

Hystérocopie opératoire : section de cloison utérine

C. YAZBECK
(Paris)

Résumé

Les cloisons utérines sont les malformations utérines les plus fréquentes et peuvent être à l'origine d'infertilité ou de fausses couches précoces ou tardives. Leur traitement chirurgical se base actuellement sur l'hystérocopie opératoire qui a considérablement simplifié leur prise en charge thérapeutique. La morbidité du geste chirurgical est minimisée grâce à l'échographie tridimensionnelle préopératoire, à l'utilisation de l'énergie bipolaire et à l'utilisation de barrières anti-adhérences.

Mots clés : cloison utérine, hystérocopie opératoire, infertilité, malformation utérine

Hôpital Bichat-Claude Bernard - Service de gynécologie-obstétrique - 46 rue Henri Huchard - 75018 Paris

Correspondance : chadi.yazbeck@bch.aphp.fr

Déclaration publique d'intérêt

L'auteur déclare ne pas avoir de conflit d'intérêt en rapport direct avec la rédaction du présent sujet.

INTRODUCTION

Des anomalies intra-utérines sont retrouvées chez 40 % des patientes infertiles candidates à l'assistance médicale à la procréation (AMP) [1, 2]. La prise en charge de ces processus intra-utérins susceptibles de gêner la gestation a été largement facilitée par le développement de l'hystérocopie opératoire. Elle a permis de rendre accessibles certaines myomectomies, les résections de polype et les sections de cloisons utérines.

I. CLASSIFICATION DES MALFORMATIONS UTÉRINES

Les cloisons utérines sont dues à un défaut de résorption de la cloison inter-müllérienne, au cours de l'organogenèse, entre 13 et 17 semaines de grossesse. En fonction de la date de l'anomalie, il existe plusieurs type de cloisons allant de la cloison totale (avec deux hémicols et une cloison vaginale) jusqu'aux simples éperons fundiques classés alors comme utérus arqués.

Le diagnostic précis de la malformation utérine et sa classification sont un prérequis indispensable à l'indication chirurgicale (Tableau 1).

II. DIAGNOSTIC ET IMAGERIE PRÉOPÉRATOIRE

Les examens préopératoires ne doivent pas se contenter d'identifier une malformation utérine, mais doivent la classer d'une

manière précise en sous-types afin de pouvoir poser l'indication opératoire. L'hystérocopie associée à la cœlioscopie, l'échographie tridimensionnelle (3D) ou l'hystérosographie (Tableau 2) sont les trois examens qui peuvent donner cette précision, loin devant l'hystérosalpingographie ou l'IRM [3]. L'avantage de l'échographie 3D est de donner une coupe frontale épaisse de l'utérus, de visualiser ainsi la malformation et de fournir des mesures particulières qui permettent de guider le geste opératoire et de limiter son étendue et ses risques (Figure 1).

III. TECHNIQUES CHIRURGICALES

L'hystérocopie opératoire a considérablement simplifié la prise en charge thérapeutique des cloisons utérines qui était réalisée auparavant par hystérotomie laparotomique (intervention de Bret et Palmer).

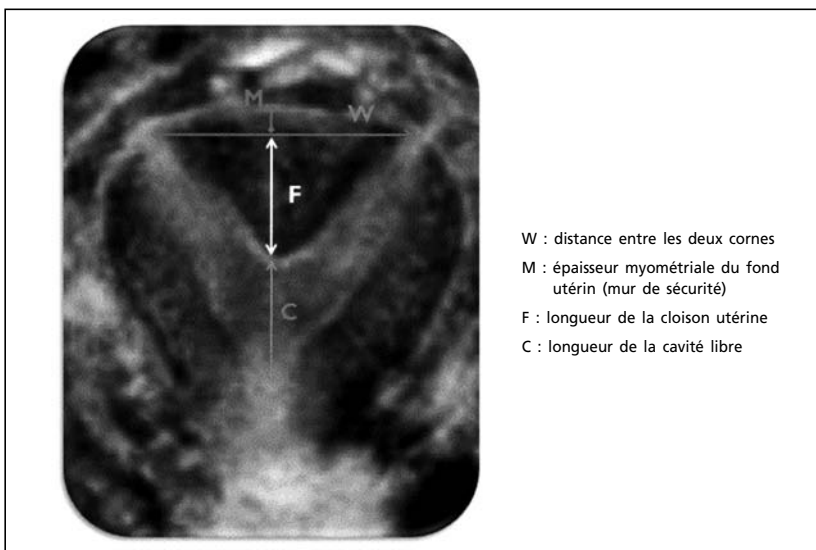
Tableau 1 - Classifications des malformations utérines

