

*COLLÈGE NATIONAL  
DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIEUS FRANÇAIS  
Président : Professeur J. Lansac*

**Extrait des  
Mises à jour  
en Gynécologie  
et Obstétrique**

—

**TOME XXXII  
publié le 3.12.2008**



*TRENTE-DEUXIÈMES JOURNÉES NATIONALES  
Paris, 2008*

# Hystéroscopie : résultats et limites dans les hyperplasies et le cancer de l'endomètre, corrélations anatomopathologiques

H. FOULOT <sup>1a</sup>, N. CHOPIN <sup>1a</sup>, B. BORGHESE <sup>1b</sup>, F. DECUYPÈRE <sup>1c</sup>,  
F. SARROT <sup>1d</sup>, M.-C. VACHER LAVENU <sup>2e</sup>, C. CHAPRON <sup>1e</sup>  
(Paris)

## INTRODUCTION

Tout d'abord, il est important de souligner que le diagnostic histologique des hyperplasies est parfois difficile. La classification des hyperplasies la plus couramment utilisée a été adoptée à la fois par la société des pathologistes en gynécologie (ISGP) et par l'organisation mondiale de la santé (OMS) en 1985 et définit 4 groupes en fonction de la présence ou non d'atypies cytologiques, et secondairement du degré de la complexité architecturale et de la densité des glandes : hyperplasie simple, hyperplasie complexe, hyperplasie atypique simple et hyperplasie atypique complexe. Cependant, la reproductibilité de cette classification pour les biopsies endométriales s'est révélée médiocre et peu

- 1 - Service de Gynécologie Obstétrique II et Médecine de la Reproduction - Université Paris Descartes - Faculté de Médecine - AP-HP - GHU Ouest - CHU Cochin - Hôpital Cochin-Saint Vincent de Paul - 82 avenue Denfert Rochereau - 75014 Paris  
2 - Laboratoire d'Anatomopathologie - Hôpital Cochin-Saint Vincent de Paul - 82 avenue Denfert Rochereau - 75014 Paris  
a - Praticien hospitalier, b - Chef de clinique assistant, c - Assistant, d - Attaché, e - Praticien hospitalo-universitaire, chef de service

prédictive de la pathologie utérine. Trimble [1] a publié les résultats histologiques de 289 patientes dont la biopsie d'endomètre avait conclu initialement à une hyperplasie atypique de l'endomètre. L'hystérectomie a montré un cancer de l'endomètre dans 42,6 % des cas. Les biopsies d'endomètre ont été revues par 3 pathologistes experts avec un consensus pour une lésion inférieure à une hyperplasie atypique dans 74 cas (25,6 %), une hyperplasie atypique dans 84 cas (29,1 %), un cancer de l'endomètre dans 84 cas (29,1 %) et l'absence de consensus dans 16 cas (5,5 %). De plus, 14 des 74 patientes (18,9 %) dont les experts pathologistes avaient retenu le diagnostic de lésion inférieure à l'hyperplasie atypique sur la biopsie avaient un cancer de l'endomètre sur la pièce d'hystérectomie. Cependant, une patiente seulement (2,3 %) dont la biopsie relue évoquait une lésion moindre que l'hyperplasie atypique avait un cancer de l'endomètre classé à risque : il s'agissait d'un cancer grade 1 stade IB.

Ces résultats confirment d'une part la difficulté du diagnostic histologique d'hyperplasie atypique avec de grandes variations intra et inter-observateur, et d'autre part le pourcentage important de cancers d'endomètre découverts sur pièce d'hystérectomie. Certes la majorité de ces cancers (63 %, 77/123) étaient de grade 1 confinés à l'endomètre, mais il y avait 6 cancers de grade 2 et 2 de grade 3. Enfin, il y avait 30,9 % de tumeurs (38/123) qui avaient une infiltration du myomètre et 11 % une infiltration qui dépassait 50 %.

