

Prévention des adhérences en chirurgie gynécologique

La présente directive clinique a été analysée et approuvée par le comité de pratique clinique – Gynécologie, ainsi que par le comité exécutif et le Conseil de la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

AUTEURS PRINCIPAUX

Deborah Robertson, MD, Toronto (Ont.)

Guyline Lefebvre, MD, Toronto (Ont.)

COMITÉ DE PRATIQUE CLINIQUE – GYNÉCOLOGIE

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

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

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

Alaa Awadalla, MD, Winnipeg (Man.)

Carolyn Best, MD, Hamilton (Ont.)

Elizabeth Contestabile, inf. aut., Ottawa (Ont.)

Sheila Dunn, MD, Toronto (Ont.)

Mark Heywood, MD, Vancouver (C.-B.)

Nathalie Leroux, MD, Outremont (Québec)

Frank Potestio, MD, Thunder Bay (Ont.)

David Rittenberg, MD, Halifax (N.-É.)

Vyta Senikas, MD, Ottawa (Ont.)

Renée Soucy, MD, Chandler (Québec)

Sukhbir Singh, MD, Ottawa (Ont.)

Les auteurs principaux et tous les membres du comité nous ont fait parvenir une déclaration de divulgation

Issues : Les issues mesurées sont l'incidence des adhérences postopératoires, les complications associées à la formation d'adhérences et la nécessité d'autres interventions associées à la présence d'adhérences.

Résultats : Des recherches ont été menées dans Medline, EMBASE et Cochrane Library en vue d'en tirer les articles publiés en anglais entre 1990 et mars 2009, au moyen d'un vocabulaire contrôlé et de mots clés appropriés. Les résultats ont été restreints aux analyses systématiques, aux essais comparatifs randomisés / essais cliniques comparatifs, aux études de cohorte et aux méta-analyses traitant particulièrement des adhérences postopératoires, de la prévention des adhérences et des barrières anti-adhérences. Les recherches ont été mises à jour de façon régulière et ont été incorporées à la directive clinique jusqu'en mars 2009. La littérature grise (non publiée) a été identifiée par l'intermédiaire de recherches menées dans les sites Web d'organismes s'intéressant à l'évaluation des technologies dans le domaine de la santé et d'organismes connexes, dans des collections de directives cliniques, dans des registres d'essais cliniques et auprès de sociétés de spécialité médicale nationales et internationales.

Valeurs : La qualité des résultats a été quantifiée au moyen des critères d'évaluation des résultats décrits dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs.

Déclarations sommaires

1. La mise en œuvre d'une technique chirurgicale méticuleuse constitue un moyen de prévenir les adhérences. Par technique chirurgicale méticuleuse, on entend la minimisation des traumatismes tissulaires, l'atteinte d'une hémostase optimale, la minimisation du risque d'infection et le fait d'éviter les contaminants (p. ex. matières fécales) et d'éviter l'utilisation de matières étrangères (p. ex. poudre de talc), dans la mesure du possible. (II-2)
2. Le risque de voir apparaître des adhérences s'accroît en fonction du nombre total de chirurgies abdominales et pelviennes menées chez une même patiente; toutes les chirurgies se doivent donc d'être rigoureusement envisagées à cet égard. (II-2)
3. L'utilisation d'une barrière de polytétrafluoroéthylène (Gore-Tex) est plus efficace que la non-utilisation d'une barrière ou que l'utilisation de cellulose régénérée oxydée pour ce qui est de la prévention de la formation d'adhérences. (I)
4. La barrière faite de cellulose régénérée oxydée (Interceed) contre les adhérences est associée à une incidence moindre de formation d'adhérences pelviennes, tant dans le cadre de la laparoscopie que de la laparotomie, lorsqu'une hémostase complète est atteinte. La cellulose régénérée oxydée peut accroître le risque de formation d'adhérences en l'absence d'une hémostase optimale. (II-2)

Résumé

Objectifs : Analyser l'étiologie et l'incidence de la formation d'adhérences à la suite d'une chirurgie gynécologique, ainsi que les facteurs qui lui sont associés. Analyser les données soutenant le recours aux moyens disponibles de prévention des adhérences à la suite d'une chirurgie gynécologique.