Origine du trouble	Classification de Musset : 1964	Classification ASRM : 1988
<ul style="list-style-type: none"> Aplasies des canaux de Müller 	<ul style="list-style-type: none"> Aplasia mullérienne bilatérale : Syndrome de Rokitansky-Kuster-Hauser Aplasia mullérienne unilatérale : <ul style="list-style-type: none"> Utérus unicorne Utérus pseudo unicorne 	<ul style="list-style-type: none"> Classe I : Hypoplasie, agénésie Classe II : Utérus unicorne
<ul style="list-style-type: none"> Troubles de la fusion des canaux de Müller 	<ul style="list-style-type: none"> Utérus didelphe (bicorne bicervical) Utérus bicorne : <ul style="list-style-type: none"> unicervical total unicervical corporeal unicervical fundique 	<ul style="list-style-type: none"> Classe III : Utérus didelphe Classe IV : Utérus bicorne
<ul style="list-style-type: none"> Troubles de résorption des canaux de Müller 	<ul style="list-style-type: none"> Utérus cloisonné : <ul style="list-style-type: none"> Total Subtotal Corporeal Fundique Utérus à fond arqué 	<ul style="list-style-type: none"> Classe V : Utérus cloisonné : <ul style="list-style-type: none"> type Va : total type Vb : partiel Classe VI : Utérus à fond arqué
<ul style="list-style-type: none"> Autres 	<ul style="list-style-type: none"> Hypoplasie utérine 	<ul style="list-style-type: none"> Classe VII : Utérus DES

Tableau 2 - Classification des examens en fonction de leur pertinence

Classe	Précision	Examen
la	> 90 %	Identifie et classe la malformation en sous-types
		Hystérocopie + Coelioscopie Échographie 3D Hystérosonographie
lb	> 90 %	Identifie la malformation sans pouvoir la classifier
		Hystérocopie seule
II	< 90 %	Identifie la malformation
		Hystérosalpingographie Échographie 2D
III	Incertaine	Identifie la malformation
		IRM Examen clinique (grossesse ou post-délivrance)

Figure 1 - Coupe frontale de l'utérus en échographie 3D et mesures préopératoires



Les systèmes d'électrochirurgie par vaporisation bipolaire (Versapoint®) remplacent de plus en plus l'énergie monopolaire ou les ciseaux rigides, et ce, grâce à leur plus grande sécurité (faible diamètre 5F, milieu de distension au sérum physiologique, vaporisation instantanée à haute fréquence des tissus adjacents). De plus, ils semblent apporter une efficacité équivalente, puisque les taux de grossesses post-procédure étaient comparables (RR = 1,1 ; IC à 95 % [0,7-1,9]) par rapport au résectoscope classique de 8 mm [4].

Si l'échographie préopératoire montre une épaisseur du mur de sécurité « M » inférieure à 5 mm (Figure 1), il est préférable de laisser un discret éperon fundique de sécurité, inférieur à 1 cm, afin de ne pas fragiliser le myomètre fundique. L'utérus cloisonné est ainsi transformé en utérus arqué, et le risque de perforation est diminué. Dans le cas où le myomètre fundique est épais, l'intervention peut être poursuivie jusqu'à la visualisation des deux ostia tubaires dans le même plan hystéroscopique.

En fin d'intervention, il est préférable d'appliquer une barrière anti-adhérence de type gel (acide hyaluronique) pour minimiser le risque de synéchies postopératoires dans un contexte clinique d'infertilité.

IV. SECTION DE CLOISON UTÉRINE ET GROSSESSE

Aucune étude randomisée comparant l'expectative à la section de cloison chez des patientes infertiles porteuses de cloison utérine sans antécédent obstétrical n'a pu être réalisée. Dans une cohorte de 57 patientes ayant un utérus cloisonné, le taux de naissances vivantes après métroplastie était de 68 % en cas d'infertilité primaire (dont 72 % après AMP) et de 56 % en cas d'infertilité secondaire (dont 50 % après AMP) [5].

Les taux de grossesses ont été comparés chez des patientes présentant une infertilité inexpliquée avec ou sans cloison utérine. Chez les patientes porteuses de cloison utérine, celle-ci était systématiquement opérée. Les taux de grossesses et de naissances vivantes à un an (respectivement 38,6 % et 34,1 %) étaient significativement plus élevés par rapport au groupe de patientes sans cloison utérine (respectivement 18,9 % et 20,4 %) [6].

