

*COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS
Président : Professeur B. Blanc*

**Extrait des
Mises à jour
en Gynécologie
Médicale**

—
**volume 2004
publié le 1.12.2004**



*VINGT-HUITIÈMES JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2004*

Les risques oncologiques après destruction endométriale

A. AGOSTINI, N. VEJUX, F. BRETTELLE, L. CRAVELLO, B. BLANC*
(Marseille)

INTRODUCTION

La destruction endométriale peut-être effectuée par hystérocopie ou par de nouvelles techniques utilisant des agents physiques. Les risques oncologiques après destruction endométriale par hystérocopie sont le risque de dissémination tumorale lorsqu'on effectue accidentellement une hystérocopie opératoire sur un cancer de l'endomètre et le risque de retard diagnostique en cas de cancer de l'endomètre chez une patiente avec antécédent d'hystérocopie opératoire. Les nouvelles techniques de destruction endométriale par agent physique exposent au même risque de dissémination tumorale. D'autre part, le risque de néoplasie secondaire lié aux techniques de destruction utilisées doit être évalué.

* Service Gynécologie – Hôpital La Conception – 147 Bd Baille – 13005 MARSEILLE

DESTRUCTION ENDOMÉTRIALE PAR HYSTÉROSCOPIE

Les risques oncologiques lors d'un traitement hystéroscopique accidentel d'un adénocarcinome de l'endomètre***I. Risque et valeur pronostique d'une dissémination péritonéale de cellules néoplasiques induite par l'hystéroscopie diagnostique******A. Dissémination péritonéale des cellules endométriales normales ou néoplasiques*****Dissémination de cellules endométriales normales**

Il existe un risque de dissémination de cellules endométriales lorsqu'on effectue une hystéroscopie diagnostique en phase liquide (2) ou au CO₂ (4). Le risque de dissémination est comparable avec les deux milieux et serait de 25 % environ (13).

Dissémination de cellules endométriales néoplasiques

Le risque de dissémination de cellules néoplasiques endométriales existe avec la technique classique, c'est-à-dire le prélèvement endométrial par dilatation et curetage (D&C) (7, 18). Le risque de dissémination est plus important lorsque la technique D&C est associée à l'hystéroscopie diagnostique en phase liquide (14) ; sur une série rétrospective multicentrique de 113 patientes présentant une cytologie péritonéale au moment du traitement chirurgical d'un cancer de l'endomètre stade I, l'antécédent d'hystéroscopie était corrélé avec la présence d'une cytologie positive (14). Sur une série rétrospective unicentrique de 222 patientes, après analyse multivariée, l'antécédent d'hystéroscopie était un facteur de risque de cytologie péritonéale positive surtout pour les stades II et plus et/ou avec un envahissement endométrial supérieur à 50 % (23). Le risque d'entraîner une cytologie péritonéale positive après hystéroscopie serait de 12,5 % (3/24) lorsqu'il s'agit d'un adénocarcinome de stade I (17). Il semblerait que le risque de dissémination soit plus important lorsqu'on effectue une hystéroscopie en phase liquide par rapport au CO₂. Sur une série rétrospective de 162 patientes présentant un adénocarcinome de l'endomètre, le risque de dissémination péritonéale était 11 fois plus élevé en cas d'utilisation d'un milieu liquide par rapport au CO₂ (8).

B. Valeur pronostique

La présence d'une cytologie péritonéale positive « spontanée » est un élément du pronostic du cancer de l'endomètre. La valeur d'une cytologie péritonéale positive induite par l'hystéroscopie est difficile à évaluer.

LES RISQUES ONCOLOGIQUES APRÈS DESTRUCTION ENDOMÉTRIALE

Sur une étude in vitro de 24 pièces d'hystérectomies pour adénocarcinome de l'endomètre, Arikan et al. (1) ont effectué une hystérocopie en phase liquide et ont recueilli le liquide au niveau des pavillons tubaires. Sur ce liquide, la présence de cellules tumorales a été retrouvée dans 71 % des cas (17/24). Les auteurs ont évalué si ces cellules préservaient leur pouvoir adhésiogène. Sur les 17 cas, 10 cultures (42 %) ont montré que les cellules recueillies gardaient leur pouvoir adhésiogène et pouvaient donc entraîner des métastases péritonéales.

Sur un suivi médian de 53 mois de 99 patientes traitées pour adénocarcinome de l'endomètre, après analyse multivariée, l'antécédent d'hystérocopie diagnostique n'était pas corrélé au risque de récurrence ou de décès secondaire à la maladie (12). Sur un groupe de 262 patientes traitées pour un cancer de l'endomètre stade I avec un suivi médian de 23 mois, l'antécédent d'hystérocopie n'était pas un facteur de risque de récurrence (15).