Options : Les femmes qui subissent une chirurgie pelvienne courent le risque de voir apparaître des adhérences abdominales et/ou pelviennes à la suite de l'opération. Le recours à des techniques chirurgicales et à des systèmes commerciaux de prévention des adhérences peut atténuer le risque de formation d'adhérences postopératoires.

Mots clés : Hysterectomy, postoperative adhesions, adhesion barriers

Ce document fait état des percées récentes et des progrès cliniques et scientifiques à la date de sa publication et peut faire l'objet de modifications. Il ne faut pas interpréter l'information qui y figure comme l'imposition d'un mode de traitement exclusif à suivre. Un établissement hospitalier est libre de dicter des modifications à apporter à ces opinions. En l'occurrence, il faut qu'il y ait documentation à l'appui de cet établissement. Aucune partie de ce document ne peut être reproduite sans une permission écrite de la SOGC.

Critères d'évaluation des résultats et de classification des recommandations, fondés sur ceux du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs

Niveaux de résultats*	Catégories de recommandations†
I : Résultats obtenus dans le cadre d'au moins un essai comparatif convenablement randomisé.	A. On dispose de données suffisantes pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-1 : Résultats obtenus dans le cadre d'essais comparatifs non randomisés bien conçus.	B. On dispose de données acceptables pour appuyer la mesure clinique de prévention.
II-2 : Résultats obtenus dans le cadre d'études de cohortes (prospectives ou rétrospectives) ou d'études analytiques cas-témoins bien conçues, réalisées de préférence dans plus d'un centre ou par plus d'un groupe de recherche.	C. Les données existantes sont contradictoires et ne permettent pas de formuler une recommandation pour ou contre l'usage de la mesure clinique de prévention; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.
II-3 : Résultats découlant de comparaisons entre différents moments ou différents lieux, ou selon qu'on a ou non recours à une intervention. Des résultats de première importance obtenus dans le cadre d'études non comparatives (par exemple, les résultats du traitement à la pénicilline, dans les années 1940) pourraient en outre figurer dans cette catégorie.	D. On dispose de données acceptables pour déconseiller la mesure clinique de prévention. E. On dispose de données suffisantes pour déconseiller la mesure clinique de prévention.
III : Opinions exprimées par des sommités dans le domaine, fondées sur l'expérience clinique, études descriptives ou rapports de comités d'experts.	L. Les données sont insuffisantes (d'un point de vue quantitatif ou qualitatif) et ne permettent pas de formuler une recommandation; cependant, d'autres facteurs peuvent influencer sur la prise de décision.

*La qualité des résultats signalés dans les présentes directives cliniques a été établie conformément aux critères d'évaluation des résultats présentés dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs¹.

†Les recommandations que comprennent les présentes directives cliniques ont été classées conformément à la méthode de classification décrite dans le Rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventif¹.

- 5. L'utilisation d'hyaluronate de sodium modifié chimiquement/carboxyméthylcellulose (Sefrafilm) est efficace pour prévenir la formation d'adhérences, particulièrement à la suite de myomectomies. Nous ne disposons pas de données suffisantes quant aux effets de l'hyaluronate de sodium/carboxyméthylcellulose sur des issues cliniques à long terme telles que la fertilité, la douleur pelvienne chronique ou l'occlusion de l'intestin grêle. (II-2)
- 6. Aucun effet indésirable n'a été signalé pour ce qui est de l'utilisation de cellulose régénérée oxydée, de polytétrafluoroéthylène ou d'hyaluronate de sodium/carboxyméthylcellulose. (II-1)
- 7. Divers agents pharmacologiques ont été mis en marché à titre de moyens de prévenir la formation d'adhérences. Aucun de ces agents n'est présentement offert au Canada. Nous ne disposons pas de données suffisantes pour soutenir l'utilisation d'agents pharmacologiques pour la prévention des adhérences. (III-C)

En présence d'un risque de saignement continu à partir du champ opératoire, l'utilisation de cellulose régénérée oxydée (Interceed) devrait être proscrite puisque cela pourrait accroître le risque de formation d'adhérences. (II-2B)

J Obstet Gynaecol Can 2010;32(5):603-608

INTRODUCTION

Les adhérences ont diverses causes, y compris les interventions chirurgicales. Les adhérences pelviennes et abdominales ont été associées à une morbidité gynécologique considérable, y compris l'infertilité, la douleur pelvienne chronique, l'occlusion de l'intestin grêle et les difficultés en ce qui concerne l'accès chirurgical ou les complications chirurgicales à l'avenir. Il est donc important de minimiser les adhérences au moment de la chirurgie. Traditionnellement, le recours à des techniques telles qu'une hémostase méticuleuse a été préconisé à titre de moyen de minimiser la formation d'adhérences. Bon nombre de nouveaux produits visant à atténuer la formation d'adhérences ont récemment été mis en marché, mais l'obtention de données soutenant les barrières contre les adhérences est limitée par la difficulté d'évaluer les effets de la formation d'adhérences postopératoires chez les patientes.

