



Vasectomie

Points clés

Décideurs politiques :

- La vasectomie est une méthode contraceptive à effet permanent qui est efficace, sans danger et peu coûteuse. Elle est une composante essentielle d'un éventail équilibré d'options contraceptives.

Prestataires :

- Les techniques comme la cautérisation et l'interposition aponévrotique augmentent l'efficacité d'une vasectomie.
- L'efficacité de la vasectomie dépend de la technique chirurgicale utilisée et de l'emploi d'une contraception d'appoint durant les 12 semaines suivant l'opération.

Clients :

- La vasectomie, un acte bref et peu douloureux, est plus simple qu'une stérilisation féminine et présente moins de danger.

Vasectomie : données récentes sur l'efficacité des différentes techniques

Résumé : La cautérisation et l'interposition aponévrotique sont deux techniques qui pourraient accroître encore plus la grande efficacité de la vasectomie et en faire l'une des méthodes de stérilisation les moins risquées et les moins invasives. Toutefois, les clients devraient toujours bénéficier d'un counseling, d'une part, sur le faible risque d'échec chirurgical et, d'autre part, sur l'importance d'une contraception d'appoint durant les 12 semaines post-opératoires.

Généralités : chaque technique de vasectomie consiste à accéder aux canaux déférents (extériorisation), puis à les sectionner et à les occlure. La technique la plus employée dans le monde est celle de la ligature-résection : le chirurgien ligature chaque canal en deux points avant d'éliminer le court segment se situant entre les deux ligatures. Une possible alternative est la cautérisation qui est une technique très efficace (cf. Figure 1). Dans ce cas, le chirurgien utilise un cautère électrique (électrode) ou thermique (fil chauffé) pour obturer environ 1 cm de chaque extrémité sectionnée du canal déférent et empêcher ainsi le passage des spermatozoïdes. La cautérisation thermique pourrait s'avérer une technique d'occlusion bien adaptée à de nombreuses régions du monde, mais d'autres études seront nécessaires pour confirmer son efficacité dans les contextes aux ressources limitées.

déférent sur l'une des extrémités sectionnées et à la ligaturer en créant ainsi une barrière tissulaire (cf. Figure 2). Des études réalisées dans sept pays d'Amérique latine, d'Asie et d'Amérique du Nord ont montré que cette pratique augmente nettement l'efficacité d'une simple ligature-résection.¹ On ne dispose que de peu de données sur les avantages d'une interposition aponévrotique après une cautérisation, mais elle pourrait, là aussi, accroître l'efficacité de la vasectomie.

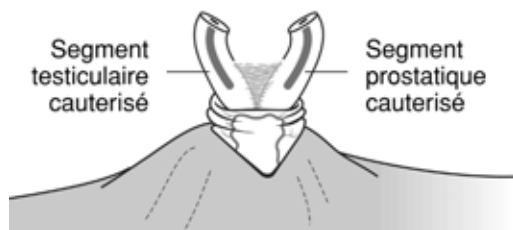


Figure 1 : Cautérisation.

Source : EngenderHealth. 2003. *No-Scalpel Vasectomy: An Illustrated Guide for Surgeons, Third Edition*. New York. Reproduction autorisée.

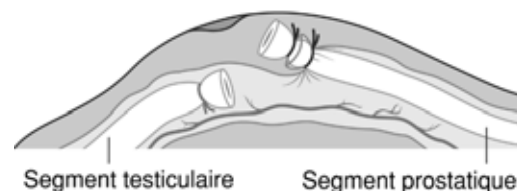


Figure 2 : Interposition aponévrotique.

Source : EngenderHealth. 2003. *No-Scalpel Vasectomy: An Illustrated Guide for Surgeons, Third Edition*. New York. Reproduction autorisée.

Nécessité de l'emploi d'une méthode contraceptive d'appoint durant les 12 semaines suivant la vasectomie :

une vasectomie n'a pas d'effet contraceptif immédiat, car il subsiste toujours des spermatozoïdes dans la partie supérieure des canaux déférents et leur élimination complète demande du temps. C'est pourquoi il faut conseiller à l'homme d'employer une autre méthode contraceptive pendant les 12 semaines (3 mois) suivant l'opération. Si les directives habituelles offrent le choix entre un délai de 12 semaines ou 20 éjaculations, de récents travaux ont montré que le délai de 12 semaines est

Vasectomie : données récentes sur l'efficacité des différentes techniques

nettement plus fiable.² Pour évaluer le succès d'une vasectomie, la meilleure solution est l'analyse de sperme (spermogramme). Si cette analyse est impossible, il faut absolument recommander au couple de se protéger avec un autre contraceptif durant cette période post-opératoire.

