

Vasectomie

Q.1. Existe-t-il des restrictions médicales liées à l'âge du client, au nombre d'enfants vivants ou période d'attente nécessaire qui empêcheraient un homme d'avoir une vasectomie?

Recommandations	Raison fondamentale
<p>a) Age ou nombre d'enfants vivants?</p> <p>Non. Du point de vue de la sécurité de l'opération, il n'existe pas de restrictions médicales concernant l'âge ou le nombre d'enfants vivants d'un homme qui souhaite une stérilisation. Mais il faut envisager les deux éléments lors du processus de counseling pour minimiser les risques de regret.</p> <p>Le souhait du client est de toute première importance mais il faut qu'il comprenne qu'un âge jeune est un facteur de risque de regret.</p>	<p>a-b) L'âge et le nombre d'enfants vivants ne sont pas des raisons médicales limitant l'accès à la vasectomie, en fonction des Critères de recevabilité médicale de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Toutefois, l'âge et le nombre d'enfants vivants sont des aspects importants dont on doit tenir compte pendant le counseling. Clarke et Gregson ont constaté que les hommes qui demandaient des opérations de reperméabilisation étaient plus jeunes que les témoins au moment de la stérilisation.</p> <ol style="list-style-type: none">1) World Health Organization. Improving access to quality care in family planning: medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva: WHO, 1996.2) Clarke L, Gregson S. Who has a vasectomy reversal? Journal of Biosocial Science 1986;18:253-69.
<p>b) Période d'attente?</p> <p>Non. Si un homme a reçu un counseling et a choisi la vasectomie, il n'est pas nécessaire d'avoir une période d'attente. Mais il est souvent bon que l'homme prenne le temps de réfléchir à sa décision.</p> <p>Mais l'incidence du regret, même à un âge jeune au moment de la vasectomie, reste faible. Le counseling est important pour minimiser les risques de regret.</p>	<p>Voici d'autres facteurs liés au regret de vasectomie: remariage ou changement de partenaire, décès d'un ou plusieurs enfants après l'opération, amélioration de la situation financière et, plus rarement, problèmes psychologiques liés à l'infertilité ou à d'autres problèmes physiques. Toutefois, la recherche a montré que la vasectomie ne constitue pas une cause physique d'effets adverses sur la santé (voir Question 6).</p> <ol style="list-style-type: none">1) Male sterilization. Population Reports 1983;Series D(4):61-100.

Q.2. Le consentement de la femme est-il nécessaire avant qu'un homme ne puisse avoir une vasectomie?

Recommandations	Raison fondamentale
Non. Le consentement de l'épouse en devrait pas être obligatoire pour qu'un homme puisse avoir une vasectomie. Toutefois, l'homme peut souhaiter discuter de la décision avec son épouse et sa famille.	<p>Il n'existe pas d'études sur le regret des hommes en fonction du consentement de l'épouse sur la décision d'avoir une vasectomie. En général, la littérature soutient la conclusion selon laquelle les couples qui arrivent à une décision commune sont plus satisfaits de leur décision.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Boring CC, Roach RW, Becerra J. Sterilization regret among Puerto Rican women. <i>Fertility and Sterility</i> 1988;49:973-81.2) Shain RN, Miller WB, Holden AEC. Married women's dissatisfaction with tubal sterilization and vasectomy at first-year follow-up: effects of perceived spousal dominance. <i>Fertility and Sterility</i> 1986;45:808-19.

Q.3. Qui peut réaliser les vasectomies?

Recommandations	Raison fondamentale
Les vasectomies peuvent être effectuées par tout professionnel de la santé qui a reçu une formation sur l'exécution de la vasectomie. Des médecins, responsables médicaux, infirmiers, infirmières sages-femmes ayant reçu une formation appropriée ainsi que d'autres membres du personnel médical ayant une expérience chirurgicale peuvent exécuter les vasectomies.	<p>Diverses catégories de médecins dont les généralistes, les chirurgiens, d'autres spécialistes (par exemple, les gynécologues-obstétriciens) et le personnel paramédical peuvent recevoir une formation sur l'exécution de la vasectomie.</p> <ol style="list-style-type: none">1) AVSC International. No-scalpel vasectomy: a training course for vasectomy providers and assistants. New York: AVSC International, 1997. In press.

