

*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*

Contraception après endométrectomie et thermothérapie

R. DE TAYRAC, A. GERVAISE, H. FERNANDEZ*
(Clamart)

INTRODUCTION

Les troubles hémorragiques utérins fonctionnels se définissent par l'association d'hémorragies génitales importantes (score de Higham > 150) et d'une cavité utérine de taille normale (hystérométrie < 12 cm), indemne de pathologie intra-cavitaire organique en échographie et en hystérocopie (polype, myome ou hyperplasie endométriale). Le traitement chirurgical est indiqué dans les échecs et contre-indications des traitements médicaux (progestatifs et hémostatiques) et du stérilet à la progestérone. Les traitements chirurgicaux conservateurs, endométrectomie hystéroscopique ou thermothérapie, d'efficacité comparable (5), sont indiqués en première intention afin d'éviter une hystérectomie pour une pathologie fonctionnelle.

Ces traitements, au même titre que l'hystérectomie, ne sont indiqués que chez des patientes ne désirant plus de grossesse, compte tenu de leur retentissement sur l'endomètre et sur la cavité utérine (synéchies). Pourtant, la littérature internationale rapporte des cas de grossesse après destruction chirurgicale de l'endomètre. Il apparaît de ce fait nécessaire de s'interroger sur les indications et le type de contraception à associer aux endométrectomies et à la thermothérapie de l'endomètre.

* Service de Gynécologie-Obstétrique du Pr Frydman,
Hôpital Antoine Béclère, Clamart

GROSSESSE APRÈS ENDOMÉRECTOMIE

Une cinquantaine de grossesses a été décrite dans la littérature internationale depuis 1992 après destruction de l'endomètre, par des techniques de résection hystéroscopique (endométrectomie) ou de coagulation (*roller-ball* ou laser YAG) (2, 6, 7, 8, 11, 12, 13). Ces grossesses surviennent de plusieurs mois à 3 ans après l'intervention, chez des patientes généralement âgées de 35 à 40 ans et euménorrhéiques.

En colligeant 5 cas rapportés dans trois séries, Golberg avance, dès 1994, un risque de grossesse intra-utérine de 0,7 % (6). Depuis, ce taux est généralement admis par les différents auteurs. Un cas unique de grossesse extra-utérine rompue a également été rapporté en 1994 (10). Parmi les 36 grossesses intra-utérines décrites en 2000, Pugh et al. avancent une proportion de grossesses évolutives de 19 % (7 grossesses sur 36) (13). En effet, l'issue de la majorité de ces grossesses est l'interruption volontaire ou la fausse couche du premier trimestre. Cook et al. rapportent des taux d'interruptions volontaires de grossesse et de fausses couches spontanées de 49 % et 22 % respectivement (2).

Lorsque la grossesse est évolutive, de nombreuses complications ont été décrites : rupture prématurée des membranes, accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérin, mort fœtale in utero, anomalie de placentation, anomalie de présentation, rupture utérine et hémorragie de la délivrance. Le taux de ruptures prématurées des membranes est estimé à 18 % (2). Le taux de prématurité est estimé entre 37 et 60 % (2, 13). Le taux de retards de croissance intra-utérins est estimé entre 12 et 80 % (2, 13). Parmi 16 grossesses évolutives, un cas de mort fœtale in utero a été décrit (8), soit un taux de 6 %. Plusieurs cas de placenta accreta responsables d'hémorragies de la délivrance ont également été rapportés (7, 13, 14).

Concernant le mode d'accouchement, Cook et al. rapportent un taux de césariennes de 70 % (2). Ces césariennes ont généralement été pratiquées en raison de la prématurité, du retard de croissance intra-utérin et des anomalies de placentation ou de la présentation.

GROSSESSE APRES THERMOTHÉRAPIE

Une première grossesse après thermocoagulation de l'endomètre par ballonnet chez une patiente de 36 ans a été rapportée par une équipe française en 2001 (3). Une équipe américaine a récemment publié une grossesse évolutive non compliquée (accouchement à 35 semaines d'aménorrhée) chez une patiente de 38 ans, également après thermocoagulation (9). Une équipe britannique a rapporté une grossesse chez une patiente de 34 ans, après hydrothermablation de l'endomètre et ligature de trompes coelioscopique par mise en place de clips de Filshie (4). Cette grossesse s'est soldée par une interruption volontaire. À côté de ces cas isolés, aucune série de la littérature ne rapporte actuellement de risque réel de grossesse après thermothérapie.

Nous exposerons notre expérience de 8 années de thermocoagulation de l'endomètre, en précisant le taux de grossesses et l'issue des différentes grossesses.

