

La littérature médicale mondiale



C. Ziegler

Cleve Ziegler, M.D.

Département d'obstétrique et de gynécologie, Université McGill, Montréal, Qc

Taylor C, Ellett L, Hiscock R, et al. Hysteroscopic management of retained products of conception: a systematic review. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2022;62:22–32.

Sommaire : Revue de 19 études prospectives et rétrospectives comparant la prise en charge hystérocopique et non hystérocopique en cas de rétention de produits de conception (RPC), pour un total de 2 314 patientes. Le critère de jugement principal était le devenir reproductif, en particulier la conception, le délai de conception et la naissance vivante; les critères de jugement secondaires étaient les complications chirurgicales aiguës, la formation d'adhérences intra-utérines et les complications de grossesse subséquentes. Les études ont été incluses qu'elles aient un seul groupe de traitement ou des groupes de comparaison (p. ex., hystérocopie p/r à aspiration-curetage, aspiration manuelle ou prise en charge médicamenteuse). Des études retenues, 14 n'avaient pas de groupe de comparaison, et 5 comparaient la prise en charge hystérocopique à l'évacuation manuelle ou par aspiration. Aucun essai clinique randomisé n'a été relevé. Les chercheurs estiment qu'il y avait un important risque de biais dans les 5 études comparatives; par conséquent, ils n'ont pas réalisé de méta-analyse en bonne et due forme, bien que les techniques de méta-analyse aient été utilisées pour produire des estimations sommaires des critères de jugement principal et secondaires. Les taux de conception après la résection hystérocopique de la RPC étaient de 81,1 % et 65,4 % après une prise en charge non hystérocopique. Les taux de naissances vivantes étaient respectivement de 87,3 % et 93,8 % pour les deux méthodes. Le taux de complications était très faible (1-2 %) dans les deux groupes. Le taux d'adhérences intra-utérines après la résection hystérocopique de la RPC était de 6,8 %, mais cette issue a été observée dans une seule étude.

Commentaire : J'ai examiné et commenté l'augmentation de la « médicalisation » de l'avortement spontané dans

ces extraits de la littérature au cours des dernières années. Je crois qu'une combinaison de facteurs contribue à cette tendance : recours de plus en plus fréquent à l'échographie haute résolution, anxiété et impatience chez les patientes et cliniciens, sans oublier la tentation d'utiliser des appareils chirurgicaux complexes quand des interventions plus simples seraient disponibles. J'ai observé avec curiosité et scepticisme des collègues qui demandent une résection hystérocopique de la RPC peu après un avortement spontané tôt au premier trimestre en me demandant pourquoi ils n'envisageaient pas une prise en charge par expectative chez une patiente ne manifestant que peu de symptômes et un petit foyer de RPC. Cet article apporte très peu pour appuyer cette pratique, mais au moins il nous rassure en indiquant que cette stratégie n'est pas dangereuse. Il n'est pas possible de tirer des conclusions claires du peu de recherches effectuées jusqu'à maintenant, comme les auteurs l'ont insinué dès le départ. Personnellement, dans ma pratique, j'opte pour l'aspiration-curetage avec guidage échographique. Je réserve mon jugement jusqu'à ce que de meilleures données nous permettent de prendre la décision la mieux indiquée et la plus économique pour ces cas.

Chan JK, Tian C, Kesterson JP, et al. Symptoms of women with high-risk early-stage ovarian cancer. Obstet Gynecol 2022;139:157–62.

Sommaire : Examen rétrospectif des dossiers de 419 patientes inscrites à un essai clinique de phase 3 (Gynecological Oncology Group [GOG] 157) auprès de patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire de *stade précoce*

J Obstet Gynaecol Can 2022;44(8):862-865

<https://doi.org/10.1016/j.jogc.2022.06.011>

© 2022 The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada/La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. Published by Elsevier Inc. All rights reserved.