Q.4. Des méthodes contraceptives d'appoint sont-elles nécessaires après une vasectomie?

Recommandations	Raison fondamentale
<p>Oui. Un homme peut avoir des relations sexuelles deux ou trois jours après l'opération s'il se sent à l'aise mais la vasectomie n'est pas immédiatement efficace. L'on recommande d'utiliser des méthodes d'appoint pendant les 12 semaines suivant la vasectomie ou au moins pendant 20 éjaculations après l'opération. Là où c'est faisable, un spermogramme devrait être effectué à ce moment pour vérifier que le sperme ne contient plus de spermatozoïdes.</p> <p>Il est important de reconnaître qu'un homme qui a subi une vasectomie risque toujours de contracter ou de transmettre des Maladie sexuellement transmissible (MST) et, par conséquent, il devra peut-être utiliser une méthode d'appoint (à savoir des condoms) pour se protéger lui-même ainsi que sa (ses) partenaire(s).</p>	<p>Il faut parfois plusieurs mois pour que le canal déférent expulse tous les spermatozoïdes qu'il renferme au moment de la vasectomie. Ce temps varie d'un homme à un autre. Par conséquent, une méthode d'appoint pour la prévention de la grossesse (par exemple, condoms, Acétate de médroxyprogestérone dépôt (DMPA) pour la partenaire) devra être utilisée pendant au moins 12 semaines ou 20 éjaculations.</p> <p>1) Brownlee H, Tibbels C. Vasectomy. <i>Journal of Family Practice</i> 1983;16(2):279-84.</p>

Q.5. Quel est le calendrier de suivi approprié après une vasectomie?

Recommandations	Raison fondamentale
<p>L'on recommande une visite de suivi dans les sept à 14 jours suivant une vasectomie pour contrôler les sites d'incision, retirer les points de sutures et voir s'il n'existe pas de signes de complications. Si possible, une analyse du sperme peut être effectuée après 20 éjaculations ou 12 semaines pour vérifier l'azoospermie.</p> <p>On encourage le client à revenir rapidement s'il connaît des problèmes (par exemple, des saignements, des enflures, de la fièvre, des douleurs) ou à tout autre moment s'il a des questions ou préoccupations.</p>	<p>L'examen de suivi devrait se faire entre le septième et le quatorzième jour après l'intervention chirurgicale. Les clients devraient recevoir un counseling sur les signes d'alarme et les raisons de retour pour une visite de suivi.</p>

Q.6. La vasectomie entraîne-t-elle à long terme des effets adverses sur la santé?

Recommandations

a) Non, selon le poids de faits dont on dispose. En effet, les études ne sont pas concluantes quant au risque accru possible de cancer de la prostate. Plusieurs études n'ont constaté aucune association mais deux études, par contre, ont montré un léger accroissement du risque.

D'après une étude importante, il n'existe aucune association entre la vasectomie et d'autres problèmes de santé, dont les maladies cardio-vasculaires.

Raison fondamentale

a) Sur base de faits biologiques et épidémiologiques, il est peu probable que la vasectomie constitue une cause du cancer de la prostate ou de tout autre effet à long terme sur la santé, tel que les maladies cardio-vasculaires.

