; une, en raison d'un léiomyome prolabé de 10 cm; et une, en raison de saignements vaginaux persistants.

Walker et Pelage¹³ ont rédigé un rapport portant sur 400 patientes, dont le suivi a été d'une durée moyenne de 16,7 mois. À la suite de l'intervention, 84 % des patientes ont connu une amélioration quant aux saignements menstruels et 79 %, quant à la dysménorrhée. Sept pour cent des patientes ont connu une aménorrhée et 3,5 %, une expulsion des fibromes par le vagin. Trois patientes (1 %) ont présenté une endométrite nécessitant une hystérectomie. Vingt-six femmes (6 %) ont connu un échec clinique, ce qui signifie que leurs symptômes ne se sont pas estompés.

La première évaluation de la qualité de vie a été effectuée par Worthington-Kirsch en 1998¹⁴. Cette série a récemment

été mise à jour et constitue maintenant l'ouvrage le plus important du genre au sein de la littérature (elle compte 305 participantes)¹⁵. Le suivi a été limité à trois mois. Dans le cadre de cette série, six hystérectomies ont été effectuées, mais aucune d'entre elles n'était associée à des complications de nature infectieuse. Bien que la réduction moyenne du volume des fibromes n'ait pas été mentionnée, le taux de réussite (défini comme une amélioration quant à la ménorragie, à la douleur et à la pression, ainsi que comme la satisfaction globale de la patiente) a été signalé comme étant de 92 %. Treize expulsions de fibromes (toutes sans complications) ont été signalées dans le cadre de cette série. La qualité de vie a également été traitée par Spies et coll.¹⁶. La qualité de vie associée à la santé a connu une amélioration dans chacun des 50 cas à trois mois. Les scores moyens de modification ont été significatifs sur le plan statistique pour tous les domaines jusqu'à trois mois ($P < 0,01$) et jusqu'à six mois ($P < 0,05$), sauf dans le cas des maux de dos ($P = 0,12$).

Spies et coll.¹⁷ ont rédigé un rapport portant sur 200 patientes, dont le suivi a été d'une durée moyenne de 21 mois. À un an post-EFU, 90 % des patientes ont connu une amélioration quant à la ménorragie et 91 %, quant aux symptômes associés au volume des fibromes. Les complications constatées à la suite de 400 cas consécutifs d'EFU ont été signalées par ce groupe. Des complications péri-interventionnelles (définies comme des complications survenant dans un délai de 30 jours à la suite de l'intervention) ont été constatées chez 34 patientes (8,5 %). Dix femmes (2,5 %) ont évacué des fibromes. Deux femmes ont présenté une endométrite. Une femme a présenté une embolie pulmonaire trois jours après l'intervention. Une autre patiente a subi une thrombose bilatérale de l'artère iliaque. Deux femmes ont subi une hystérectomie : une en raison d'une infection utérine s'étant déclarée 10 semaines après l'embolisation et l'autre, en

Tableau

Niveaux de résultats ⁹	Catégories de recommandations ⁹
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 de travail canadien sur l'examen médical périodique.	Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique.
I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	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.
II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la recommandation selon laquelle il faudrait s'intéresser expressément à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
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. 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.
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 appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.
III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	E. On dispose de données suffisantes pour appuyer la recommandation de ne pas s'intéresser à cette affection dans le cadre d'un examen médical périodique.

raison de la nécessité de procéder à une myomectomie hystérocopique à la suite de l'expulsion incomplète d'un fibrome (le tout en présence d'une ménorragie associée).

À la suite de l'étude de ces séries publiées, il semble que la ménorragie et les symptômes associés au volume des fibromes ou à la pression exercée par ceux-ci sont atténués chez de 80 % à 90% des patientes après un an. La réduction moyenne du volume des fibromes à un an se situe entre 50 % et 60 %. Le recours à l'hystérectomie ou à la myomectomie en raison de complications est survenu chez 1 % des patientes. La réhospitalisation attribuable à des infections est également survenue chez 1 % des patientes. Les infections peuvent apparaître plusieurs mois à la suite de l'intervention. Les douleurs post-interventionnelles différées devraient faire soupçonner la présence d'un infarctus utérin. Cette complication peut mener à l'infection et entraîne toujours une hystérectomie chez les femmes étudiées.

Au moins cinq décès ont été signalés à la suite d'une EFU. Le premier cas signalé mettait en jeu un choc septique attribuable à *Escherichia coli* au Royaume-Uni¹⁸. On a cru que la patiente présentait une infection urinaire asymptomatique au moment de l'EFU. Pour ce qui est du deuxième cas, il s'agissait d'une Italienne de 60 ans présentant un cancer du sein connu qui a subi une EFU pour la prise en charge de ses fibromes. Après plusieurs jours de traitement à l'hôpital, cette dame a subi une embolie pulmonaire et est décédée¹⁹. Un autre décès attribuable à un choc septique à la suite d'une embolisation a été signalé par de Blok et coll. aux Pays-Bas²⁰. Au moment de l'autopsie, on a constaté une importante nécrose ischémique de l'utérus. La mise en culture a révélé la présence de streptocoques du groupe A²⁰. Aux États-Unis, deux décès constatés à la suite d'une EFU ont été signalés par Robert Worthington-Kirsch dans le cadre de la 31^e assemblée annuelle de la *American Association of the Gynecologic Laparoscopists*, laquelle s'est déroulée du 20 au 24 novembre 2002, à Miami Beach, en Floride (communication personnelle avec Dr Worthington-Kirsch, membre de la *Society of Interventional Radiology UFE Task Force*).

RECOMMANDATIONS

1. **Bien que les résultats préliminaires de l'embolisation de l'artère utérine soient encourageants, nous devrions aviser les femmes songeant au traitement de leurs fibromes que nous ne disposons pas de données sur les issues à long terme de cette intervention. (II-2-B)**
2. **L'EFU ne devrait être envisagée que pour les femmes présentant des fibromes symptomatiques ou problématiques qui, autrement, pourraient se voir conseiller de subir un traitement chirurgical. (III-A)**

ÉVALUATION DE LA PATIENTE

Pendant que nous nous affairons à établir l'innocuité et l'efficacité de la technique, nous estimons que l'EFU ne devrait être

recommandée qu'aux femmes présentant des fibromes symptomatiques qui, autrement, pourraient se voir conseiller de subir un traitement chirurgical. Parmi les symptômes, on pourrait trouver la ménorragie, la dysménorrhée, la dyspareunie et d'autres effets attribuables à la pression qu'exercent les fibromes sur les voies urinaires ou gastro-intestinales. Les patientes devraient être avisées des limites de l'EFU. Les femmes stériles (ou qui pourraient subséquemment souhaiter devenir enceinte) présentent des problèmes particuliers. Il est possible que les femmes qui présentent des états pathologiques constituant des contre-indications à la chirurgie, qui ne sont pas disposées à recevoir une transfusion sanguine (p. ex. Témoins de Jéhovah) ou qui ont déjà subi sans succès une chirurgie visant les fibromes estiment que l'EFU constitue un mode de traitement acceptable. Les patientes doivent toutefois être conscientes du fait que les complications possibles de cette intervention peuvent nécessiter l'exécution d'une hystérectomie.

INDICATIONS DE L'EFU

Un diagnostic prétraitement précis est essentiel et devrait être établi par le gynécologue orienteur. Toute patiente ayant des fibromes dont la présence a été démontrée, dans le cas de laquelle le potentiel de soulagement des symptômes l'emporte sur le potentiel de complications et ne présentant aucune contre-indication peut être candidate à l'EFU. Des mesures appropriées doivent être prises en vue de s'assurer que les plaintes formulées sont associées aux fibromes et non à une pathologie autre. La cavité utérine doit être rigoureusement évaluée et les saignements utérins anormaux doivent faire l'objet d'une exploration appropriée avant que l'on puisse envisager une EFU. Si les fibromes sont sous-muqueux, il faudrait envisager une prise en charge hystérocopique^{1,21}.