Les recommandations visant la prévention de la formation d'adhérences en chirurgie gynécologique ont été quantifiées au moyen des critères d'évaluation des résultats décrits dans le rapport du Groupe d'étude canadien sur les soins de santé préventifs (Tableau)¹.

Recommandations

- 1. Les chirurgiens devraient tenter de mener leurs interventions chirurgicales au moyen de la méthode la moins effractive possible, et ce, afin d'atténuer le risque de formation d'adhérences. (II-1B) Dans la mesure du possible, par exemple, une approche chirurgicale laparoscopique est préférable à une approche abdominale et une hystérectomie vaginale ou laparoscopique est préférable à une hystérectomie abdominale.
- 2. Des précautions devraient être prises au moment de la chirurgie en vue de minimiser les traumatismes tissulaires, et ce, afin d'atténuer le risque de voir apparaître des adhérences postopératoires. Parmi ces précautions, on trouve le fait de limiter le tamponnement, l'écrasement et la manipulation des tissus à ce qui est strictement nécessaire pour mener à bien l'intervention. (III-B)
- 3. Les chirurgiens devraient envisager l'utilisation d'une barrière anti-adhérences chez les patientes exposées à un risque élevé de former des adhérences significatives sur le plan clinique (c.-à-d. les patientes qui présentent une endométriose, une maladie inflammatoire pelvienne ou qui doivent subir une myomectomie).

INCIDENCE DES ADHÉRENCES

Il a été estimé que 90 % des patientes subissant une chirurgie abdominale majeure et que de 55 % à 100 % des femmes subissant une chirurgie pelvienne en viennent à présenter des adhérences². Il semble donc que les adhérences sont une conséquence inévitable de la chirurgie abdominale et pelvienne. Heureusement, la majorité des patients présentant des adhérences intra-abdominales sont asymptomatiques³. En tant que chirurgiens, nous sommes confrontés à la difficile tâche de tenter de prédire lesquelles de nos patientes sont prédisposées à la formation d'adhérences symptomatiques en fonction du type de chirurgie effectué et de la pathologie sous-jacente des patientes en question.

CAUSES ET ASSOCIATIONS PROPRES AUX ADHÉRENCES

Dans les heures qui suivent la chirurgie, de la fibrine se dépose dans la zone ayant été touchée par la chirurgie⁴. Cette fibrine est par la suite résorbée ou encore elle s'organise en adhérences fibreuses⁴. Nous ne savons pas au juste pourquoi certaines patientes connaissent une résorption de la fibrine, tandis que d'autres en viennent à connaître une formation d'adhérences. Deux facteurs de risque particulièrement associés à l'organisation à terme de la fibrine en adhérences ont été identifiés : les lésions tissulaires et la réaction inflammatoire⁴.

Lésion ischémique

Lorsque les dommages tissulaires sont associés à une insuffisance vasculaire, des adhérences se forment en tant que moyen de prévenir l'apparition d'une lésion ischémique⁴. Ainsi, à la suite des opérations au cours desquelles les tissus sont écrasés, suturés ou ligaturés, des adhérences se forment habituellement dans la zone lésée afin de fournir un nouvel apport sanguin à l'organe dévascularisé.

Réaction inflammatoire

La contamination de la cavité péritonéale par des matières étrangères (p. ex. poudre de talc, sutures, matières fécales) a également été associée à la formation d'adhérences, parce que ces matières engendrent une réaction inflammatoire^{4,5}. L'infection bactérienne cause une réaction inflammatoire semblable⁶. Les efforts visant à éviter de léser les intestins, à prévenir les infections postopératoires et à exclure l'utilisation de matières étrangères sont préconisés à titre de moyens de prévenir l'inflammation, mais ne peuvent toutefois pas toujours être mis en œuvre.