Une étude récente ainsi que deux études faites antérieurement se sont également penchées sur l'association entre la vasectomie et le cancer de la prostate. Zhu et al. ont utilisé un plan de cas-témoins dans une population où la vasectomie était courante. Aucune association n'a été constatée. Massey et al. et Sidney et al. ont utilisé un plan d'étude de cohorte. Le premier groupe a utilisé une cohorte rétrospective de 10590 hommes ayant eu une vasectomie et le dernier a utilisé une cohorte prospective avec une période moyenne de suivi de 6,8 ans de 5119 homme ayant subi une vasectomie. Aucune étude n'a constaté une association entre le cancer de la prostate et la vasectomie. Giovannucci et al. ont trouvé des ratios de risque de 1,56 et 1,66, respectivement, dans le cadre de deux études de cohorte séparées. Mais l'explication biologique de l'association n'a pas été acceptée par les experts comme étant une association probable.

- 1) Healy B. From the National Institutes of Health: does vasectomy cause prostate cancer? *Journal of the American Medical Association* 1993;269:2620.
- 2) Zhu K, Stanford JL, Daling JR, McKnight B, Stergachis, Brawer MK, Weiss NS. Vasectomy and prostate cancer: a case-control study in a health maintenance organization. *American Journal of Epidemiology* 1996;144:717-22.
- 3) Massey FJ Jr., Bernstein GS, O'Fallon WM, Schuman LM, Coulson AH, Crozier R, et al. Vasectomy and health: results from a large cohort study. *Journal of the American Medical Association* 1984;252:1023-9.
- 4) Sidney S, Quesenberry CP, Sadler MC, Guess HA, Lydick EG, Cattolica EV. Vasectomy and the risk of prostate cancer in a cohort of multiphasic health-checkup examinees: second report. *Cancer Causes and Control* 1991;2:113-6.
- 5) Giovannucci E, Tosteson TD, Speizer FE, Ascherio A, Vessey MP, Colditz GA. A retrospective cohort study of vasectomy and prostate cancer in US men. *Journal of the American Medical Association* 1993;269:878-82.
- 6) Giovannucci E, Ascherio A, Rimm EB, Colditz GA, Stampfer MJ, Willett WC. A prospective cohort study of vasectomy and prostate cancer in US men. *Journal of the American Medical Association* 1993;269:873-7.

Recommandations	Raison fondamentale
b) La vasectomie n'affecte pas la fonction sexuelle normale. Après une vasectomie, le corps de l'homme continue à produire des hormones masculines qui l'aident à avoir des érections, des sensations/désir sexuel et des éjaculations. Un homme peut également avoir une libido plus forte car il n'est plus préoccupé pour le risque que sa partenaire tombe enceinte.	b) La vasectomie ne comporte que l'occlusion de deux petits canaux et non pas l'ablation d'une glande ou d'un organe. Aussi, n'interfère-t-elle pas avec les fonctions de production de la testostérone dans les testicules et de spermatogénèse. 1) Dias P. The long-term effects of vasectomy on sexual behaviour. Acta Psychiatrica Scandinavia 1983;67(5):333-8.

Q.7. La vasectomie devrait-elle être considérée comme permanente?