Lorsque vient le temps de délimiter les fibromes, l'imagerie par résonance magnétique (IRM) est supérieure à l'échographie; de plus, l'IRM est plus apte que cette dernière à permettre de reconnaître la présence d'une adénomyose, le cas échéant. Toutefois, ce ne sont pas toutes les régions du pays qui peuvent facilement avoir accès à des services d'IRM. Bien que la valeur de l'EFU dans le traitement de l'adénomyose n'ait pas été prouvée, le recours à cette technique peut être indiqué lorsque la patiente présente tant des fibromes qu'une adénomyose. Il est à noter que l'EFU est presque toujours effectuée sans diagnostic tissulaire des fibromes à traiter. Le radiologiste mettant en œuvre l'intervention devrait être à l'affût des résultats d'imagerie atypiques qui ne sont pas caractéristiques des fibromes. On a relevé plusieurs cas de fibromes présumés qui n'ont pas réagi à l'EFU et qui se sont plus tard avérés être des sarcomes²²⁻²⁵.

L'EFU ne constituera pas le mode de traitement privilégié dans tous les cas; une évaluation menée par le gynécologue et le radiologiste s'avérera nécessaire en vue de déterminer le choix de traitement approprié.

Pour l'instant, nous ne disposons pas de données suffisantes

pour promouvoir le recours à l'EFU à titre de moyen de préserver la fertilité chez les patientes qui nécessitent une intervention visant des fibromes symptomatiques, tout comme il est encore trop tôt pour en recommander l'utilisation à titre de moyen de traiter une infertilité que l'on soupçonne être associée à la présence de fibromes.

CONTRE-INDICATIONS

Bien qu'il soit possible que certains fibromes (volumineux, pédiculés ou très nombreux) ne réagissent pas aussi bien à l'EFU, nous ne disposons pas de données suffisantes pour prescrire le recours à cette dernière seulement en fonction de la taille ou du nombre des fibromes. La décision de procéder à une EFU devrait être individualisée en tenant compte des risques et des avantages prévus, par comparaison avec les autres modalités de traitement disponibles. Parmi les contre-indications absolues à l'EFU, on trouve la présence d'une infection génito-urinaire évolutive et/ou d'une tumeur maligne, un état immunitaire détérioré, une grave maladie vasculaire limitant l'accès, une allergie au produit de contraste radiographique et une fonction rénale insuffisante pouvant être aggravée par le produit de contraste. Les contre-indications relatives associées à la morphologie des fibromes (ou à la présence d'une adénomyose) doivent être pondérées en fonction des avantages anticipés de l'EFU et des risques relatifs de la chirurgie. Les fibromes sous-muqueux et pédiculés peuvent être considérés comme des contre-indications relatives, tout comme une occlusion précédente de l'artère iliaque interne ou utérine ou l'administration récente d'un analogue de la GnRH.

PATIENTES STÉRILES ET CELLES QUI ENVISAGENT UNE GROSSESSE SUBSÉQUENTE

Les signalements de grossesses menées à terme avec succès, à la suite de l'exécution d'une EFU pour une variété d'indications, ont été résumés par Goldberg et coll²⁶. Ceux-ci se sont intéressés à 34 grossesses à la suite d'une EFU. Le taux d'avortement spontané était de 32 %; le taux d'hémorragie post-partum, de 9 %; le taux d'accouchement prématuré, de 22 %; le taux de présentation anormale, de 22 %; et le taux de césarienne, de 65 %.

Dans le cadre du *Ontario UFE multicentre trial*², 555 femmes présentant des fibromes symptomatiques ont subi une embolisation entre juin 1998 et novembre 2000; 164 d'entre elles (30 %) souhaitaient demeurer ou devenir fertiles par la suite. Dix-sept femmes ont connu une grossesse, deux d'entre elles à deux reprises, et 18 de ces 19 grossesses ont été obtenues de façon spontanée. Ces grossesses à la suite d'une EFU ont eu pour issue 14 naissances vivantes (huit à terme, six prématurées), quatre avortements spontanés (15,8 %) et un avortement thérapeutique. Huit des naissances se sont déroulées par césarienne, dont deux en raison d'un *placenta praevia*. Deux cas de *placenta accreta* et un cas de placenta membraneux ont été constatés. Compte tenu de ces risques élevés de complications

placentaires, il serait prudent d'effectuer le suivi des grossesses à la suite d'une EFU au sein d'une clinique spécialisée ayant accès à des services d'échographie qui sont en mesure de mener des études placentaires précoces, en vue de dépister la présence d'un *placenta accreta* (lequel peut résulter d'une implantation sur une région dénudée de l'endomètre)²⁷.

Les patientes qui expriment un intérêt envers l'embolisation, à titre de moyen de restaurer leur fertilité, doivent être avisées des complications potentielles de l'intervention et du fait que la restauration de la fertilité ne constitue pas encore une indication reconnue de cette dernière. De plus, les risques de voir des effets indésirables affecter une grossesse subséquente n'ont pas encore été déterminés²⁷.

Indépendamment de ces limites, la patiente, le gynécologue et le radiologiste doivent évaluer les risques et les avantages de cette intervention de façon individualisée. Les femmes qui choisissent de subir une EFU conformément à l'une de ses indications gynécologiques mieux acceptées doivent être avisées que les effets de cette intervention sur la grossesse et l'accouchement sont incertains, compte tenu de l'absence de données suffisantes à ce sujet. La stérilité et les fausses couches à répétition ne devraient pas être considérées comme des indications habituelles de l'EFU, et ce, jusqu'à ce qu'un essai comparatif clinique (disposant d'une approbation pertinente émise par un comité d'éthique) ait établi l'innocuité et l'efficacité de cette dernière à ces fins. Il est recommandé que les conseils susmentionnés apparaissent dans les renseignements écrits qui sont remis à la patiente avant les consultations initiales avec le radiologiste et/ou le gynécologue; de plus, un formulaire de consentement écrit devrait être conçu de façon à consigner clairement que la patiente comprend les risques en cause. Des grossesses à la suite d'une EFU continueront d'être constatées. Il est très important de recueillir, d'évaluer et de disséminer les renseignements propres à ces grossesses.

La myomectomie demeure une option acceptable pour certaines femmes souhaitant une grossesse¹.

RECOMMANDATIONS

3. Le recours à l'EFU à titre de traitement contre les fibromes chez des patientes souhaitant préserver leur fertilité devrait être mis en œuvre conjointement avec l'offre, aux patientes en question, de renseignements complets au sujet des limites d'une telle intervention et de l'absence de données sur la fertilité subséquente et les issues de la grossesse. (III-C)
4. L'EFU est contre-indiquée chez les femmes qui présentent des signes d'une infection génito-urinaire évolutive et/ou d'une tumeur maligne. (II-2-B)
5. Les femmes qui choisissent l'EFU à titre de solution de rechange à l'hystérectomie devraient être avisées des risques de complications majeures propres à l'EFU, en raison desquelles il est possible qu'une hystérectomie

s'avère d'une importance potentiellement vitale et doit être pratiquée d'urgence. À la lumière de ce faible mais important risque, l'EFU est relativement contre-indiquée chez les femmes qui refusent catégoriquement de subir une hystérectomie. (III-C)

CONSENTEMENT

Comme pour tout consentement visant une intervention, un certain délai devrait être accordé à la patiente pour que celle-ci prenne dûment en considération les risques et les avantages du recours à une EFU. À la suite d'une évaluation complète effectuée par le gynécologue, les patientes qui souhaitent subir une EFU devraient en discuter avec le radiologiste responsable et, une fois de plus, prendre le temps de bien songer à leur décision avant que l'intervention soit mise en œuvre. Le consentement complet doit contenir une divulgation des options disponibles et des complications potentielles. Un exemple de formulaire de consentement valable apparaît à l'annexe 1 et un dépliant d'information destiné aux patientes typique apparaît à l'annexe 2. Les omnipraticiens et les médecins orienteurs doivent être tenus au courant des détails de cette nouvelle intervention et de ses risques. Un exemple de dépliant d'information destiné aux médecins apparaît à l'annexe 3.