Matériel et méthodes

L'évaluation des thermocoagulations de l'endomètre par ballonnet intra-utérin Thermachoice® (Gynecare, Ethicon, Issy-les-Moulineaux, France) est pratiquée à l'hôpital Béchère selon une étude de cohorte qui totalise 206 interventions entre 1994 et 2002. Toutes ces interventions ont été pratiquées pour des ménorragies rebelles aux traitements médicaux, en alternative à l'hystérectomie.

Dans cette cohorte, 58 patientes étaient âgées de moins de 50 ans au moment de l'intervention, et n'avaient pas eu préalablement ou dans le même temps que la thermocoagulation une stérilisation tubaire ou une salpingectomie bilatérale. Toutes ces patientes avaient eu des enfants avant la thermocoagulation, et les patientes étaient informées qu'elles ne pourraient plus concevoir après le traitement. Sur la base d'un « effet contraceptif » de la destruction de l'endomètre post-thermocoagulation, aucune d'entre elles n'a pris de contraception orale ou mécanique en post-opératoire. Au moment de l'intervention, l'âge moyen des patientes était de 44 ans et la parité moyenne était de 2,7.

Nous rapportons le taux de succès de la thermocoagulation de l'endomètre chez ces patientes de moins de 50 ans, définie par une euménorrhée, une hypoménorrhée ou une aménorrhée, le taux d'hystérectomies secondaires, ainsi que le taux de grossesses.

Résultats

Le taux de succès de la thermocoagulation de l'endomètre chez ces patientes de moins de 50 ans a été de 74 % (43 patientes sur 58). Trente-deux patientes étaient hypo ou euménorrhéiques (55 %) et 11 étaient aménorrhéiques (19 %). Le taux d'échecs a été de 26 % (15 patientes sur 58). Treize patientes ont été hystérectomisées (22,5 %), 9 pour récurrence des ménorragies, 3 pour douleurs en rapport avec des fibromes (sans récurrence des ménorragies) et une pour hémorragie de la délivrance. Deux patientes ayant eu une récurrence de ménorragies n'ont pas été hystérectomisées (3,5 %). Ces résultats sont comparables à ceux des patientes âgées de plus de 50 ans.

Trois des 58 patientes de moins de 50 ans ne prenant pas de contraception après la thermothérapie ont eu une grossesse, soit un taux de 5,2 %. Les deux premières grossesses, constatées 9 et 18 mois après le geste chirurgical, se sont terminées par des fausses couches spontanées du premier trimestre. La troisième grossesse est survenue spontanément 3 ans après la thermothérapie, chez une patiente de 49 ans, troisième par, qui était euménorrhéique malgré un utérus myomateux. Cette grossesse s'est compliquée d'une rupture prématurée des membranes à 19 semaines d'aménorrhée, deux semaines après une amniocentèse pratiquée pour âge maternel. Une interruption de grossesse a été proposée à la patiente, ce qu'elle a refusé. Une césarienne a finalement été pratiquée à 26 semaines d'aménorrhée pour chorioamniotite débutante, et une hémorragie de la délivrance due à un placenta accreta a nécessité une hystérectomie d'hémostase.

DISCUSSION

Le risque de grossesse après destruction de l'endomètre, estimé à 0,7 %, est faible, mais existe réellement.

D'après notre expérience, le risque de grossesse après thermothérapie serait 7 fois plus important, de l'ordre de 5 %. Malgré une efficacité comparable sur le traitement des hémorragies utérines fonctionnelles (5), cette augmentation du risque de grossesse pourrait s'expliquer par une destruction plus homogène de l'endomètre lors de la thermothérapie, sans atteinte du myomètre, avec un effet synéchiant moins important.

CONTRACEPTION APRÈS ENDOMÉTRECTOMIE ET THERMOTHÉRAPIE

Cette notion de fertilité possible après endométrectomie, et à plus forte raison après thermothérapie, impose désormais une information claire et précise des patientes avant l'intervention. En effet, la probabilité d'une grossesse, et surtout la fréquence des complications obstétricales possibles en cas de grossesse, justifient une indication large de la contraception après ce type de traitement. Si la plupart des grossesses décrites surviennent chez des patientes jeunes (35-40 ans) et euménorrhéiques après le traitement, plusieurs grossesses ont été décrites chez des patientes de 40-45 ans et même 45-50 ans, et il n'existe pas d'argument pour écarter ce risque chez les patientes hypo ou aménorrhéiques.