## PLACE DE L'HYSTÉROSCOPIE POUR LE DIAGNOSTIC DES HYPERPLASIES ET DU CANCER DE L'ENDOMÈTRE

Quels sont les signes cliniques et paracliniques pouvant faire suspecter une hyperplasie ou un cancer de l'endomètre et conduire à la réalisation d'une hystérocopie ? Ce sont les métrorragies post-ménopausiques, les ménorragies et/ou métrorragies chez les femmes en période d'activité génitale, un endomètre > 4 mm à l'échographie en postménopause, des anomalies endocavitaires à l'échographie faisant suspecter la présence d'un polype et/ou une hyperplasie.

Auparavant ces patientes subissaient un curetage utérin sous anesthésie générale pour lequel existait un taux d'environ 10 % de faux négatifs. Il existe maintenant des explorations moins invasives comme l'échographie, l'hystérosonographie, la biopsie endométriale

et l'hystérocopie qui permettent le plus souvent de diagnostiquer une pathologie endométriale sans hospitalisation.

L'échographie est le premier examen complémentaire à effectuer en cas de saignement anormal. Elle permettra de suspecter une hyperplasie en cas d'épaississement hyperéchogène, parfois hétérogène, localisé ou diffus de l'endomètre. Un cancer de l'endomètre sera suspecté quand s'associe une hypervascularisation au doppler énergie avec des indices doppler à faible résistance. Chez les femmes ménopausées, une épaisseur de l'endomètre  $\leq 4$  mm permet d'éliminer selon Gull [2] un cancer de l'endomètre. L'hystérosographie permettra d'avoir encore une meilleure définition de ces anomalies endométriales, mais le temps d'examen est plus long. La biopsie d'endomètre en ambulatoire s'est avérée être un moyen efficace et bien accepté par les patientes pour obtenir un prélèvement d'endomètre pour une analyse histologique. Cependant, ce prélèvement a l'inconvénient d'être fait à l'aveugle et peut donc facilement méconnaître une lésion localisée, notamment un polype ou une hyperplasie localisée. Ainsi, Clark [3] a publié une méta-analyse montrant que ces biopsies endométriales en ambulatoire ont un taux d'échec de 4 % (3 % avec la pipelle) et 5 % de prélèvements insuffisants (1,5 % avec la pipelle) pour une étude histologique.

Différents instruments ont été utilisés pour ces biopsies : la pipelle de Cornier la plus utilisée, le Tao brush, la curette de Nowak... L'intérêt de l'hystérocopie en ambulatoire est de confirmer et d'orienter la biopsie. L'hystérocopie diagnostique s'est développée en ambulatoire avec l'amélioration de la qualité des optiques et leur minaturisation permettant d'avoir actuellement à disposition des hystérocopes de petit diamètre rendant la procédure en ambulatoire mieux tolérée. Des hystérocopes rigides comprenant des optiques de 1,9 à 4 mm avec des gaines de diamètre externe allant de 2,8 à 5,1 mm (Olympus et Storz) ou un microhystéroscope souple flexible de diamètre externe de 3,1 mm (Olympus) sont utilisés, avec comme milieu de distension le CO<sub>2</sub> ou le sérum physiologique. En cas d'utilisation de sérum physiologique, la poche de sérum physiologique entourée d'un brassard à tension est placée à environ 1,5 m au-dessus de la patiente. La pression est augmentée jusqu'à obtenir une bonne visualisation de la cavité utérine. Cependant, il n'y a pas de contrôle de la pression intra-utérine et si le liquide ne peut s'écouler entre le col et l'hystéroscope, la vision est souvent altérée par la présence de débris de muqueuse flottant dans la cavité utérine, et il existe également un risque de passage intratubaire, source de douleurs, si la pression est trop élevée. L'hystéroscope avec une optique de 12° ou 30° permet de visualiser rapidement la totalité