II. Risque et valeur pronostique d'une dissémination péritonéale de cellules néoplasiques induite par l'hystérocopie opératoire***A. Dissémination péritonéale***

Il est probable que le risque de dissémination est plus important pendant une hystérocopie opératoire. La durée de l'intervention est plus longue, la pression intra-utérine est plus élevée et le geste opératoire « libère » des cellules endométriales. Cependant les taux de dissémination retrouvés sont comparables à ceux rapportés pour l'hystérocopie diagnostique. Sur une série de 30 endométréctomies, dans 7 cas (23 %) des cellules endométriales ont été retrouvées dans la cytologie péritonéale (6). Ce taux était de 6/32 (27 %) en cas de résection de fibrome (3).

B. Valeur pronostique

Il n'existe pas de données suffisantes sur le risque de dissémination et la valeur pronostique en cas d'hystérocopie opératoire d'une lésion maligne. Les séries rapportées concernent de petits effectifs. Sur une série de 13 patientes traitées accidentellement par hystérocopie opératoire, aucune patiente n'a récidivé après la fin du traitement chirurgical avec un suivi compris entre 6 mois et 9 ans (22).

Les risques oncologiques après destruction endométriale pour lésion bénigne

Le risque d'adénocarcinome persiste après destruction de l'endomètre car, quelle que soit la technique utilisée (abrasion ou résection), l'exérèse de l'endomètre est incomplète, que ce soit en surface ou en profondeur. Ainsi l'endomètre non détruit (abrasion) ou non analysé (résection) peut être malin ou le devenir (16, 20). L'autre risque, souvent évoqué, est le retard diagnostique d'un adénocarcinome dû à un antécédent de traitement hystéroscopique pour lésion bénigne. Le traitement hystéroscopique ne traite pas certaines zones profondes de l'endomètre (cryptes) qui vont devenir des îlots d'endomètre exclus de la cavité suite aux synéchies et phénomènes de cicatrisation post-hystéroscopiques. Ainsi, en cas d'adénocarcinome développé au sein de ces îlots, la survenue de métrorragies sera retardée. Ce risque théorique a été très peu documenté (10) et semble être exceptionnel. Il ne semble pas que l'antécédent de destruction endométriale pour lésion bénigne entraîne un retard diagnostique en cas d'adénocarcinome secondaire.

Les risques oncologiques lors d'un traitement hystéroscopique accidentel d'un sarcome utérin

Le traitement accidentel d'un sarcome utérin par hystéroscopie concerne des lésions intracavitaires initialement classées polype ou fibrome (5, 19). La résection hystéroscopique accidentelle d'un sarcome utérin est une situation exceptionnelle. Sur une série rétrospective de 2402 patientes, Vilos et al. (21) rapportent 3 cas de sarcome utérin, soit 0,1 %. Les cas rapportés concernent tous les âges et même des patientes de moins de 30 ans (9). Il existe une seule série importante de patientes traitées pour un sarcome utérin et dont l'incidence pronostique de l'hystéroscopie diagnostique ou opératoire est évaluée, ainsi que d'autres facteurs chirurgicaux (11). Sur cette série de 123 patientes, il n'est pas mis en évidence d'aggravation significative du pronostic en cas d'hystéroscopie diagnostique ou opératoire (11).

DESTRUCTION ENDOMÉTRIALE PAR AGENT PHYSIQUE

À notre connaissance, il n'existe pas de cas rapportés d'adénocarcinome de l'endomètre accidentellement traité par agent physique (thermocoagulation, hydro-thermo-ablation ou autre). Par contre, les caractéristiques cliniques des cancers de l'endomètre chez des patientes ayant précédemment été traitées par ces techniques pour lésions bénignes seront peut-être modifiées. En effet, les modifications endométriales secondaires à ces traitements, les synéchies induites, pourraient modifier la présentation clinique de ces cancers de l'endomètre. D'autre part, le risque oncogène des techniques utilisées n'est pas connu à long terme. Ainsi, la surveillance à long terme de ces patientes traitées par ces nouvelles techniques est importante.

CONCLUSION

L'hystérocopie semble augmenter le risque de dissémination de cellules endométriales néoplasiques. Le pronostic du cancer de l'endomètre (adénocarcinome ou sarcome) ne semble pas être modifié en cas d'hystérocopie diagnostique, mais les données sont insuffisantes pour l'hystérocopie opératoire. L'antécédent de destruction endométriale par hystérocopie ne protège pas de la survenue d'un adénocarcinome de l'endomètre. Il ne semble pas que l'antécédent d'hystérocopie opératoire entraîne un retard au diagnostic en cas d'adénocarcinome de l'endomètre. Les données sur les nouvelles techniques de destruction endométriale sont insuffisantes sur le risque oncogène et sur les modifications sémiologiques induites en cas de cancer de l'endomètre.

Bibliographie

1. Arikan G, Reich O, Weiss U, Hahn T, Reinisch S, Tamussino K, Pickel H, Desoye G. Are endometrial carcinoma cells disseminated at hysteroscopy functionally viable? *Gynecol Oncol.* 2001; 83: 221-6.
2. Bartosik D, Jacobs SL, Kelly LJ. Endometrial tissue in peritoneal fluid. *Fertil Steril.* 1986; 46: 796-800.
3. Benifla JL, Darai E, Filippini F. Operative hysteroscopy may transport endometrial cells into peritoneal cavity: report of a prospective longitudinal study. *Gynaecol Endosc* 1997; 6: 151-3.