Recommandations	Raison fondamentale
<p>Oui. Bien qu'il existe des procédures de reperméabilisation d'une vasectomie, l'opération est très complexe et coûteuse et le taux de réussite dépend de plusieurs facteurs, dont le type de procédure de reperméabilisation, l'expérience du médecin en la matière, le temps écoulé depuis que la vasectomie a été effectuée, la qualité et la quantité de sperme du client, les effets anatomiques de la vasectomie originale, la présence d'anticorps autre spermatiques et la fécondité de la partenaire du client.</p> <p>Certaines études ont montré l'existence de spermatozoïdes dans le sperme éjaculé chez plus de 67% des hommes qui avaient eu une opération de reperméabilisation mais le pourcentage de réussite, mesuré par le taux de grossesse chez les partenaires, varie entre 16% et 85%, avec plus de la moitié des études indiquant que moins de 50% des femmes avaient connu une grossesse intra-utérine.</p>	<p>L'opération de reperméabilisation de la vasectomie est extrêmement complexe et ne devrait être effectuée que par des médecins hautement qualifiés et ayant une vaste expérience. Les techniques microchirurgicales demandent environ 40 heures de formation intensive, en plus de la pratique fréquente avant qu'un chirurgien ne soit compétent. L'opération de reperméabilisation peut être exécutée en utilisant des techniques micro ou macrochirurgicales dont chacune comporte ses propres avantages et inconvénients.</p> <p>Belker et al. et Fox ont constaté que le taux de fécondité après l'opération de reperméabilisation diminue au fur et à mesure qu'augmente le temps entre la reperméabilisation et la vasectomie originale. Le taux de fécondité peut être également affecté par la cicatrisation post-opératoire, l'absence de spermatozoïdes dans le sperme éjaculé et, peut-être, par la présence des anticorps antispermatiques.</p> <ol style="list-style-type: none">1) Male Sterilization. Population Reports 1983;Series D(4):61-100.2) Ross J, Hong S, Huber D. Voluntary sterilization: an international fact book. New York : AVSC, 1985.3) Marmar J. The status of vasectomy reversals. International Journal of Fertility 1991;36(6):352-7.4) Belker A, Thomas A, Fuchs E, Konnak J, Sharlip I. Results of 1,469 microsurgical vasectomy reversals by the vasovasotomy study group. Journal of Urology 1991;145:505-11.5) Fox M. Vasectomy reversal - microsurgery for best results. British Journal of Urology 1994;73:449-53.

Classification des procédures choisies de vasectomie

Procédure	Classe	Raison fondamentale
Examen des parties génitales	A	Nécessaire pour exclure la possibilité d'une pathologie scrotale.
Tension artérielle	C	La tension artérielle n'est pas liée à la sécurité de l'utilisation de la vasectomie ¹ .
Dépistage biologique des Maladie sexuellement transmissible (MST) (en l'absence de symptômes)	C	Les examens biologiques ne sont pas nécessaires pour la vasectomie chez les personnes ne présentant pas de symptômes ¹ .
Tests biologiques obligatoires de routine (par exemple, cholestérol, glucose, tests de la fonction hépatique)	D	Les examens biologiques ne sont pas nécessaires pour la vasectomie.
Procédures correctes de prévention des infections	A	Il est important d'observer les bonnes procédures de prévention des infections pour minimiser le risque d'infection pour les clients et les prestataires de services.
Points de counseling spécifiques de la stérilisation masculine: ! efficacité ! utilisation d'une méthode d'appoint (voir Question 4) ! irréversibilité de la méthode ! effets secondaires courants ! signes et symptômes exigeant de consulter un prestataire de services ! protection contre les MST (quand/tel qu'approprié) ! counseling post-opératoire	A	! Un counseling correct est important pour vérifier le consentement informé avant l'opération de stérilisation. ! Un counseling correct peut également minimiser le regret futur. ! La vasectomie devrait être envisagée comme une méthode contraceptive permanente.

Citations pour le tableau de procédures:

- 1) Organisation mondiale de la santé. Pour un meilleur accès à des soins de qualité en matière de planification familiale: critères de recevabilité médicale pour l'adoption et utilisation continue de méthodes contraceptives. Genève: OMS, 1996.

CLASSES:

- Classe A** = essentiel et obligatoire ou important en toutes circonstances pour une utilisation efficace et sans danger de la méthode de contraception.
- Classe B** = raisonnable sur le plan médical/épidémiologique dans certaines circonstances pour améliorer la sécurité de l'utilisation et l'efficacité de la méthode de contraception mais ne peut pas être approprié pour tous les clients dans tous les cas.
- Classe C** = peut être approprié pour une bonne prévention sanitaire mais non justifié matériellement pour la sécurité de l'utilisation et l'efficacité de la méthode de contraception.
- Classe D** = non justifié matériellement, que ce soit pour de bons soins préventifs de routine ou la sécurité de l'utilisation et l'efficacité de la méthode de contraception.