Tout devrait être mis en œuvre en vue d'éviter les interventions d'embolisation des fibromes en présence d'un début de grossesse. Bien que l'embolisation puisse être pratiquée à quelque stade des menstruations que ce soit lorsque le radiologiste a bonne foi que la patiente a pris des précautions contraceptives adéquates, l'EFU ne devrait être effectuée qu'au cours de la période allant de la phase du début à la phase mi-folliculaire du cycle, lorsqu'une contraception adéquate n'a pas été assurée. Les patientes qui se présentent pour l'intervention au cours d'une phase ultérieure de leur cycle devrait se voir offrir un autre rendez-vous suivant leurs menstruations; de plus, cette situation devrait être documentée au sein des notes hospitalières.

INTERVENTION ET OPTIMISATION PÉRI-OPÉRATOIRE

L'infection urinaire doit, le cas échéant, être éradiquée. Les dispositifs contraceptifs intra-utérins doivent, le cas échéant, être retirés avant l'intervention.

Avant l'intervention, une imagerie adéquate des fibromes par IRM ou échographie devrait être effectuée et analysée. Les antécédents menstruels doivent être soigneusement vérifiés et un test de grossesse doit être effectué afin d'écartier la possibilité d'une grossesse, si cela s'avère approprié. Un consentement adéquat doit avoir été obtenu à la suite du processus de consultation.

Les radiologistes d'intervention peuvent procéder à l'EFU en consultation interne ou externe. L'exécution de l'intervention tôt dans la journée favorise une meilleure maîtrise de la douleur post-interventionnelle. Des protocoles hospitaliers devraient être

disponibles et devraient inclure un protocole péri-interventionnel sur la sédation et le soulagement de la douleur. L'EFU ne devrait être pratiquée qu'au sein d'un bloc angiographique spécialisé permettant l'angiographie numérique avec soustraction. Le matériel utilisé doit permettre le béquillage multiple, de façon à ce que des vues obliques puissent être obtenues et que la dose de rayonnement puisse être minimisée²⁸. Le matériel doté d'un mode fluoroscopique pulsé peut s'avérer utile à cet égard. Avant l'intervention, l'accès intraveineux doit avoir été établi afin de permettre l'administration d'une sédation et d'une analgésie pendant l'intervention. Un système d'analgésie contrôlée par la patiente peut être mis en place à la suite de l'intervention. Un suivi approprié (dont l'oxymétrie pulsée) est obligatoire²⁹. Les normes existantes de la CAR en matière de radiologie d'intervention devraient être mises en œuvre.

L'objectif de l'EFU est de suffisamment réduire, à l'aide de particules d'embolie, le débit sanguin dans les deux artères utérines, de façon à engendrer la nécrose ischémique des fibromes utérins les plus vulnérables, et ce, sans entraîner d'effets indésirables permanents quant aux parties normales de l'utérus.

Une approche transfémorale percutanée standard (habituellement du côté droit) est utilisée pour obtenir accès aux deux artères iliaques internes. À l'occasion, une ou des ponctions du côté gauche ou bilatérales peuvent être utilisées. Une fois la position du cathéter dans l'artère iliaque interne confirmée, un fil-guide est manipulé dans l'artère utérine et le cathéter est introduit sur le fil-guide. Un produit de contraste est injecté en vue de confirmer le bon positionnement du cathéter au sein de l'artère utérine. L'artériographie est effectuée à ce stade afin de documenter la vascularité et la taille de l'utérus fibromateux, ainsi que le bon positionnement du cathéter. On procède, par la suite, à l'embolisation.

L'agent le plus couramment utilisé sont les particules d'alcool de polyvinyle (un agent non biodégradable bien établi et offert dans une variété de dimensions); toutefois, l'utilisation de nouveaux agents gagne en expérience. L'agent embolique est mélangé au produit de contraste au fur et à mesure de l'injection de ce dernier, en vue de faire le suivi de l'emplacement des particules et de l'évolution de l'embolisation. De fréquentes injections de test de produit de contraste peuvent également être mises en œuvre. Au fur et à mesure que les particules obstruent l'arbre artériel, la vitesse de la clairance du produit de contraste diminue jusqu'à atteindre un point de stase ou même de reflux au sein de l'artère utérine. Cela peut servir d'événement cible pour l'embolisation. Certains radiologistes font appel à une approche plus modérée en adoptant, comme événement cible, un ralentissement plutôt qu'une absence de débit au sein de l'artère utérine. Les différences en matière d'efficacité et de taux de complications entre ces deux approches nécessitent de plus amples recherches.

Une maîtrise de la douleur et un suivi adéquats de la patiente sont essentiels au cours de la période post-interventionnelle. Il

existe de nombreuses approches publiées en ce qui concerne la prise en charge de la douleur, y compris le recours aux narcotiques (par voie orale ou par analgésie contrôlée par la patiente), aux anti-émétiques et, plus récemment, à l'analgésie régionale ou péridurale. La tenue de consultations entre les services de radiologie, de gynécologie et peut-être même d'anesthésie (dans certains centres) peut s'avérer nécessaire.

Une fois que la patiente a été déterminée comme étant candidate à l'embolisation, le choix de la technique d'intervention revient au radiologiste. À la suite de l'intervention, la patiente est prise en charge conjointement par le radiologiste et le gynécologue (et peut-être même par l'anesthésiste). L'aspect le plus important, quant aux soins offerts à la patiente, tourne autour du fait que celle-ci devrait avoir rapidement accès à un fournisseur de soins de santé qualifié et identifié qui sera en mesure de dissiper les anxiétés associées aux séquelles prévues, et d'agir immédiatement en présence de tout signe de l'apparition d'un problème grave.

Les radiologistes peuvent assumer, en tout ou en partie, la responsabilité médicale principale quant aux soins offerts à la patiente pendant son hospitalisation, tout comme n'importe quel autre praticien autorisé, pourvu que leurs compétences, leur formation et les installations disponibles soient suffisantes pour assurer l'offre de soins appropriés, et ce, jusqu'à ce que la responsabilité en question soit de nouveau assumée par le praticien orienteur. Lorsque les radiologistes travaillent au sein d'un hôpital ne disposant pas d'une unité de gynécologie, des procédures ayant fait l'objet d'un accord, en ce qui concerne la communication entre les cliniciens afin d'assurer un accès rapide au spécialiste approprié, sont essentielles. Puisque le gynécologue, le radiologiste et, parfois, l'anesthésiste et le fournisseur de soins de premier recours participent tous à la prise en charge de la patiente, il est important qu'ils adoptent une approche d'équipe envers les complications potentielles, afin de s'assurer que la patiente bénéficie de soins appropriés au moment opportun.

RECOMMANDATIONS

- 6. L'infection génito-urinaire est la principale cause de morbidité grave et de mortalité. De plus amples recherches sont requises quant à l'utilité de l'antibio-prophylaxie et à la valeur du dépistage de cette infection avant l'intervention. (II-2-B)**
- 7. Un gynécologue possédant une bonne connaissance de l'EFU devrait évaluer toutes les patientes envisageant cette dernière, et ce, avant de prendre les mesures nécessaires à l'exécution de l'intervention et d'en arriver à un consensus avec le radiologiste quant au caractère approprié de cette dernière. (III-C)**
- 8. Seuls les radiologistes comptant une expérience et des techniques spécialisées en embolisation devraient effectuer des EFU. (III-C)**

EFFETS INDÉSIRABLES ET COMPLICATIONS

Parmi les risques et les complications péri-opératoires, on trouve l'infection, les saignements et les hématomes au site de ponction inguinal de l'artère fémorale; les réactions allergiques ou anaphylactiques au produit de contraste iodé; et l'occlusion incomplète de l'artère utérine, ainsi que l'embolisation accidentelle d'organes non ciblés³⁰⁻³³. De telles complications surviennent dans approximativement 1 % à 2 % des interventions. Les hématomes au site de ponction sont fréquents, mais il est peu probable qu'ils entraînent des conséquences importantes. Les réactions indésirables graves au produit de contraste sont rares; de plus, chez les femmes non diabétiques présentant une fonction rénale normale, l'utilisation d'une dose typique de produit de contraste n'entraîne habituellement aucun problème. La présence de spasmes dans l'artère utérine, si elle s'avère excessive, peut être minimisée à l'aide d'un vasodilatateur intra-artériel ou de techniques de micro-cathéter; toutefois, la dissection ou l'occlusion artérielle peut prévenir l'embolisation efficace de l'artère en question.