Si le risque de complications obstétricales est manifeste en cas de grossesse, les patientes ayant été enceintes après endométrectomie ne semblent pas exposées à un risque accru de récurrence des ménorragies, ce qui revient à dire que la grossesse ne favoriserait pas la réépithélialisation de l'endomètre.

Concernant le type de contraception à proposer après endométrectomie, certains auteurs anglo-saxons préconisent une stérilisation tubaire coelioscopique systématique (13). Dans la mesure où cette chirurgie ne se conçoit que chez une patiente ne désirant plus de grossesse, avec nécessité d'une anesthésie (locale, loco-régionale ou générale) au bloc opératoire, il semble en effet logique de proposer aux patientes un geste chirurgical complémentaire permettant de prévenir une grossesse non désirée et fréquemment hautement pathologique. Le risque de grossesse après ligature de trompes par coelioscopie étant estimé à 0,4 %, le risque de grossesse chez une patiente ayant eu une destruction de l'endomètre et une ligature de trompes par coelioscopie serait de 0,002 %, soit une grossesse sur 50 000. En revanche, la voie d'abord chirurgicale de l'endométréctomie et de la thermothérapie étant la voie hystéroscopique, la morbidité d'une coelioscopie complémentaire pour ligature tubaire semble excessive par rapport au risque de grossesse de 0,7 %, puisque la morbidité des coelioscopies dites mineures est de 0,84 pour 1000 (1).

En revanche, la stérilisation hystéroscopique par mise en place d'implants tubaires (système Essure[®], Laboratoire Conceptus) pourrait prendre chez ces patientes une place de choix. La mise en place des implants est réalisable dans le même temps opératoire que l'endométréctomie ou que la thermothérapie, sous anesthésie générale, loco-régionale et même locale (pour la thermothérapie). Techniquement, il est préférable de poser les implants tubaires en début d'hystéroscopie, en raison du risque que les ostiums tubaires soient masqués après la thermocoagulation. Pour la résection d'endomètre, si les implants sont

posés en début d'intervention, il est préférable d'utiliser une anse de résection en courant bipolaire, afin d'éviter une diffusion de l'électricité. La seule contrainte des implants tubaires est la nécessité d'associer un autre mode de contraception pendant 3 mois après l'intervention (temps nécessaire aux implants tubaires pour être totalement obstructifs) et de faire pratiquer une radiographie du bassin (éventuellement une hystérogaphie) au terme de ces 3 mois, pour vérifier la bonne position des implants dans la cavité pelvienne (l'hystérogaphie permettant de vérifier l'absence de passage tubaire).

L'alternative de choix à la stérilisation hystéroscopique est le dispositif intra-utérin. Le premier avantage est la mise en place possible sous anesthésie, au décours de l'endométrectomie ou de la thermothérapie. L'absence de dilatation cervicale pour la thermothérapie réduit le risque de migration de stérilet. Le deuxième avantage du dispositif intra-utérin est, lorsqu'il s'agit du stérilet au lévonorgestrel (Miréna[®], Laboratoire Schering), de potentialiser l'effet thérapeutique du traitement chirurgical conservateur sur les hémorragies utérines fonctionnelles. Cependant, les patientes ayant déjà bénéficié de ces dispositifs avant l'endométrectomie ou la thermothérapie, qui par définition n'avaient pas été efficaces, peuvent préférer un autre mode de contraception.

Chez des patientes ne souhaitant pas de stérilisation tubaire associée ou de dispositif intra-utérin, les autres modes de contraception (locale, orale œstro-progestative ou progestative, patch, ou anneau vaginal) sont tout à fait possibles, en respectant leurs contre-indications propres.

Enfin, malgré une possible conservation de la fertilité chez une patiente ayant eu une destruction chirurgicale de l'endomètre pour des hémorragies utérines fonctionnelles, le recours à une assistance médicale à la procréation paraît contre-indiqué, en raison de la fréquence et de l'importance des complications obstétricales dans ce contexte.

CONCLUSION

Le risque de grossesse après endométrectomie et thermothérapie est estimé respectivement à 0,7 % et 5 %. En cas de grossesse, si le risque de fausse couche spontanée précoce est important, le retentissement psychologique d'une éventuelle interruption volontaire de grossesse et l'importance de la morbidité obstétricale, imposent une information claire et précise des patientes avant l'intervention et l'élargissement de

CONTRACEPTION APRÈS ENDOMÉRECTOMIE ET THERMOTHÉRAPIE

nos indications de contraception associée. La stérilisation hystéroscopique par mise en place d'implants tubaires dans le même temps opératoire pourrait prendre chez ces patientes une place de choix.