CONSÉQUENCE DES ADHÉRENCES

La majorité des patientes qui en viennent à présenter des adhérences postopératoires sont asymptomatiques. Parmi les issues significatives sur le plan clinique qui sont associées

aux adhérences, on trouve les douleurs pelviennes et abdominales chroniques, l'occlusion intestinale, l'infertilité attribuable à la formation d'adhérences annexielles et les complications dans le cadre de chirurgies subséquentes (telles que la difficulté de procéder à la dissection et les lésions viscérales)³.

MÉTHODES DE PRÉVENTION DES ADHÉRENCES

Technique chirurgicale méticuleuse

La mise en œuvre d'une technique chirurgicale méticuleuse est préconisée depuis longtemps pour la prévention des adhérences⁴. Le fait d'éviter d'infliger des dommages aux tissus au moyen d'une manipulation en douceur des tissus et de la prévention des lésions thermiques, l'hémostase méticuleuse, la prévention de l'infection bactérienne ou de la contamination fécale, la mise en œuvre d'une irrigation copieuse et le fait d'éviter les corps étrangers semblent intuitivement avoir du sens en tant que moyens peropératoires de prévenir les adhérences postopératoires³. Lorsque cela s'avère possible, l'épiploon peut être positionné de telle façon que les intestins se retrouvent protégés de la paroi abdominale avant la fermeture de l'incision de laparotomie⁴.

Dans le cadre de chaque chirurgie, la survenue d'un certain nombre de lésions tissulaires est inévitable⁷. Plus le nombre de chirurgies augmente, plus le risque de formation d'adhérences s'accroît⁸. Il est donc important de tenter de minimiser le nombre total de chirurgies menées chez une même patiente.

Les interventions chirurgicales laparoscopiques ont été associées à un nombre moindre d'adhérences postopératoires que les chirurgies ouvertes^{7,9-11}. Les patientes qui nécessitent une hystérectomie devraient se voir offrir une approche vaginale ou laparoscopique plutôt qu'abdominale, dans la mesure du possible¹². Les chirurgiens devraient tenter d'effectuer leurs interventions chirurgicales au moyen de la méthode la moins effractive possible, tout en respectant les limites qu'imposent les caractéristiques de la patiente en question, la pathologie anticipée et leur propre niveau de compétence.

Les adhérences ne sont pas toujours évitables, et ce, malgré la mise en œuvre d'une technique chirurgicale méticuleuse. Certaines pathologies peuvent accroître la probabilité de voir apparaître des adhérences, comme l'endométriose et le syndrome inflammatoire pelvien chronique¹³. Les patientes subissant une myomectomie sont également exposées à un risque accru d'adhérences; de plus, chez les femmes qui souhaitent préserver leur fertilité, les adhérences ajoutent un élément au risque de voir s'interrompre la perméabilité tubaire¹⁴. Lorsque les patientes courent un risque particulier de voir apparaître des adhérences postopératoires, la mise

en œuvre de mesures adjuvantes de prévention des adhérences devrait être envisagée.

Déclarations sommaires

1. La mise en œuvre d'une technique chirurgicale méticuleuse constitue un moyen de prévenir les adhérences. Par technique chirurgicale méticuleuse, on entend la minimisation des traumatismes tissulaires, l'atteinte d'une hémostase optimale, la minimisation du risque d'infection et le fait d'éviter les contaminants (p. ex. matières fécales) et d'éviter l'utilisation de matières étrangères (p. ex. poudre de talc), dans la mesure du possible. (II-2)
2. Le risque de voir apparaître des adhérences s'accroît en fonction du nombre total de chirurgies abdominales et pelviennes menées chez une même patiente; toutes les chirurgies se doivent donc d'être rigoureusement envisagées à cet égard. (II-2)

Recommandations

1. Les chirurgiens devraient tenter de mener leurs interventions chirurgicales au moyen de la méthode la moins effractive possible, et ce, afin d'atténuer le risque de formation d'adhérences. (II-1B) Dans la mesure du possible, par exemple, une approche chirurgicale laparoscopique est préférable à une approche abdominale et une hystérectomie vaginale ou laparoscopique est préférable à une hystérectomie abdominale.
2. Des précautions devraient être prises au moment de la chirurgie en vue de minimiser les traumatismes tissulaires, et ce, afin d'atténuer le risque de voir apparaître des adhérences postopératoires. Parmi ces précautions, on trouve le fait de limiter le tamponnement, l'écrasement et la manipulation des tissus à ce qui est strictement nécessaire pour mener à bien l'intervention. (III-B)

Deux analyses systématiques se sont penchées sur la question de savoir si les agents barrières et pharmacologiques sont efficaces sur le plan clinique pour ce qui est de prévenir la formation d'adhérences postopératoires chez les patientes qui ont subi une chirurgie pelvienne^{15,16}.