A. DOULEUR PELVIENNE ABDOMINALE PRÉCOCE OU AIGÜE

Pratiquement toutes les femmes connaissent un certain degré de douleur aiguë, laquelle nécessite souvent une hospitalisation avec suivi et protocoles intensifs de prise en charge de la douleur. Aucune corrélation n'a été établie entre les dimensions utérines, le nombre ou les dimensions des myomes, la durée de l'intervention, la quantité de particules d'alcool de polyvinyle ou l'issue clinique du traitement². On estime que cette douleur est attribuable à une ischémie non spécifique de l'utérus et des fibromes. La douleur en question réagit à divers moyens en visant la maîtrise, dont les opiacés et les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS)².

B. SYNDROME POST-EMBOLISATION

Jusqu'à 40 % des femmes connaissent une constellation de symptômes, dont la douleur abdominale diffuse, le malaise généralisé, l'anorexie, la nausée, les vomissements, une température subfébrile et la leucocytose³². Le syndrome est spontanément résolutif et se résorbe habituellement dans un délai de 48 heures en présence d'un traitement conservateur et de soutien, lequel consiste en des fluides intraveineux et en une maîtrise adéquate de la douleur (y compris le recours à des AINS).

C. INFECTION

L'incidence de la morbidité et de la septicémie fébriles à la suite de l'embolisation a été signalée comme se situant entre 1,0 % et 1,8 %³⁰⁻³³. Parmi les infections recensées, on trouve la pyométrie accompagnée d'une endomyométrite, la salpingite chronique bilatérale, l'abcès ovario-tubaire et les myomes infectés. L'agent

pathogène le plus fréquemment isolé est *Escherichia coli*³³. Certaines femmes ont réagi à l'antibiothérapie, tandis que d'autres ont nécessité une hospitalisation prolongée, un traitement intensif et une hystérectomie. Une femme est décédée à la suite de l'embolisation de l'artère utérine, et ce, malgré une hystérectomie abdominale pratiquée 17 jours après l'embolisation et la mise en œuvre d'un traitement intensif. Il n'a pas été démontré que l'antibioprophylaxie était efficace et son utilisation devrait être réservée aux femmes présentant des risques élevés d'infection, conformément aux lignes directrices établies³⁴.

D. DOULEUR PERSISTANTE OU CHRONIQUE

Chez 5 % à 10 % des femmes, la douleur persiste pendant deux semaines. Lorsqu'elle se prolonge pendant plus de deux ou trois mois, la douleur persistante (en l'absence d'infection) ne se résorbe pas spontanément et peut nécessiter une intervention chirurgicale. Le recours à l'hystérectomie pour des raisons de douleur post-embolisation a été signalé chez jusqu'à 2 % des femmes dans un délai de six mois à la suite de l'embolisation^{31,32,35}.

E. DYSFONCTIONNEMENT OVARIEN

Des symptômes transitoires et permanents indiquant une insuffisance ovarienne ont été signalés chez jusqu'à 10 % des femmes à la suite de l'embolisation de l'artère utérine. Bien que les facteurs sous-jacents qui mènent au dysfonctionnement ovarien soient inconnus, les données disponibles indiquent que les femmes de plus de 45 ans courent un risque accru de connaître une insuffisance ovarienne post-embolisation^{30,36}. La présence d'une insuffisance ovarienne nuit grandement à la préservation de la fertilité.

F. DYSFONCTIONNEMENT MENSTRUEL

Des améliorations quant aux saignements menstruels ont été signalées chez plus de 90 % des femmes à la suite de l'embolisation de l'artère utérine^{11,12}. Ces améliorations sont fonction de l'âge, les plus marquées survenant après 50 ans. Une aménorrhée transitoire et une aménorrhée permanente ont été signalées chez 15 % et 3 % des femmes, respectivement^{16,31,37}. L'aménorrhée suivant une embolothérapie est également fortement fonction de l'âge et l'on signale qu'elle est associée à une fonction ovarienne en déclin.

G. EXPULSION TRANSCERVICALE DES MYOMES

À la suite de l'EFU, une expulsion spontanée des myomes par le col utérin a été signalée chez environ 5 % à 10 % des femmes^{32,38,39}. Soixante pour cent des femmes présentant des myomes sous-muqueux, confirmés par hystéroscopie, ont expulsé des myomes par voie vaginale à la suite de l'embolisation de l'artère utérine³⁹.

H. INTÉGRITÉ DE LA PAROI UTÉRINE

L'intégrité et les caractéristiques physiques et histopathologiques

de la paroi utérine à la suite de l'embolisation de l'artère utérine demeurent inconnues. Des anomalies de la paroi utérine⁴⁰, une fistule utérine⁴¹ et un cas de nécrose utérine diffuse⁴² ont été signalés à la suite de l'embolisation de l'artère utérine. Bien que des grossesses et des accouchements normaux aient été signalés à la suite de l'occlusion de l'artère utérine, nous ne disposons pas de données à long terme suffisantes au sujet des issues génésiques suivant cette intervention; il serait donc prudent de réserver l'embolisation aux femmes qui ne souhaitent pas connaître une grossesse subséquente^{26,27,43}.

I. HYSTÉRECTOMIE

Le nombre de femmes qui subissent une hystérectomie à la suite de l'embolisation de l'artère utérine a été utilisé à titre d'indicateur quant à la mesure de l'échec du traitement^{11,12}. Le taux d'hystérectomie dans un délai de six mois à la suite de l'embolisation a été signalé comme étant de 1 % à 2 %. Parmi les indications, on trouvait l'infection, les saignements persistants, la douleur persistante, le prolapsus des fibromes, et les tumeurs malignes utérines^{12,13,30,38}.

K. MORTALITÉ

Reportez-vous à la section « Avantages et risques de l'EFU » de la présente directive clinique.

RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Le gynécologue ayant orienté une patiente en vue d'une EFU et le radiologiste assument la responsabilité de disposer d'une compréhension adéquate de l'intervention, et de faire preuve d'une volonté de collaboration visant à garantir la sélection adéquate des patientes, un suivi approprié et la prise en charge des complications. Le gynécologue doit être en mesure d'offrir une solution chirurgicale, si la présence d'une complication le nécessite. Le radiologiste doit disposer d'une vaste expérience en matière d'embolisation artérielle sélective et d'une connaissance approfondie de l'anatomie et des risques propres à l'intervention, et/ou détenir une formation systématique quant aux techniques d'EFU.

RECOMMANDATION

9. Les responsabilités particulières du gynécologue et du radiologiste devraient être établies avant le traitement et être énoncées dans le cadre d'un protocole hospitalier pertinent. Un médecin particulier doit être responsable de la patiente en tout temps. (III-C)

REGISTRE NATIONAL CANADIEN CENTRALISÉ EN MATIÈRE D'EFU

Face à l'émergence continue de nouvelles interventions ou de nouveaux modes de traitement de par le monde, on fait de plus

en plus appel au concept de registre national. Le *European registry for aortic stent grafting* et le récent *UFE and Legs for Life registries* américain en constituent des exemples. La mise sur pied d'un registre permet le suivi continu de la fréquence et de la réussite de l'intervention visée, particulièrement lorsque de nouvelles et d'anciennes approches font l'objet de débats.

Les données seraient recueillies auprès des gynécologues, des radiologistes et des patientes. Des formulaires de registre, des dépliants d'information destinés aux patientes, et des formulaires de consentement seraient expédiés aux radiologistes et aux gynécologues d'une façon et à l'aide de ressources qui devraient être déterminées par un comité mixte SOGC/CAR/ACRI.