(1-2). L'objectif de l'étude était d'évaluer la manifestation, les caractéristiques et la signification pronostique des symptômes chez les patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire à risque élevé de stade précoce. Un modèle des risques proportionnels de Cox a été utilisé pour examiner le lien entre la manifestation des symptômes et la survie sans récurrence et la survie globale. Les courbes de Kaplan-Meier pour estimer la survie ont été calculées à partir de la manifestation des symptômes et comparées par test logarithmique par rangs (*log-rank test*). Des 419 patientes, 301 (72 %) avaient manifesté un ou plusieurs symptômes et 118 (28 %) étaient asymptomatiques. Les deux plus fréquents symptômes étaient la douleur pelvienne et la sensation de lourdeur abdominale. Une association significative a été relevée entre la taille de la tumeur primaire et les symptômes; 65 % des patientes ayant une tumeur de < 10 cm avaient manifesté des symptômes, comparativement à 71 % chez les patientes ayant une tumeur de 10 à 15 cm et à 79 % chez celles ayant une tumeur de > 15 cm ($p < 0,001$). Les symptômes n'étaient pas associés à l'âge, au stade ou au type histologique. Aucun lien n'a été observé entre la présence d'un ou plusieurs symptômes et le risque de récurrence ou la survie (test logarithmique par rangs $p = 0,712$ et $p = 0,917$, respectivement).

Commentaire : La littérature sur la détection et le dépistage précoces du cancer de l'ovaire reste déprimante; les essais randomisés de grande envergure sur le dépistage par échographie et dosage du CA 125 indiquent un impact nul sur la survie globale, et d'autres nouveaux tests (biopsie de l'endomètre, autres marqueurs sériques) ne sont toujours pas prêts pour prendre le relais. Cette étude offre un regard rétrospectif sur les symptômes que manifestent les patientes atteintes d'un cancer de l'ovaire de stade précoce afin de déterminer si la manifestation de symptômes chez les femmes atteintes de la « maladie qui murmure » est associée à une amélioration du pronostic. Malheureusement, la réponse est non. Cela dit, les données de cette étude réfutent partiellement que les symptômes (douleur, sensation de lourdeur abdominale ou d'augmentation du tour de taille, saignements vaginaux, troubles urinaires ou gastro-intestinaux) ne se manifestent qu'au *stade avancé* de la maladie. En fait, les auteurs ont comparé les symptômes de ces 419 patientes avec ceux d'une cohorte historique de patientes au stade avancé. Ils ont découvert que les patientes au stade avancé présentaient généralement plus de symptômes gastro-intestinaux. Alors, quel est le message pour les généralistes? Je crois que nous devrions abandonner les demandes de dépistage

chez les patientes asymptomatiques, mais réagir rapidement lorsqu'une patiente ménopausée se plaint de nouvelles douleurs pelviennes. La détection précoce et efficace demeure malheureusement hors de portée pour le moment.

Cusimano MC, Ferguson SE, Moineddin R, et al. Ovarian cancer incidence and death in average-risk women undergoing bilateral salpingo-oophorectomy at benign hysterectomy. Am J Obstet Gynecol 2022;226:220.e1–26.

Sommaire : Étude de cohorte populationnelle de 195 282 femmes adultes ayant subi une hystérectomie, avec ou sans salpingo-ovariectomie bilatérale (SOB), pour une indication bénigne en Ontario entre 1996 et 2010. Le critère de jugement principal était l'incidence du cancer de l'ovaire; le critère de jugement secondaire était le décès dû à un cancer de l'ovaire. Divers registres et bases de données nationaux et provinciaux canadiens ont été utilisés pour répertorier des données démographiques et chirurgicales et des issues liées au cancer; le Registre des cas de cancer de l'Ontario contient les dossiers de tous les nouveaux cas de cancer dans la province de 1964 à 2019 et les données sont complètes à 95 %. Essentiellement, toutes les patientes ayant subi une hystérectomie pour la réduction des risques ou ayant un antécédent de tumeur maligne ont été exclues de l'étude. Au total, 148 621 patientes (76,1 %) ont eu une hystérectomie avec conservation ovarienne, et 46 661 (23,9 %) ont subi une hystérectomie avec SOB concomitante. L'âge moyen était de 47,2 ans; 70 % des hystérectomies ont été faites par voie abdominale ou laparoscopique; les patientes ayant subi une SOB étaient plus âgées (50,7 p/r à 46,1 ans; $p < 0,001$). Les patientes ayant subi une SOB étaient également plus susceptibles de présenter plusieurs comorbidités, une atteinte pré-maligne ou une endométriose (37,2 % p/r à 21,2 % : $p < 0,001$). Le suivi médian était de 16 ans post-intervention. La pondération par l'inverse de la probabilité de traitement a été utilisée pour faire l'ajustement en fonction des patientes ayant subi une hystérectomie avec SOB ou avec conservation ovarienne; les scores de propension ont été obtenus par régression logistique. Des modèles de sous-distribution des risques (Fine et Gray) ont été utilisés pour estimer l'effet de la SOB sur chaque issue (il s'agit de modèles de délai avant l'événement qui tiennent compte des risques concurrents). La réduction du risque absolu a été calculée à 10, 15 et 20 ans de suivi; l'inverse de la réduction du risque absolu a été utilisé pour calculer le nombre de patientes à traiter (NPT) à chaque période. Au total, 548 femmes ont développé un cancer de l'ovaire pendant le suivi à un âge médian de 59,6