Agents barrières

Les agents barrières ont été conçus pour créer une barrière synthétique entre des structures pelviennes opposées pendant la guérison des tissus, de façon à prévenir la formation d'adhérences. La possibilité que ces agents causent une réaction de type « matières étrangères » et contribuent ainsi à la formation d'adhérences constitue la principale préoccupation théorique pour ce qui est de leur utilisation. Nous ne disposons pas de données suffisantes quant à

l'effet des agents barrières sur des issues cliniques à long terme telles que la fertilité, la douleur pelvienne chronique ou l'occlusion de l'intestin grêle.

Cellulose régénérée oxydée (Interceed)

Interceed est une barrière mécanique synthétique résorbable faite de cellulose régénérée oxydée. Lorsqu'on l'applique sur le péritoine endommagé, Interceed se transforme en un gel qui couvre la zone affectée et l'on avance qu'il permet de prévenir la formation d'adhérences¹⁷. La membrane peut être taillée au besoin, ce qui en permet l'utilisation dans le cadre des chirurgies tant ouvertes que laparoscopiques; cependant, la monographie de produit spécifique que son utilisation n'a été approuvée que pour la laparotomie. Ce produit devrait être appliqué en une seule couche entre deux tissus adjacents. Interceed se résorbe entièrement dans un délai de deux semaines. Une hémostase méticuleuse doit être atteinte avant de pouvoir appliquer Interceed; lorsqu'il se mélange avec du sang, Interceed accroît le dépôt de fibrine et peut accentuer la formation d'adhérences¹⁸.

De nombreuses études ont comparé l'utilisation d'Interceed à l'absence de traitement¹⁹⁻²⁸. Par comparaison avec l'absence de traitement, Interceed a été associé à une baisse de l'incidence des adhérences pelviennes (RC, 0,39; IC à 95 %, 0,28 – 0,55) à la suite de la laparotomie¹⁵. Des résultats semblables ont été constatés à la suite de la laparoscopie, une baisse ayant été remarquée pour ce qui est de la nouvelle formation (RC, 0,31; IC à 95 %, 0,23 – 0,79) et de la reformation (RC, 0,19; IC à 95 %, 0,09 – 0,42) d'adhérences¹⁵. Nous ne disposons d'aucune donnée quant à ses effets sur l'incidence de l'occlusion de l'intestin grêle, de la douleur pelvienne chronique ou sur les taux de grossesse.

Polytétrafluoroéthylène (Gore-Tex)

Le Gore-Tex est une membrane non résorbable permanente qui doit être suturée en place. Cette nécessité de stabiliser la membrane au moyen de sutures peut entraîner des délais chirurgicaux, particulièrement dans le cadre de la laparoscopie.

Certaines données laissent entendre que, par comparaison avec l'absence de traitement, le Gore-Tex donne lieu à une atténuation de la formation de nouvelles adhérences chez les patientes subissant une myomectomie (RC, 0,21; IC à 95 %, 0,05 – 0,87)²⁹. On a signalé que le Gore-Tex donnait lieu à moins de reformation d'adhérences que Interceed chez les femmes subissant une adhésiolyse (RC, 0,16; IC à 95 %, 0,03 – 0,80)^{15,30}. Les résultats devraient être interprétés avec prudence, puisqu'il est malaisé de déterminer si le voile a été levé pour le chirurgien au moment de la laparoscopie de contrôle¹⁵. De nouveau, aucune étude n'a évalué les taux de grossesse ou l'incidence de l'occlusion de

l'intestin grêle et de la douleur pelvienne chronique à la suite de l'utilisation de Gore-Tex.