AGOSTINI & COLL.

4. Beyth Y, Yaffe H, Reinhartz T, Sadovsky E. Peritoneal cavity cytology after uterotubal CO₂ insufflation. *Fertil Steril*. 1976; 27: 871.
5. Corson SL, Brooks PG. Resectoscopic myomectomy. *Fertil Steril*. 1991 Jun; 55(6): 1041-4.
6. Depypere H, Coopers M, van Kats H. Pelvic spreading of endometrial ablation. *Gynaecol Endosc* 1997; 6: 155-6.
7. Kobilkova J, Kuzel D, Toth D, Lojda Z. Aspiration cytology from the pouch of Douglas at hysteroscopy. *Cytopathology*. 2001; 12: 44-7.
8. Lo KW, Cheung TH, Yim SF, Chung TK. Hysteroscopic dissemination of endometrial carcinoma using carbon dioxide and normal saline: a retrospective study. *Gynecol Oncol*. 2002 ; 84: 394-8.
9. Marabini A, Gubbini G, De Jaco P, Stagnozzi R, Santini D. A case of unsuspected endometrial stromal sarcoma removed by operative hysteroscopy. *Gynecol Oncol*. 1995; 59: 409-11.
10. Margolis MT, Thoen LD, Boike GM, Mercer LJ, Keith LG. Asymptomatic endometrial carcinoma after endometrial ablation. *Int J Gynaecol Obstet*. 1995; 51: 255-8.
11. Morice P, Rodriguez A, Rey A, Pautier P, Atallah D, Genestie C, Pomel C, Lhomme C, Haie-Meder C, Duvillard P, Castaigne D. Prognostic value of initial surgical procedure for patients with uterine sarcoma: analysis of 123 patients. *Eur J Gynaecol Oncol*. 2003; 24: 237-40.
12. Mulvany NJ, Arnstein MB, Ryan VA. Prognostic significance of fallopian tube cytology: a study of 99 endometrial malignancies. *Pathology*. 2000; 32: 5-9.
13. Nagele F, Wieser F, Deery A, Hart R, Magos A. Endometrial cell dissemination at diagnostic hysteroscopy: a prospective randomized cross-over comparison of normal saline and carbon dioxide uterine distension. *Hum Reprod*. 1999; 14: 2739-42.
14. Obermair A, Geramou M, Gucer F, Denison U, Graf AH, Kapshammer E, Medl M, Rosen A, Wierrani F, Neunteufel W, Frech I, Preyer O, Speiser P, Kainz C. Impact of hysteroscopy on disease-free survival in clinically stage I endometrial cancer patients. *Int J Gynecol Cancer*. 2000; 10: 275-279.
15. Obermair A, Geramou M, Gucer F, Denison U, Graf AH, Kapshammer E, Medl M, Rosen A, Wierrani F, Neunteufel W, Frech I, Preyer O, Speiser P, Kainz C. Impact of hysteroscopy on disease-free survival in clinically stage I endometrial cancer patients. *Int J Gynecol Cancer*. 2000; 10: 275-279.
16. Ramey JW, Koonings PP, Given FT Jr, Acosta AA. The process of carcinogenesis for endometrial adenocarcinoma could be short: development of a malignancy after endometrial ablation. *Am J Obstet Gynecol*. 1994 ; 170: 1370-1.
17. Sagawa T, Yamada H, Sakuragi N, Fujimoto S. A comparison between the preoperative and operative findings of peritoneal cytology in patients with endometrial cancer. *Asia Oceania J Obstet Gynaecol*. 1994 ; 20: 39-47.
18. Selvaggi L, Cormio G, Ceci O, Loverro G, Cazzolla A, Bettocchi S. Hysteroscopy does not increase the risk of microscopic extrauterine spread in endometrial carcinoma. *Int J Gynecol Cancer* 2003; 13: 223-7.
19. Sinervo K, Martyn P. Endometrial stromal sarcoma diagnosed after hysteroscopic endometrial resection. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2000; 7: 257-9.
20. Valle RF, Baggish MS. Endometrial carcinoma after endometrial ablation: high-risk factors predicting its occurrence. *Am J Obstet Gynecol*. 1998; 179: 569-72.
21. Vilos GA, Harding PG, Sugimoto AK, Ettler HC, Bernier MJ. Hysteroscopic endomyometrial resection of three uterine sarcomas. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2001; 8: 545-51.
22. Vilos GA, Harding PG, Silcox JA, Sugimoto AK, Carey M, Ettler HC. Endometrial adenocarcinoma encountered at the time of hysteroscopic endometrial ablation. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*. 2002; 9: 40-8.
23. Zerbe MJ, Zhang J, Bristow RE, Grumbine FC, Abularach S, Montz FJ. Retrograde seeding of malignant cells during hysteroscopy in presumed early endometrial cancer. *Gynecol Oncol*. 2000; 79: 55-8.