ans. La SOB a été associée à une réduction de l'incidence du cancer de l'ovaire (risque relatif : 0,23; intervalle de confiance [IC] à 95 % : 0,14-0,38; $p < 0,001$); les NPT à 10, 15 et 20 ans étaient respectivement de 634, 405 et 260. La SOB a aussi été associée à une diminution de l'incidence de décès lié au cancer de l'ovaire (risque relatif : 0,30; IC à 95 % : 0,16-0,57; $p < 0,001$); les NPT étaient de 1 806, 939 et 569, respectivement, à 10, 15 et 20 ans. L'analyse de sensibilité a montré une augmentation des bénéfices chez les femmes de plus de 50 ans au moment de l'hystérectomie comparativement à la cohorte globale.

Commentaire : J'ai dû relire plusieurs fois la portion de l'analyse statistique de cet article, et je ne suis toujours pas certain de bien comprendre les concepts de pondération par l'inverse de la probabilité de traitement et des modèles de sous-distribution des risques (ce qui s'explique en partie par le fait que la recherche a été rédigée par quatre Ph. D.). Mais les données sont impressionnantes, le suivi est rigoureux et les sources sont de bonnes vieilles bases de données canadiennes. Je crois donc que l'information est crédible. Donner des conseils sur la SOB aux femmes devant subir une hystérectomie est facile chez les femmes de moins de 45 ans et les femmes ménopausées, mais la conversation est nuancée chez les 45 à 50 ans. La décision est souvent émotionnelle, fondée sur la crainte de développer un cancer de l'ovaire. Cet article nous permet de prendre une décision d'après des données probantes. Cependant, les décisions cliniques sont rarement fondées sur une publication ou un résultat. Dans l'édition de mai 2021 de cette rubrique, j'ai examiné l'article de Tuesley et coll., qui donnait une meilleure vue d'ensemble de la mortalité globale selon l'âge au moment de l'intervention. Bien qu'avoir un NPT puisse être utile d'un point de vue populationnel, ce n'est pas un nombre qui trouve facilement écho chez les patientes, et je ne suis pas certain que cet article serait utile pour orienter la conversation auprès d'une patiente indécise. Il peut, cependant, nous aider à convaincre les femmes en périménopause ayant près de 50 ans d'envisager l'hystérectomie avec SOB concomitante lorsqu'elles sont incertaines.

van der Vaart LR, Vollebregt A, Milani AL, et al. Pessary or surgery for a symptomatic pelvic organ prolapse: the PEOPLE study, a multicentre prospective cohort study. BJOG 2022;129:820–9.