Un dépliant d'information destiné aux patientes normalisé et approuvé par la SOGC/CAR/ACRI pourrait constituer la base du consentement éclairé. Le consentement de la patiente quant à la participation à un suivi téléphonique serait également obtenu avant l'intervention. Une série de formulaires simples devrait s'avérer suffisante pour la cueillette des renseignements propres aux patientes et des données cliniques et interventionnelles.

Ces données devraient être intégrées à une base de données nationale. L'objectif du registre devrait être de déterminer les taux de complication péri-interventionnelle et tardive de l'EFU, ainsi que les issues cliniques et la « satisfaction quant au traitement ». Tous les 12 mois, la patiente serait sollicitée directement et un autre questionnaire serait rempli par téléphone.

RECOMMANDATION

10. Un registre national canadien sur les nombres, les indications, les issues, les complications et les grossesses réussies associés à l'EFU devrait être mis sur pied, ainsi que géré et financé conjointement par la SOGC, la CAR et l'ACRI. (III-C)

RÉFÉRENCES

- Lefebvre G, Vilos G, Allaire C, Jeffrey J. « La prise en charge des léiomyomes utérins », Directive clinique de la SOGC, n° 128, mai 2003, *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 25, n° 5, 2003, p. 407–18.
- Burbank F, Hutchins FL. « Uterine artery occlusion by embolization or surgery for treatment of fibroids: a unifying hypothesis-transient uterine ischemia », *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol. 7, 2000, p. S1–49.
- Ravina JH, Herbreteau D, Ciraru-Vigneron N, Bouret JM, Houdart E, Aymard A et coll. « Arterial embolization to treat uterine myomata », *Lancet*, vol. 346, 1995, p. 671–2.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists et Royal College of Radiologists. *Clinical recommendations on the use of uterine artery embolisation in the management of fibroids: report of a joint working party*, Londres (R.-U.) : RCOG Press, novembre 2000.
- Liu WM. « Laparoscopic coagulation of uterine vessels to treat symptomatic leiomyomas », *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol. 7, 2000, p. 25–9.
- Lui WU, Ng HT, Wu YC, Yen YK, Yuan CC. « Laparoscopic bipolar coagulation of uterine vessels: a new method for treating symptomatic fibroids », *Fertil Steril*, vol. 75, n° 2, 2001, p. 417–22.
- Lichtinger M, Hallson L, Calvo P, Adeboyejo G. « Laparoscopic uterine artery occlusion for symptomatic leiomyomas », *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol. 9, 2002, p. 191–8.
- Istre O, Hald K, Quigstad E. « Multiple myomas treated with a temporary non-invasive, Doppler-directed, transvaginal uterine artery clamp », *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol. 11, n° 2, 2004, p. 273–8.
- Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. *Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique*, Ottawa (Ont.), Groupe Communication Canada, 1994, p. xxxvii.
- Ravina JH, Bouret JM, Ciraru-Vigneron N, Repiquet D, Herbreteau D, Aymard A et coll. « Recourse to particulate arterial embolization in the treatment of some uterine leiomyomata », *Bull Acad Natl Med*, vol. 181, 1997, p. 233–46. En français.
- Pron G, Bennett J, Common A, Wall J, Asch M, Sniderman K pour le Ontario Uterine Fibroid Embolization Collaborative Group. « Uterine fibroids reduction and symptom relief after uterine artery embolization for fibroids », *Fertil Steril*, vol. 79, 2003, p. 120–7.
- Pron G, Mocarski E, Cohen M, Colgan T, Bennett J, Common A et coll. « Hysterectomy for complications after uterine artery embolization for leiomyoma: results of a Canadian multicentre clinical trial », *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol. 10, n° 1, 2003, p. 83–90.
- Walker WJ, Pelage JP. « Uterine artery embolization for symptomatic fibroids: clinical results in 400 women with imaging follow-up », *Br J Obstet Gynaecol*, vol. 109, 2002, p. 1262–72.
- Worthington-Kirsch RL, Popky GL, Hutchins FL Jr. « Uterine arterial embolization for the management of leiomyomas: quality-of-life assessment and clinical response », *Radiology*, vol. 208, 1998, p. 25–9.
- Hutchins FL, Worthington-Kirsch R, Berkowitz RP. « Selective uterine artery embolization as primary treatment for symptomatic leiomyomata uteri », *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol. 8, 1999, p. 279–85.
- Spies JB, Warren EH, Mathias SD, Walsh SM, Roth AR, Pentecost MJ. « Uterine fibroid embolization: measurement of health-related quality of life before and after therapy », *J Vasc Interv Radiol*, vol. 10, 1999, p. 1293–303.
- Spies JB, Scialli AR, Jha RC, Imaoka I, Ascher SM, Fraga VM et coll. « Initial results from uterine fibroid embolization for symptomatic leiomyoma », *J Vasc Interv Radiol*, vol. 10, 1999, p. 149–57.
- Vashisht A, Studd J, Carey A, Burn P. « Fatal septicaemia after fibroid embolization » [lettre], *Lancet*, vol. 354, 1999, p. 307–8.
- Lanocita R, Frigeno LF, Patelli G, DiTolla G, Spreafico C. *A fatal complication of precutaneous transcatheter embolization for treatment of uterine fibroids. 2nd International Symposium on the Embolization of Uterine Myomata*, 17–18 septembre, 1999, Boston, Massachusetts.
- de Blok S, de Vries C, Prinssen HM, Blaauwgeers HL, Jorna-Meijer LB. « Fatal sepsis after uterine artery embolization with microspheres », *J Vasc Interv Radiol*, vol. 14, n° 6, 2003, p. 779–83.
- Vilos G, Lefebvre G, Graves G. « Lignes directrices sur la prise en charge du saignement utérin anormal », Directive clinique de la SOGC, n° 106, août 2001, *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 23, n° 8, 2001, p. 710–16.
- Al-Badr A, Faught W. « Uterine artery embolization in undiagnosed uterine sarcoma », *Obstet Gynecol*, vol. 97, 2001, p. 836–7.
- Joyce A, Hessami S, Heller D. « Leiomyosarcoma after uterine artery embolization. A case report », *J Reprod Med*, vol. 46, n° 3, 2001, p. 278–80.
- Spies JB, Spector A, Roth AR, Baker CM, Mauro L, Murphy-Skrynarz K. « Complications after uterine artery embolization for leiomyomas », *Obstet Gynecol*, vol. 100, n° 5, 2002, p. 873–80.
- D'Angelo A, Amso NN, Wood A. « Uterine leiomyosarcoma discovered after uterine artery embolization », *J Obstet Gynecol*, vol. 23, n° 6, 2003, p. 686–7.
- Goldberg J, Pereira L, Berghella V. « Pregnancy after uterine artery embolization », *Obstet Gynecol*, vol. 100, 2002, p. 869–72.
- Pron G, Mocarski E, Vilos GA, Bennett JD, Common A, Vanderburg L pour Ontario UFE Collaborative Group. « Pregnancy after fibroid uterine artery embolization: the Ontario UFE trial », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 25, 2003, p. S32–33.
- Nikolic B, Spies JB, Lundsten MJ, Abbara S. « Patient radiation dose association with uterine artery embolization », *Radiology*, vol. 214, 2000, p. 121–5.
- Royal College of Anaesthetists et Royal College of Radiologists. *Sedation and anaesthesia in radiology. Report of a joint working party of the Royal College of Anaesthetists and Royal College of Radiologists*, Londres : RCA, 1992.