Hyaluronate de sodium modifié chimiquement/ carboxyméthylcellulose (Septrafilm)

Septrafilm est une membrane synthétique résorbable faite de deux polysaccharides : l'hyaluronate de sodium et le carboxyméthylcellulose. Septrafilm est offert dans un emballage plastique qui doit être retiré avant de placer le produit sur des tissus. Dans un délai de 24 à 48 heures, la membrane devient gélatineuse et se résorbe dans un délai d'une semaine. À l'heure actuelle, l'utilisation de Septrafilm n'est indiquée que pour la laparotomie.

Certains chirurgiens utilisent Septrafilm au moment de la laparoscopie en créant une « pâte » (c.-à-d. un mélange fluide de Septrafilm et de solution saline normale) et en introduisant cette préparation au moyen d'un cathéter passé dans l'un des orifices laparoscopiques. Cette pâte génère une membrane gélatineuse qui recouvre toutes les surfaces sur lesquelles elle a été déposée; on avance que ses effets de prévention des adhérences pourraient être semblables à ceux qui sont exercés lorsque Septrafilm est utilisé dans le cadre d'une laparotomie. Bien que cette pâte soit utilisée par des spécialistes de la chirurgie canadiens et internationaux, nous ne disposons pas de données suffisantes pour en soutenir l'utilisation pour la prévention des adhérences; une telle utilisation constitue un emploi non conforme de ce produit. Des essais visant à déterminer les avantages d'une telle utilisation sont présentement en cours.

La seule étude ayant comparé l'utilisation de Septrafilm dans le cadre d'une laparotomie à l'absence de traitement³¹ en est venue à la conclusion que ce produit permettait de réduire l'incidence, l'ampleur et la gravité des adhérences postopératoires. Cependant, la base de données Cochrane a établi que des analyses statistiques sous-optimales avaient été utilisées dans le cadre de cette étude et que les résultats devraient donc être interprétés avec prudence¹⁵. Aucune étude n'a encore évalué les taux de grossesse ou l'incidence de l'occlusion de l'intestin grêle et de la douleur pelvienne chronique à la suite de l'utilisation de Septrafilm.

Déclarations sommaires

3. L'utilisation d'une barrière de polytétrafluoroéthylène (Gore-Tex) est plus efficace que la non-utilisation d'une barrière ou que l'utilisation de cellulose régénérée oxydée pour ce qui est de la prévention de la formation d'adhérences. (I)
4. La barrière faite de cellulose régénérée oxydée (Interceed) contre les adhérences est associée à une incidence moindre de formation d'adhérences pelviennes, tant dans le cadre de la laparoscopie que de la laparotomie, lorsqu'une hémostase complète est

atteinte. La cellulose régénérée oxydée peut accroître le risque de formation d'adhérences en l'absence d'une hémostase optimale. (II-2)

5. L'utilisation d'hyaluronate de sodium modifié chimiquement/ carboxyméthylcellulose (Septrafilm) est efficace pour prévenir la formation d'adhérences, particulièrement à la suite de myomectomies. Nous ne disposons pas de données suffisantes quant aux effets de l'hyaluronate de sodium/ carboxyméthylcellulose sur des issues cliniques à long terme telles que la fertilité, la douleur pelvienne chronique ou l'occlusion de l'intestin grêle. (II-2)
6. Aucun effet indésirable n'a été signalé pour ce qui est de l'utilisation de cellulose régénérée oxydée, de polytétrafluoroéthylène ou d'hyaluronate de sodium/ carboxyméthylcellulose. (II-1)

Recommandation

3. Les chirurgiens devraient envisager l'utilisation d'une barrière anti-adhérences chez les patientes exposées à un risque élevé de former des adhérences significatives sur le plan clinique (c.-à-d. les patientes qui présentent une endométriose, une maladie inflammatoire pelvienne ou qui doivent subir une myomectomie). En présence d'un risque de saignement continu à partir du champ opératoire, l'utilisation de cellulose régénérée oxydée (Interceed) devrait être proscrite puisque cela pourrait accroître le risque de formation d'adhérences. (II-2B)

Agents pharmacologiques

L'utilisation de divers agents pharmacologiques a été proposée dans le but de prévenir la formation d'adhérences. Aucun de ces agents n'a bénéficié d'une approbation d'utilisation au Canada. Nous ne disposons pas de données suffisantes pour soutenir l'utilisation d'agents pharmacologiques pour la prévention des adhérences.