Dans une série incluant 102 patientes (31 patientes infertiles et 71 patientes avec antécédents de fausses couches spontanées), le taux

cumulé de grossesses à 3 ans était de 89 % pour les patientes avec une cloison utérine complète, et de 80 % pour celles avec une forme partielle. Le taux moyen de fausses couches passe ainsi à 13 % dans les cloisons complètes et 16 % dans les cloisons partielles. Les résultats de la chirurgie semblent dépendre de l'indication : le taux de naissances vivantes était de 39 % chez les patientes avec infertilité et de 62 % chez celles avec fausses couches [7].

V. INDICATIONS CHIRURGICALES

En cas de fausses couches à répétition, l'indication de la section de cloison utérine est consensuelle puisqu'elle permet de réduire significativement le taux de fausses couches spontanées (88 % avant chirurgie *versus* 14 % après) d'après une revue de 16 études non randomisées [8]. L'opportunité de la section de cloison utérine chez les femmes infertiles demeure plus complexe selon certains auteurs [9, 10]. Elle apparaît légitime après 35 ans devant des antécédents d'accidents obstétricaux sans étiologie connue, d'infertilité inexplicée, ou avant AMP. Cependant, le taux de naissances vivantes en postopératoire reste supérieur chez les femmes ayant des antécédents de fausses couches par rapport à celles présentant une infertilité primaire [7].

CONCLUSION

Selon les dernières recommandations du CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français), la métroplastie hystéroscopique est recommandée chez les femmes qui présentent des fausses couches spontanées à répétition. Le rapport bénéfice/risque de cette intervention chez les femmes infertiles sans antécédents obstétricaux doit être discuté au cas par cas [11]. L'échographie 3D préopératoire fournit des renseignements d'une haute importance pour guider le geste chirurgical. L'approche hystéroscopique est actuellement la référence, et l'énergie bipolaire semble apporter des résultats comparables avec une moindre morbidité. L'application intracavitaire de gel anti-adhérence contribue à diminuer le risque de synéchies postopératoires.

Bibliographie

- [1] Doldi N, Persico P, Di Sebastiano F, Marsiglio E, De Santis L, Rabellotti E. Pathologic findings in hysteroscopy before *in vitro* fertilization-embryo transfer (IVF-ET). *Gynecol Endocrinol* 2005;21:235-7.
- [2] Koskas M, Mergui JL, Yazbeck C, Uzan S, Nizard J. Office hysteroscopy for infertility: a series of 557 consecutive cases. *Obstet Gynecol Int* 2010;2010:168096.
- [3] Saravelos SH, Cocksedge KA, Li TC. Prevalence and diagnosis of congenital uterine anomalies in women with reproductive failure: a critical appraisal. *Hum Reprod Update* 2008;14(5):415-29.
- [4] Bosteels J, Weyers S, Puttemans P, Panayotidis C, Van Herendael B, Gomel V *et al*. The effectiveness of hysteroscopy in improving pregnancy rates in subfertile women without other gynaecological symptoms: a systematic review. *Hum Reprod Update* 2010;16:1-11.
- [5] Grimbizis G, Camus M, Clasen K, Tournaye H, De Munck L, Devroey P. Hysteroscopic septum resection in patients with recurrent abortions or infertility. *Human Reproduction* 1998;13:1188-93.
- [6] Mollo A, De Franciscis P, Colacurci N, Cobellis L, Perino A, Venezia R *et al*. Hysteroscopic resection of the septum improves the pregnancy rate of women with unexplained infertility: a prospective controlled trial. *Fertil Steril* 2009 Jun;91(6):2628-31.
- [7] Fedele L, Arcaini L, Parazzini F, Vercellini P, Di Nola G. Reproductive prognosis after hysteroscopic metroplasty in 102 women: life-table analysis. *Fertil Steril* 1993;59:768-72.
- [8] Homer HA, Li TC, Cooke ID. The septate uterus: a review of management and reproductive outcome. *Fertil Steril* 2000;73:1-14.
- [9] Fedele L, Bianchi S. Hysteroscopic metroplasty for septate uterus. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1995;22:473-89.
- [10] Ozgur K, Isikoglu M, Donmez L, Oehninger S. Is hysteroscopic correction of an incomplete uterine septum justified prior to IVF? *Reprod Biomed Online* 2007;14(3):335-40.
- [11] Yazbeck C, Fauconnier A, Pouly JL. Reproductive surgery. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2010;39(8 Suppl 2):S75-87.