-
30. Goodwin SC, McLucas B, Lee M, Chen G, Perrella R, Vedantham S et coll. « Uterine artery embolization for the treatment of uterine leiomyomata: midterm results », *J Vasc Interv Radiol*, vol. 10, 1999, p. 1159–65.
 31. Spies JB, Spector A, Roth AR, Baker CM, Mauro L, Murphy-Skrzynarg L. « Complications after uterine artery embolization for leiomyomas », *Obstet Gynecol*, vol. 100, 2002, p. 873–80.
 32. Vilos GA. « Side effects and complications of embolization », dans : Tulandi T, éditeur. *Uterine fibroids: embolization and other treatments*, Cambridge University Press, 2003, p. 111–8.
 33. Walker W, Green A, Sutton C. « Bilateral uterine artery embolization for myoma: results, complications, and failures », *Min Invas Ther Allied Technol*, vol. 8, 1999, vol. 449–54.
 34. American College of Obstetricians and Gynecologists. « Antibiotic prophylaxis for gynecologic procedures », *ACOG Prac Bull* (janvier), vol. 23, 2001, p. 109.
 35. Siskin GP, Stainken BF, Dowling K, Meo P, Ahn J, Dolen EG. « Outpatient uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids: experience in 49 patients », *J Vasc Interv Radiol*, vol. 11, 2000, p. 305–11.
 36. Amato P, Roberts A. « Transient ovarian failure: a complication of uterine artery embolization », *Fertil Steril*, vol. 75, n° 2, 2001, p. 438–9.
 37. Pelage JP, LeDref O, Soyer P, Kandache M, Daham H, Abitbol M et coll. « Fibroid related menorrhagia: treatment with super-selective embolization of the uterine arteries and midterm follow-up », *Radiology*, vol. 215, 2000, p. 428–31.
 38. Walker W, Green A, Sutton C. « Bilateral uterine artery embolization for myoma: results, complications, and failures », *Min Invas Ther Allied Technol*, vol. 8, 1999, p. 449–54.
 39. Felemban A, Valenti D, Stein L, Tulandi T. « Spontaneous uterine restoration following uterine artery embolization and repeated expulsion of myomas », *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol. 8, 2001, p. 442–4.
 40. De Iaco P, Muzzupapa G, Golfieri R, Ceccarini M, Roset B, Baroncini S. « A uterine wall defect after uterine artery embolization for symptomatic myomas », *Fertil Steril*, vol. 77, n° 1, 2002, p. 176–8.
 41. De Iaco P, Golfieri R, Ghi T, Mazzupapa A, Ceccarini M, Bovicelli L. « Uterine fistula induced by hysteroscopic resection of an embolized migrated fibroid: a rare complication after embolization of uterine fibroids », *Fertil Steril*, vol. 75, n° 4, 2001, p. 818–20.
 42. Godfrey CD, Zbella EA. « Uterine necrosis after uterine artery embolization for leiomyoma », *Obstet Gynecol*, vol. 98, 2001, p. 950–2.
 43. Ravina JH, Ciracu-Vigneron NC, Aymard A, Le Dref O, Merland JJ. « Pregnancy after embolization of uterine myoma: report of 12 cases », *Fertil Steril*, vol. 73, 2000, p. 1241–3.

ANNEXE I

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'EMBOLISATION DE L'ARTÈRE UTÉRINE (FIBROMES)

J'ai remis à la patiente, _____, des renseignements écrits au sujet de l'embolisation des fibromes et j'ai discuté de cette intervention et des solutions de rechange avec elle. J'ai avisé la patiente des complications et des séquelles possibles, je lui ai accordé du temps pour songer aux autres options et j'ai répondu à ses questions. Je dispose de la formation et des compétences requises pour effectuer cette intervention.

Signé : _____

Nom (en majuscules) : _____
(Radiologiste d'intervention)

Date : _____

J'ai lu et compris les explications au sujet des fibromes et de la façon dont ils peuvent être traités. Après en avoir discuté avec le gynécologue, _____, et le radiologiste d'intervention, _____, et avoir pris le temps de songer aux options, j'ai décidé de subir une embolisation des fibromes (intervention également connue sous le nom d'embolisation de l'artère utérine ou d'embolisation des fibromes utérins).

Je consens à l'hystérectomie en présence d'une complication grave qui en nécessite l'exécution. Je reconnais que l'embolisation des fibromes constitue une intervention relativement nouvelle et j'accepte le fait que les avantages à long terme de ce traitement n'aient pas encore fait l'objet d'études. Je comprends également que je devrai me soumettre à des vérifications régulières, de façon à ce que le gynécologue et le radiologiste d'intervention puissent s'assurer de mon bon état de santé et, du même coup, obtenir plus de renseignements au sujet des résultats de l'intervention. Je consens également à ce que les renseignements qui me concernent soient soumis, à titre confidentiel, à un registre national.

Signé : _____

Nom (en majuscules) : _____
(patiente)

Date : _____

EMBOLISATION DES FIBROMES : RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AUX PATIENTES

Le présent dépliant s'affaire à expliquer les options offertes pour le traitement des fibromes et, en particulier, à décrire une technique connue sous le nom d'embolisation des fibromes.

QUE SONT LES FIBROMES?

Les fibromes sont des tumeurs bénignes courantes de la paroi musculaire de l'utérus qui peuvent entraîner plusieurs problèmes, en fonction de leurs dimensions et de leur emplacement. Certaines femmes présentant des fibromes connaissent des menstruations abondantes, prolongées et/ou douloureuses. Chez certaines autres, la présence de fibromes peut être associée à des problèmes de fertilité. Il ne faut toutefois pas oublier qu'il existe de nombreuses autres causes possibles entraînant d'abondantes menstruations, ainsi que des causes plus courantes pour expliquer les problèmes de fertilité. Avant de songer à un traitement visant les fibromes, il est important de s'assurer qu'aucune autre pathologie n'est à l'origine des symptômes.

Parfois, les fibromes exercent une pression sur les structures environnantes et entraînent des difficultés à uriner ou sont à l'origine d'une sensation de ballonnement. Bien que les fibromes prennent parfois la forme de tumeurs simples, il arrive fréquemment que les femmes présentent plusieurs fibromes au sein de leur utérus. Les dimensions de ces fibromes varient, de celles d'une cerise à celles d'un melon d'eau.

Nous ne savons pas pourquoi les fibromes apparaissent, mais nous savons toutefois qu'ils dépendent des œstrogènes qui circulent dans le corps. Après la ménopause (retour d'âge), période pendant laquelle le corps compte bien moins d'œstrogènes, les fibromes devraient cesser de croître ou pourraient même rétrécir; toutefois, les fibromes les plus gros ont plutôt tendance à se maintenir.

La plupart des fibromes ne nécessitent aucun traitement. Cependant, lorsque les fibromes entraînent de la douleur ou des saignements abondants, nous pouvons compter sur de nombreuses solutions de rechange visant l'amélioration de ces symptômes. Bien des femmes présentent des fibromes sans le savoir et sans que cela n'engendre des symptômes gynécologiques. Toutefois, si un traitement s'avère nécessaire, il est important de bien songer aux options offertes.

OPTIONS DE TRAITEMENT FACE AUX FIBROMES

MÉDICAMENTS

Les médicaments n'éliminent pas les fibromes, mais peuvent en soulager certains des symptômes. Discutez avec votre médecin des médicaments qui pourraient vous être utiles.

GnRHa

Il n'existe qu'un seul type de médicament hormonal pouvant temporairement réduire les dimensions des fibromes : le GnRHa. Ce médicament berne le corps en lui faisant croire qu'il en est rendu à la ménopause; ainsi, les fibromes rapetissent. Cependant, dès que l'on abandonne le médicament, les fibromes ont tendance à reprendre leurs dimensions précédentes ou parfois même à devenir plus gros qu'auparavant, et ce, dans un court délai. Ce médicament ne peut pris que pendant six mois puisque, par la suite, il peut engendrer un amincissement des os. On l'utilise principalement en vue de réduire les dimensions des fibromes tout juste avant une chirurgie, de façon à faciliter l'intervention en question.

CHIRURGIE

On a recours à deux principaux types de chirurgie pour contrer les fibromes.

HYSTÉRECTOMIE

Le terme « hystérectomie » signifie le retrait de l'utérus. Il s'agit du traitement le plus efficace contre les fibromes puisqu'il empêche toute réapparition de ces derniers. L'hystérectomie est une intervention majeure et les patientes qui la subissent doivent habituellement demeurer à l'hôpital pendant quelques jours à la suite de la chirurgie, selon le type d'intervention et la nature de la récupération initiale. Il est essentiel de prendre du repos par la suite et, dans certains cas, jusqu'à six semaines

d'activités réduites seront recommandées.