Résumé

L'endoméctomie hystéroscopique et la thermothérapie (ballonnet intra-utérin ou hydrothermablation) sont les traitements chirurgicaux conservateurs de première intention dans les hémorragies utérines fonctionnelles afin de réduire les taux d'hystérectomies pour pathologie fonctionnelle. Ces traitements ne sont indiqués que chez des patientes ne désirant plus de grossesse, compte tenu de leur retentissement sur l'endomètre et sur la cavité utérine (synéchies).

Le risque de grossesse après endoméctomie est estimé à 0,7 %. Une cinquantaine de cas ont été rapportés dans la littérature internationale depuis 1992. Deux cas de grossesse ont été rapportés après thermothérapie depuis 2001 mais, dans notre expérience, le risque de grossesse après ce traitement serait 7 fois plus important, de l'ordre de 5 %. Malgré une efficacité comparable sur le traitement des hémorragies utérines fonctionnelles, cette augmentation du risque de grossesse pourrait s'expliquer par une destruction plus homogène de l'endomètre lors de la thermothérapie, sans atteinte du myomètre, avec un effet synéchiant moins important.

Parmi ces grossesses, 50 % se terminent en interruption volontaire, 25 % en fausse couche spontanée et 25 % seulement sont évolutives. Parmi les grossesses évolutives, les complications obstétricales sont nombreuses et fréquentes (rupture prématurée des membranes, accouchement prématuré, retard de croissance intra-utérin, mort fœtale in utero, anomalies de placentation, anomalie de présentation, rupture utérine, hémorragie de la délivrance et hystérectomie d'hémostase).

Ces notions imposent désormais une information claire et précise des patientes avant l'intervention et justifient une indication large de la contraception. Les deux modes de contraception de choix sont le dispositif intra-utérin au lévonorgestrel et la stérilisation hystéroscopique par implants tubaires dans le même temps opératoire.

Bibliographie

1. Chapron C, Querleu D, Bruhat MA, Madelenat P, Fernandez H, Pierre F, Dubuisson JB. Surgical complications of diagnostic and operative gynaecological laparoscopy: a series of 29,966 cases. *Hum Reprod* 1998 Apr; 13(4): 867-72.
2. Cook JR, Seman EI. Pregnancy following endometrial ablation: case history and literature review. *Obstet Gynecol Surv* 2003 Aug; 58(8): 551-6.
3. Cravello L, Agostini A, Roger V, Bretelle F, Blanc B. Intrauterine pregnancy after thermal balloon ablation. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001 Jul; 80(7): 671.
4. El-Toukhy T, Hefni M. Pregnancy after hydrothermal endometrial ablation and laparoscopic sterilisation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003 Feb; 106(2): 222-4.
5. Gervaise A, Fernandez H, Capella-Allouc S et al. Thermal balloon ablation versus endometrial resection for the treatment of abnormal uterine bleeding. *Hum Reprod* 1999 Nov; 14(11): 2743-7.
6. Golberg JM. Intrauterine pregnancy following endometrial ablation. *Obstet Gynecol* 1994 May; 83(5 Pt 2): 836-7.
7. Hoffman MK, Sciscione AC. Placenta accreta and intrauterine fetal death in a woman with prior endometrial ablation: a case report. *J Reprod Med* 2004 May; 49(5): 384-6.
8. Hopkisson JF, Kennedy SH, Ellis JD. Caesarean hysterectomy for intrauterine death after failed endometrial resection. *Br J Obstet Gynaecol* 1994; 101: 810-11.
9. Kir M, Hanlon-Lundberg KM. Successful pregnancy after thermal balloon endometrial ablation. *Obstet Gynecol* 2004 May; 103(5 Pt 2): 1070-3.
10. Lam AM, Al-Jumaily, Holt EM. Ruptured ectopic pregnancy in an amenorrhoeic woman after transcervical resection of the endometrium. *Aust NZ J Obstet Gynaecol* 1992; 32: 81-82.
11. McLucas B. Pregnancy after endometrial ablation. A case report. *J Reprod Med* 1995 Mar; 40(3): 237-9.
12. Pinette M, Katz W, Drouin M, Blackstone J, Cartin A. Successful planned pregnancy following endometrial ablation with the YAG laser. *Am J Obstet Gynecol* 2001; 185: 242-3.
13. Pugh CP, Crane JM, Hogan TG. Successful intrauterine pregnancy after endometrial ablation. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2000 Aug; 7(3): 391-4.
14. Rogerson L, Gannon MJ, O'Donovan PJ. Outcome of pregnancy following endometrial ablation. *J Gynecol Surg* 1997; 13(4): 155-60.