Déclaration sommaire

7. Divers agents pharmacologiques ont été mis en marché à titre de moyens de prévenir la formation d'adhérences. Aucun de ces agents n'est présentement offert au Canada. Nous ne disposons pas de données suffisantes pour soutenir l'utilisation d'agents pharmacologiques pour la prévention des adhérences. (III-C)

RÉSUMÉ

La mise en œuvre d'une technique chirurgicale méticuleuse constitue une pratique peu coûteuse et sans risque qui peut atténuer la probabilité de voir apparaître des adhérences. Les études portant sur les méthodes commerciales de barrière anti-adhérences telles que Interceed, Gore-Tex et Septrafilm ont révélé que l'utilisation de ces agents semble sûre pour ce

qui est des interventions chirurgicales gynécologiques. Quoi qu'il en soit, nous ne disposons que de données limitées en ce qui concerne les avantages à long terme des agents de prévention des adhérences dans le domaine de la chirurgie gynécologique. Les études déjà menées n'évaluaient habituellement que le taux de formation d'adhérences et ne se prononçaient pas quant à des issues à long terme pertinentes sur le plan clinique telles que les taux de fertilité ou la douleur abdominale ou pelvienne. La tenue d'autres études portant sur les méthodes commerciales de barrière anti-adhérences qui évalueront ces issues cliniques à long terme s'avère requise.