Sommaire : Le projet PEOPLE (PEssary Or surgery for symptomatic PELvic organ Prolapse) a été entrepris afin de comparer l'efficacité du pessaire et de la chirurgie chez les femmes ayant un prolapsus génital symptomatique; il comporte un essai clinique randomisé (ECR) de

non-infériorité ainsi que l'étude de cohorte observationnelle présentée dans cet article. Bien des femmes ayant un prolapsus génital avaient une forte préférence de traitement et ont refusé de participer à l'ECR; les dossiers de 539 femmes provenant de 22 hôpitaux néerlandais participants ont été analysés dans cette étude. Le critère de jugement principal était l'amélioration subjective à 24 mois, selon l'échelle d'amélioration globale perçue par la patiente (PGI-I), une échelle de Likert en sept points validée pour la réussite chez les femmes se soumettant à un traitement du prolapsus génital. Les critères d'évaluation secondaires étaient : le changement de traitement, la gravité des symptômes mesurée par l'échelle de gravité globale perçue par la patiente (PGI-S) et l'échelle d'évaluation des symptômes (PFDI-20), une échelle de 20 questions évaluant les symptômes relatifs au prolapsus, à la vessie et aux intestins. Il y a eu 335 patientes (62,2 %) dans le groupe pessaire, et 204 (37,8 %) dans le groupe de chirurgie. Les interventions chirurgicales comprenaient des interventions avec conservation de l'utérus, comme l'hystéropexie par sacrospinofixation, la technique de Manchester-Fothergill et la colporrhaphie antérieure ou postérieure, le cas échéant. Les patientes qui ont opté pour un traitement chirurgical étaient significativement plus jeunes, plus corpulentes et plus symptomatiques au départ (scores plus élevés pour la PGI-S et la PFDI-20; $p < 0,001$). À 24 mois, 83,8 % des patientes du groupe de traitement chirurgical ont eu une amélioration comparativement à 74,4 % dans le groupe pessaire, soit une différence absolue de 9,4 % (IC à 95 % : 1,4-17,3 %; $p < 0,01$). Entre le début et le suivi, 102 femmes (30,2 %) ont cessé d'utiliser un pessaire et 79 (23,6 %) ont changé de mode de traitement pour passer à la chirurgie. Dans le groupe d'intervention chirurgicale, 22 femmes (10,8 %) ont subi une intervention supplémentaire en raison d'un prolapsus récidivé et/ou d'une incontinence urinaire. Une amélioration significative du score de PFDI-20 à 24 mois a été observée dans les deux groupes; la différence moyenne était de 15 points en faveur de la chirurgie (différence moyenne : -15; IC à 95 % : 7,1-23,0; $p < 0,001$). Les femmes ayant subi une intervention chirurgicale ont manifesté une amélioration significativement plus élevée des fonctions urinaire et intestinale.

Commentaire : J'aime cet article parce que, comme l'ont souligné les auteurs, en affectant les patientes à l'une ou l'autre des interventions en fonction d'une décision commune, cette étude reflète la pratique clinique réelle, ce qui renforce la validité externe des observations. Ils disent aussi que même si la méthodologie des ECR élimine les facteurs de confusion, les personnes qui acceptent d'y participer n'ont généralement pas une forte préférence de

traitement, ce qui limite la généralisation. Il est intéressant de noter que les résultats de cette étude sont tous mesurés à l'aide d'échelles subjectives; il n'y a pas d'évaluation objective des résultats chirurgicaux, ce qui est conforme à la tendance haussière selon laquelle on évalue la qualité de vie globale plutôt qu'un seul paramètre mesurable comme critère d'évaluation en recherche contemporaine. Bien qu'il existe de nombreuses façons d'interpréter les résultats, j'ai obtenu des résultats impressionnants avec l'utilisation d'un simple pessaire qui a permis de soulager les symptômes de ce problème gênant et prévalent qui n'affecte pas le pronostic vital comme solution de rechange à la chirurgie,

laquelle comporte son lot de risques, de complications et d'échecs au fil du temps. Je suppose que mes collègues en urogynécologie doivent avoir des observations intéressantes sur la pandémie de COVID-19 et les restrictions du temps d'accès au bloc opératoire pour les interventions non oncologiques. Je pense que bien des patientes privilégient une option conservatrice et font confiance à un médecin qui ne propose pas d'emblée la chirurgie comme premier choix de traitement; celles pour qui la prise en charge conservatrice a échoué sont généralement plus à l'aise lorsqu'elles optent pour la chirurgie, même en connaissant les risques associés.