Risque de réanastomose et d'échec de la méthode dans de rares cas : plusieurs raisons peuvent expliquer l'échec réel ou apparent d'une vasectomie : erreur chirurgicale, rapports sexuels sans protection contraceptive au cours des 12 semaines suivant l'opération ou infidélité de la conjointe. La plupart des rares grossesses s'expliquent cependant par une réanastomose spontanée d'un canal déférent, autrement dit par une reconnexion des deux extrémités, qui se produit le plus souvent dans les deux mois après la vasectomie. Ce risque de reperméabilisation semble lié à la technique employée. Pour une ligature-résection, une interposition aponévrotique peut réduire ce risque de 50 %, comme le confirment les analyses de sperme.³ Pour une cautérisation, le risque semble encore plus faible et cette technique serait donc plus efficace que la ligature-résection.⁴ Etant donné la possibilité d'un échec chirurgical, il faut en avvertir les couples, afin d'éviter un soupçon automatique d'infidélité en cas de survenue d'une grossesse accidentelle.

Innocuité, efficacité et coût modéré de cette méthode de contraception à effet permanent : la vasectomie présente très peu de risques. Les complications liées à l'opération demeurent rares et les complications graves sont l'exception. Au nombre des effets secondaires possibles, on peut citer une légère douleur, un gonflement et une ecchymose, mais, le plus souvent, ils disparaissent rapidement. Dans quelques cas, on a noté une douleur persistante au niveau du scrotum ; elle est souvent d'intensité moyenne et cède aux analgésiques courants délivrés sans ordonnance. Comme la vasectomie est un acte chirurgical, les sujets atteints d'une infection locale ou systémique devraient reporter l'intervention tant qu'ils ne sont pas guéris. Sinon, il n'existe par d'autre contre-indication médicale justifiant un refus de la procédure.

L'acte chirurgical est bref et peu douloureux ; il est plus simple et présente moins de risques qu'une stérilisation féminine. L'opération dure au total une quinzaine de minutes et même moins quand le praticien est expérimenté. Elle se fait sous anesthésie locale et l'homme ne ressent habituellement qu'une légère douleur au point d'injection et une impression d'étirement quand le chirurgien intervient. La vasectomie sans scalpel (VSS) permet de réduire la durée de l'opération ainsi que la fréquence déjà faible des complications observées avec la technique incisionnelle.

Si la fréquence des échecs est plus élevée qu'on l'estimait auparavant, une récente étude conduite au Népal,⁵ où la technique de ligature-résection se pratique couramment, a révélé des taux de grossesses de seulement 2 % à un an et de 4 % à trois ans.

La vasectomie est aussi une option contraceptive très économique. Selon le contexte, elle peut avec le temps s'avérer une des méthodes les moins coûteuses, à la fois pour le client et pour le système de santé.⁶

¹ Chen-Mok M, Bangdiwala SI, Dominik R, et al. Termination of a randomized controlled trial of two vasectomy techniques. *Control Clin Trials* 2003;24(1):78-84; Sokal D, Irsula B, Hays M, et al. Vasectomy with fascial interposition vs. ligation and excision alone: a randomized controlled trial. Texte en préparation.

² Barone MA, Nazerali H, Cortez M, et al. A prospective study of time and number of ejaculations to azoospermia after vasectomy by ligation and excision. *J Urol* 2003;170(3):892-96.

³ Sokal D, Irsula B, Hays M, et al.

⁴ Sokal D, Irsula B, Chen M, et al. A comparison of vas occlusion techniques: cautery vs. ligation and excision with fascial interposition. Manuscript in preparation.

⁵ Nazerali H, Thapa S, Hays M, et al. Vasectomy effectiveness in Nepal: a retrospective study. *Contraception* 2003; 67(6):397-401.

⁶ Trussell J, Leveque J, Koenig J, et al. The economic value of contraception: a comparison of 15 methods. *Am J Public Health* 1995;85(4):494-503.

La réalisation de ce document a bénéficié du soutien de l'Agence des Etats-Unis pour le développement international (USAID). Son contenu ne reflète pas nécessairement les positions ou la politique de l'USAID.

© Family Health International, 2003. Tous droits réservés.

Pour en savoir plus, contactez le projet *Research to Practice* (De la recherche à la pratique) de FHI à l'adresse rtoop@fhi.org ou visitez les sites suivants :

EngenderHealth :

<http://www.engenderhealth.org/wh/fp/cperm-m.html>

Family Health International :

http://www.fhi.org/en/Topics/malesteril_topic.htm

PB-03-05F