RÉFÉRENCES

1. Woolf SH, Battista RN, Angerson GM, Logan AG, Eel W. « Canadian Task Force on Preventive Health Care. New grades for recommendations from the Canadian Task Force on Preventive Health Care », *CMAJ*, vol. 169, 2003, p. 207–8.
2. Liakakos T, Thomakos N, Fine PM, Dervenis C, Young RL. « Peritoneal adhesions: etiology, pathophysiology, and clinical significance. Recent advances in prevention and management », *Dig Surg*, vol. 18, 2001, p. 260–73.
3. Monk BJ, Berman ML, Montz FJ. « Adhesions after extensive gynecologic surgery: clinical significance, etiology, and prevention », *Am J Obstet Gynecol*, vol. 170, n° 5 (1^{re} partie), 1994, p. 1396.
4. Ellis H. « The causes and prevention of intestinal adhesions », *Br J Surg*, vol. 69, 1982, p. 241–3.
5. Luijendijk R, de Lange D, Wauters C, Hop WC, Duron JJ, Pailler JL et coll. « Foreign material in postoperative adhesions », *Ann Surg*, vol. 223, 1996, p. 242–8.
6. Thompson JN, Whawell SA. « Pathogenesis and prevention of adhesion formation », *Br J Surg*, vol. 82, 1995, p. 3–5.
7. Schäfer M, Krähenbühl L, Büchler MW. « Comparison of adhesion formation in open and laparoscopic surgery », *Dig Surg*, vol. 15, 1998, p. 148–52.
8. Weibel M. « Peritoneal adhesions and their relation to abdominal surgery », *Am J Surg*, vol. 126, 1973, p. 354–3.
9. Levran SG, Bieber EJ, Barnes RB. « Anterior abdominal wall adhesions after laparotomy or laparoscopy », *Am Assoc Gyn Laparosc*, vol. 4, 1997, p. 353–6.
10. Bulletti C, Polli V, Negrini V, Giacomucci E, Flamigni C. « Adhesion formation after laparoscopic myomectomy », *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, vol. 3, 1996, p. 533–6.
11. Polymeneas G, Theodosopoulos T, Stamatiadis A, Kourias E. « A comparative study of postoperative adhesion formation after laparoscopic vs open cholecystectomy », *Surg Endosc*, vol. 15, 2001, p. 41–3.
12. Lefebvre G, Allaire C, Jeffrey J, Vilos G; comité de pratique clinique - gynécologie de la SOGC. « Hystérectomie, directive clinique de la SOGC n° 109, janvier 2002 », *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 24, 2002, p. 37–48.
13. Diamond MP, Freeman ML. « Clinical implications of postsurgical adhesions », *Hum Reprod Update*, vol. 7, 2001, p. 567–76.
14. Tulandi T, Murray C, Guralnick M. « Adhesion formation and reproductive outcome after myomectomy and second-look laparoscopy », *Obstet Gynecol*, vol. 82, 1993, p. 213–5.
15. Ahmad G, Duffy J, Farquhar C, Vail A, Vandekerckhove P, Watson A. et coll. « Barrier agents for adhesion prevention after gynaecological surgery », *Cochrane Database Syst Rev*, vol. 2, 2008, p. 1–40.
16. Metwally M, Watson A, Lilford R, Vandekerckhove P. « Fluid and pharmacological agents for adhesion prevention after gynaecological surgery », *Cochrane Database Syst Rev*, vol. 2, 2006, p. 1–52.
17. Al-Jaroudi D, Tulandi T. « Adhesion prevention in gynecologic surgery », *Obstet Gynecol Surv*, vol. 59, 2004, p. 360–7.
18. DeCherney AH, diZerega GS. « Clinical problem of intraperitoneal postsurgical adhesion formation following general surgery and the use of adhesion prevention barriers », *Surg Clin North Am*, vol. 77, 1997, p. 671–88.
19. Mais V, Ajossa S, Marongiu D, Peiretti RF, Guerriero S, Melis GB. « Reduction of adhesion reformation after laparoscopic endometriosis surgery: a randomized trial with an oxidized regenerated cellulose absorbable barrier », *Obstet Gynecol*, vol. 86, 1995, p. 512–5.
20. Mais V, Ajossa S, Piras B, Guerriero S, Marongiu D, Melis GB. « Prevention of de-novo adhesion formation after laparoscopic myomectomy: a randomized trial to evaluate the effectiveness of an oxidized regenerated cellulose absorbable barrier », *Hum Reprod*, vol. 10, 1995, p. 3133–5.
21. Saravelos H, Li TC. « Post-operative adhesions after laparoscopic electro-surgical treatment for polycystic ovarian syndrome with the application of Interceed to one ovary: a prospective randomized controlled study », *Hum Reprod*, vol. 11, 1996, p. 992–7.
22. Keckstein J, Ulrich U, Sasse V, Roth A, Tuttlies F, Karageorgieva E. « Reduction of postoperative adhesion formation after laparoscopic ovaria cystectomy », *Hum Reprod*, vol. 11, 1996, p. 579–82.
23. Azziz R. « Microsurgery alone or with INTERCEED absorbable adhesion barrier for pelvic sidewall adhesion re-formation. The INTERCEED (TC7) Adhesion Barrier Study Group II », *Surg Gynecol Obstet*, vol. 177, 1993, p. 135–9.
24. Li TC, Cooke ID. « The value of an absorbable adhesion barrier, Interceed®, in the prevention of adhesion reformation following microsurgical adhesiolysis », *Br J Obstet Gynaecol*, vol. 101, 1994, p. 335–9.
25. « The efficacy of Interceed (TC7) for prevention of reformation of postoperative adhesions on ovaries, fallopian tubes, and fimbriae in microsurgical operations for fertility: a multicenter study. Nordic Adhesion Prevention Study Group », *Fertil Steril*, vol. 63, 1995, p. 709–14.
26. Franklin RR. « Reduction of ovarian adhesions by the use of Interceed. Ovarian Adhesion Study Group », *Obstet Gynecol*, vol. 86, 1995, p. 335–40.
27. Sekiba K. « Use of Interceed (TC7) absorbable adhesion barrier to reduce postoperative adhesion reformation in infertility and endometriosis surgery. The Obstetrics and Gynecology Adhesion Prevention Committee », *Obstet Gynecol*, vol. 79, 1992, p. 518–22.
28. Van Geldorp H. « Interceed absorbable adhesion barrier reduces the formation of postsurgical adhesions after ovarian surgery », *Fertil Steril*, vol. 62 (suppl.), 1994, p. 273.
29. « An expanded polytetrafluoroethylene barrier (Gore-Tex surgical membrane) reduces post-myomectomy adhesion formation. Myomectomy Adhesion Multicenter Study Group », *Fertil Steril*, vol. 63, 1995, p. 491–3.
30. Haney AF, Hesla J, Hurst BS, Kettel LM, Murphy AA, Rock JA et coll. « Expanded polytetrafluoroethylene (Gore-Tex Surgical Membrane) is superior to oxidized regenerated cellulose (Interceed TC7+) in preventing adhesions », *Fertil Steril*, vol. 63, 1995, p. 1021–6.
31. Diamond MP. « Reduction of adhesions after uterine myomectomy by Seprafilm membrane (HAL-F): a blinded, prospective, randomized, multicenter clinical study. Seprafilm Adhesion Study Group », *Fertil Steril*, vol. 66, 1996, p. 904–10.