À la suite d'une hystérectomie, les femmes ne peuvent plus tomber enceinte. L'hystérectomie ne constitue donc pas une option valable pour les femmes qui souhaitent avoir des enfants, particulièrement celles qui sont à la recherche d'une solution à leurs problèmes de fertilité. Si les ovaires ne sont pas retirés du même coup, l'hystérectomie n'entraînera pas de modifications hormonales.

MYOMECTOMIE

La myomectomie constitue également une intervention majeure puisqu'elle consiste à retirer les fibromes de l'utérus, tout en assurant la reconstruction de la paroi utérine par la suite. Cette intervention a pour avantage que, puisque l'utérus reste en place, la grossesse demeure possible. Elle compte cependant deux désavantages possibles. Premièrement, cette chirurgie peut laisser des adhérences (cicatrices) à l'intérieur du bassin qui, au pire, peuvent entraîner le blocage des trompes de Fallope, ce qui empêcherait le déclenchement d'une grossesse. Deuxièmement, puisqu'il s'agit d'une intervention abdominale et que les fibromes contiennent beaucoup de sang, il existe un risque de complications (y compris l'hémorragie et des lésions aux organes) et le délai de récupération est semblable à celui de l'hystérectomie.

EMBOLISATION DES FIBROMES

Depuis de nombreuses années, l'embolisation (blocage des artères) de l'utérus est pratiquée pour traiter une variété de pathologies. Depuis les 10 dernières années, cette technique est utilisée pour les patientes présentant des fibromes symptomatiques. Un groupe de Paris a été le premier à en signaler l'utilisation en 1995. Cette intervention, qui ne nécessite ni anesthésie générale ni incision majeure, est connue sous le nom d'embolisation des fibromes utérins (EFU).

RENSEIGNEMENTS DESTINÉS AUX PATIENTES QUI DOIVENT SUBIR UNE EMBOLISATION DES FIBROMES

QU'EST-CE QUE L'EMBOLISATION DES FIBROMES?

L'embolisation des fibromes constitue une nouvelle façon de traiter ces derniers en bloquant les artères qui les alimentent en sang (les artères utérines), ce qui les fait rétrécir. Cette intervention est effectuée par un radiologiste, plutôt que par un chirurgien, et représente une solution de rechange à la chirurgie. L'embolisation des fibromes a été pratiquée pour la première fois en 1995 et, depuis, des milliers de femmes l'ont subie de par le monde.

POURQUOI DEVRAIS-JE CHOISIR L'EMBOLISATION DES FIBROMES?

D'autres tests auxquels vous vous êtes soumise indiquent que

vous présentez des fibromes et que ceux-ci sont probablement à l'origine de vos symptômes. Votre gynécologue et votre médecin de famille auront déjà discuté avec vous des problèmes que posent les fibromes et des façons d'y remédier. L'hystérectomie, la myomectomie et l'embolisation constituent toutes des traitements possibles. Votre médecin peut discuter avec vous des risques et des avantages de chacune de ces interventions, de façon à ce que vous puissiez prendre une décision quant à l'intervention la plus appropriée dans votre situation.

QUI EFFECTUERA L'EMBOLISATION DES FIBROMES?

Un médecin spécialement formé (connu sous le nom de radiologiste d'intervention) effectuera l'embolisation des fibromes. Les radiologistes disposent d'un savoir-faire particulier en ce qui a trait au matériel de radiographie et à l'interprétation des images que ce dernier génère. Ils étudient ces images au cours de l'intervention. Les radiologistes d'intervention sont formés pour insérer des aiguilles et de fins cathéters dans les vaisseaux sanguins et au travers de la peau, de façon à mettre en œuvre certains traitements ne nécessitant qu'une effraction minimale.

À QUEL ENDROIT SE DÉROULERA L'INTERVENTION?

Habituellement, l'embolisation des fibromes se déroule au sein du service de radiographie, dans une « salle » particulièrement adaptée à ce type d'intervention.

COMMENT DOIS-JE ME PRÉPARER À L'EMBOLISATION DES FIBROMES?

On vous demandera probablement de ne rien manger pendant les quatre heures précédant l'intervention; il est toutefois possible que l'on vous permette de boire un peu d'eau. Un sédatif vous sera peut-être administré pour diminuer votre anxiété. On vous demandera d'enfiler une chemise d'hôpital. Puisque l'intervention est généralement pratiquée par l'intermédiaire de la grosse artère de l'aîne, on vous demandera peut-être de raser la peau entourant cette région. Si vous souffrez d'allergies, vous devez en aviser votre médecin. Si vous avez déjà réagi au produit de contraste intraveineux (la teinture utilisée en radiographie rénale et en tomographie), vous devez également en aviser votre médecin.

QUE SE PASSE-T-IL AU COURS DE L'EMBOLISATION DES FIBROMES?

Vous serez couchée sur la table de radiographie, habituellement sur le dos. Une aiguille devra être insérée dans une veine de votre bras, de façon à ce que le radiologiste puisse vous administrer un sédatif ou un analgésique. Une fois en place, cette aiguille ne vous causera plus de douleurs. Il est également possible qu'un dispositif de surveillance soit fixé à votre poitrine et à l'un de vos doigts, et que l'on vous fournisse de l'oxygène par l'intermédiaire de petits tubes insérés dans votre nez.

Le radiologiste assurera la stérilité du matériel utilisé et enfilera une chemise et des gants de chirurgie. La peau

entourant le point d'insertion, probablement l'aîne, sera enduite d'antiseptique et une bonne partie du reste de votre corps sera couvert de draps et de serviettes de chirurgie. La peau et les tissus qui recouvrent l'artère de l'aîne seront anesthésiés à l'aide d'un anesthésique local, puis une aiguille sera insérée dans cette artère. Une fois que le radiologiste sera satisfait du positionnement de cette aiguille, un fil-guide sera inséré dans l'aiguille jusque dans l'artère. Ensuite, l'aiguille sera retirée afin de permettre au radiologiste de glisser un fin tube de plastique (appelé cathéter) sur le fil-guide, et ce, jusque dans l'artère. Le radiologiste utilisera le matériel de radiographie afin de s'assurer de bien positionner le cathéter et le fil-guide dans les autres artères qui alimentent les fibromes. Ces artères sont connues sous le nom d'artères utérines gauche et droite. Une teinture radiographique spéciale (appelée produit de contraste) sera injectée par le cathéter dans ces artères utérines, ce qui peut vous occasionner une sensation de chaleur au niveau du bassin.

Dès que les petites artères qui alimentent en sang les fibromes seront identifiées, un fluide contenant des milliers de minuscules particules y sera injectée par le cathéter. Ces particules bloqueront les petits vaisseaux sanguins en question, de façon à couper l'alimentation en sang des fibromes. Les deux artères utérines (droite et gauche) doivent être bloquées de cette façon. Il est souvent possible de le faire à partir de la partie droite de l'aîne, mais il s'avère parfois difficile de bloquer les branches de l'artère utérine droite à partir de cet endroit; ainsi, il est possible qu'une aiguille et un cathéter doivent également être insérés dans la partie gauche de l'aîne.

À la fin de l'intervention, le cathéter est retiré et une pression est fermement exercée sur la peau (au point d'entrée) pendant environ 10 minutes, et ce, afin de prévenir les saignements.

EST-CE QUE L'INTERVENTION PROVOQUE DES DOULEURS?

Au moment de l'injection de l'anesthésique local, vous ressentirez d'abord une piqûre, mais cela sera de courte durée; par la suite, la peau et les tissus que celle-ci recouvre devraient être engourdis. L'intervention en tant que telle peut devenir douloureuse. Cependant, une infirmière (ou un autre membre du personnel) sera sur place pour vous administrer des analgésiques par voie IV dans votre bras, au besoin.

Au fur et mesure que la teinture (produit de contraste) se répandra dans votre corps, il est possible que vous ressentiez une sensation de chaleur, laquelle s'avère un peu déplaisante pour certaines personnes. Toutefois, cette sensation sera de courte durée et ne devrait pas vous préoccuper.

COMBIEN DE TEMPS CELA PRENDRA-T-IL?

Chaque cas est différent et il n'est pas toujours facile de prédire la complexité de l'intervention. Celle-ci dure habituellement une heure, mais, selon votre anatomie, elle peut être d'une durée allant de 30 à 120 minutes.

QUE SE PASSE-T-IL PAR LA SUITE?

On vous transportera dans une salle de récupération ou dans votre chambre sur une civière. Des infirmières effectueront des examens courants (telle que prendre votre pouls et votre tension artérielle) afin de s'assurer de l'absence d'effets indésirables. Elles examineront également le point d'entrée afin de s'assurer qu'il ne saigne pas. Habituellement, vous devrez demeurer au lit pendant six heures. La plupart des patientes connaissent des douleurs telles qu'elles nécessitent des narcotiques (sous forme de pilules ou de solution intraveineuse) pendant plusieurs heures à la suite de l'intervention. Il est possible que vous ayez à passer la nuit à l'hôpital.

Le jour suivant l'intervention, vous pourrez reprendre vos activités normales, dans la mesure où le permettent vos symptômes, mais la plupart des femmes nécessitent un congé de travail, puisqu'elles continuent de se reposer et de prendre des analgésiques pendant les quelques premiers jours. Il est possible que certaines patientes se sentent très fatiguées pendant une période pouvant aller jusqu'à deux semaines à la suite de l'intervention; cependant, certaines femmes se sentent prêtes à retourner au travail trois jours plus tard. Néanmoins, on conseille aux patientes de prendre au moins 2 semaines de congé à la suite de l'embolisation.

Y A-T-IL DES RISQUES OU DES COMPLICATIONS POSSIBLES?

L'embolisation des fibromes est une intervention habituellement sûre, mais certains risques et certaines complications peuvent se manifester, comme pour tout traitement médical. On peut à l'occasion constater une légère ecchymose (appelée hématome) autour du site où l'aiguille a été insérée, ce qui est très normal. Si cette ecchymose grossit, vous devrez alors communiquer avec votre radiologiste afin de savoir si un traitement est requis. La plupart des patientes ressentent une certaine douleur à la suite de l'intervention. Cette douleur peut aller de très légère à grave (semblable aux crampes et aux douleurs accompagnant les menstruations). Elle atteint généralement son maximum dans les 12 premières heures, mais sera probablement encore présente au moment de votre retour à la maison. Pendant votre séjour à l'hôpital, cette douleur peut être maîtrisée à l'aide d'analgésiques puissants. Si la douleur s'accompagne de nausée ou de vomissement, des anti-nauséux vous seront prescrits. On vous prescrira d'autres médicaments pour votre retour à la maison.

À la suite de l'intervention, la plupart des patientes connaissent une légère fièvre, laquelle peut être attribuable à la dégénérescence des fibromes. Les analgésiques que l'on vous administrera contribueront à maîtriser cette fièvre. Quelques patientes connaissent des pertes vaginales à la suite de l'intervention, lesquelles peuvent être sanglantes. Cela est habituellement attribuable à la désintégration des fibromes. Généralement, les pertes persistent pendant environ deux semaines à partir du moment où elles débutent, bien que, à

l'occasion, elles puissent survenir de façon intermittente pendant plusieurs mois. Il ne s'agit pas là d'un problème médical en tant que tel. Au besoin, portez des serviettes sanitaires plutôt que des tampons.

Si les pertes deviennent purulentes (si elles contiennent du pus) et si vous êtes atteinte d'une forte fièvre et vous ne sentez pas bien, il est possible que cela indique la présence d'une infection; vous devez alors consulter votre gynécologue immédiatement. L'infection est la complication la plus grave de l'embolisation des fibromes. Cela se produit peut-être chez deux femmes ayant subi cette intervention sur 100. Parmi les symptômes d'une infection de l'utérus à la suite d'une embolisation, on trouve la douleur, la sensibilité au niveau du bassin et une température élevée. Les infections de faible degré peuvent être traitées à l'aide d'antibiotiques. En présence d'une infection grave, il est généralement nécessaire de procéder au retrait de l'utérus (intervention appelée hystérectomie). On a constaté un seul cas dans le cadre duquel la patiente est décédée en raison d'une infection grave à la suite d'une embolisation des fibromes. Si vous souhaitez à tout prix éviter l'hystérectomie, il est probablement mieux pour vous de ne pas subir une embolisation des fibromes.

Jusqu'à 15 % des femmes expulsent spontanément un fibrome, en tout ou en partie, dans un délai allant habituellement de six semaines à trois mois à la suite de l'intervention. Si cela se produit, il est probable que vous ressentiez une douleur semblable à celle qui accompagne vos menstruations et que vous connaissiez un certain saignement.

Quelques femmes ont connu une ménopause précoce à la suite de cette intervention. Cela est probablement attribuable au fait que l'alimentation en sang des ovaires a été affectée. Le risque de connaître une ménopause précoce est accru chez les femmes

qui ont plus de 40 ans au moment où elles subissent une EFU.

QUELS SONT LES RÉSULTATS DE L'EMBOLISATION DES FIBROMES?

Les résultats issus de la plupart des séries scientifiques sont très positifs; on constate en effet un soulagement des symptômes chez de 50 % à 90 % des patientes. Les patientes qui subissent une EFU en raison de la présence de fibromes et de saignements abondants obtiennent habituellement les meilleurs résultats. En moyenne, le rétrécissement des fibromes est d'environ 50 % du volume d'origine. La plupart des femmes sont heureuses des résultats de l'intervention. Si l'obtention d'une grossesse subséquente s'avère importante à vos yeux, vous devez en discuter avec votre médecin, puisque certaines sources indiquent qu'il est possible que les grossesses à la suite d'une EFU connaissent un nombre accru de complications. Pour les femmes qui souhaitent préserver leur fertilité, la myomectomie peut s'avérer un meilleur choix.

La présent dépliant devrait être en mesure de répondre à certaines de vos questions au sujet de l'embolisation des fibromes. Cependant, il ne s'agit que d'un point de départ pour vos discussions avec vos médecins au sujet de votre traitement.

Assurez-vous d'obtenir suffisamment de renseignements au sujet de l'intervention avant de signer le formulaire de consentement.

L'embolisation des fibromes est considérée comme une intervention sûre, conçue pour améliorer votre état de santé et vous éviter une chirurgie majeure. Certains risques et certaines complications peuvent se manifester; ainsi, en raison de la possibilité qu'une hystérectomie s'avère nécessaire, assurez-vous d'avoir discuté de toutes les options possibles avec vos médecins.

ANNEXE 3

EMBOISATION DE L'ARTÈRE UTÉRINE (EFU) POUR LE TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS SYMPTOMATIQUES : RENSEIGNEMENTS POST-INTERVENTIONNELS DESTINÉS AUX OMNIPRATICIENS

Votre patiente _____ de
_____ a été orientée vers
_____ (radiologiste d'intervention)
pour une EFU par _____ (gyné-
cologue). L'intervention a été menée avec succès et sans complication immédiate le
_____ (date).

Elle a été mise en observation pendant _____
et a obtenu son congé de l'hôpital le _____.

Une température subfébrile et des douleurs semblables à celles qui accompagnent les menstruations peuvent persister pendant une période pouvant aller jusqu'à deux semaines; nous avons donc fourni à votre patiente des analgésiques visant à soulager ces symptômes. Des pertes vaginales peuvent également se produire et sont habituellement sans importance sur le plan clinique; cependant, nous avons avisé votre patiente de porter, le cas échéant, des serviettes sanitaires plutôt que des tampons.

La présence de pertes purulentes nécessite une orientation d'urgence vers le gynécologue et, si ces pertes s'accompagnent d'une sensibilité et de douleurs pelviennes excessives et d'une forte fièvre, une orientation en catastrophe est indiquée.

La patiente a été mise au courant des symptômes d'infection et des conséquences de celle-ci. On lui a remis un dépliant de renseignements post-interventionnels (exemplaire ci-joint) pouvant être utilisé lorsqu'un médecin de famille autre que vous est en devoir. Nous planifions consulter votre patiente à nouveau dans un mois.