de la cavité utérine en effectuant une simple rotation de l'optique sur son axe, et ainsi de voir d'éventuelles anomalies endométriales en donnant des informations morphologiques et topographiques. Néanmoins, l'interprétation des anomalies est subjective et dépend de l'expérience de l'opérateur. En cas d'utilisation de CO<sub>2</sub>, la visualisation de la cavité utérine peut également être altérée par la présence de sang ou de bulles de gaz. L'hystérocopie permettra ensuite de pratiquer soit une biopsie orientée après retrait de l'hystérocopie, soit une biopsie dirigée qui nécessite un hystérocopie avec canal opérateur. Pour effectuer ces biopsies dirigées sont actuellement disponibles des hystérocopes rigides de petit diamètre : de 1,9 mm à 3 mm (Olympus et Storz) avec des gaines de diamètre externe de 3,6 à 5,5 mm qui permettent d'introduire différents types de pinces à biopsie 5-Fr pour réaliser une biopsie endométriale dirigée. Ces prélèvements dirigés sont également possibles avec l'hystérocopie souple. Pour avoir une meilleure vision et un contrôle de la pression intra-utérine, Bettocchi [4] préconise une irrigation continue de la cavité utérine qui est obtenue grâce à une pompe électronique d'irrigation/aspiration permettant de maintenir une pression intra-utérine d'environ 30 mm Hg. Grâce à cette irrigation continue, il n'est plus indispensable de saisir le col avec une pince de Pozzi, qui est source d'inconfort pour la patiente : c'est la technique de vaginoscopie décrite par cet auteur. En cas d'épaississement anormal diffus de l'endomètre, il est utile de compléter la biopsie dirigée par une biopsie endométriale : la H-pipelle, plus longue que la pipelle de Cornier, peut être introduite dans la cavité utérine à travers la gaine diagnostique de l'hystérocopie après que l'extrémité de l'hystérocopie ait été reculée jusqu'au niveau du canal cervical et l'optique retiré.

Les complications de l'hystérocopie diagnostique sont rares et le plus souvent mineures : parmi les 25 409 hystérocopies rapportées dans la méta-analyse de Clark [3], seulement 8 complications avaient été rapportées : une infection pelvienne, 4 perforations utérines, une perforation vésicale, la précipitation d'une crise d'hypocalcémie, et un épisode d'angor.

## HYPERPLASIES ENDOMÉTRIALES

La biopsie endométriale a montré une précision modeste pour le diagnostic d'hyperplasie. Une biopsie positive permet le diagnostic d'hyperplasie endométriale avec un taux de vraisemblance cumulé de

12 (95 % ; CI 7,8-18,6) tandis qu'une biopsie négative a un taux de vraisemblance cumulé de 0,2 (95 % ; CI 0,1-0,3) dans la méta-analyse de Clark [3]. La probabilité passe de 10,2 % (95 % ; CI 8,2 %-12,5 %) à 57,7 % (95 % ; CI 41,1 %-72,7 %) en cas de test positif et il décroît à 2,2 % (95 % ; CI 0,9 %-4,1 %) pour un test négatif. Chez des femmes postménopausiques, Angioni [5] a trouvé une sensibilité de 25 %, une spécificité de 92 % et une précision de 80 % pour le diagnostic d'hyperplasie.

Il n'a pas été établi de corrélation entre certains aspects hystéroscopiques et le diagnostic d'hyperplasie, si bien que cet examen ne peut donner qu'une suspicion qui devra être confirmée par biopsie. Les aspects hystéroscopiques devant faire évoquer la présence d'une hyperplasie sont tout d'abord un épaississement localisé ou diffus de l'endomètre, d'autant plus que celui-ci est polypoïde et irrégulier. Cette épaisseur est appréciée subjectivement en créant un sillon sur la face postérieure de la cavité utérine avec l'extrémité de l'hystéroscope et en estimant l'épaisseur de l'endomètre par rapport au diamètre de l'hystéroscope utilisé. Chez les femmes en préménopause, on peut considérer que cette épaisseur de l'endomètre sur la face postérieure ne doit pas dépasser en phase proliférative le diamètre d'un hystéroscope de 5 mm. Après la ménopause, il ne doit pas dépasser 2 mm. Les autres anomalies hystéroscopiques devant faire suspecter une hyperplasie sont : la présence d'un ou plusieurs polypes, des glandes kystiques, une hypervascularisation localisée, une densité anormale des orifices des glandes surtout visible en cas d'inflammation associée de l'endomètre.

Garuti [6] a revu les résultats de l'hystérocopie chez 323 patientes ayant une hyperplasie. L'hystérocopie montrait une sensibilité de seulement 63,7 %. L'hystérocopie permettait de prévoir une hyperplasie chez 38,4 % des patientes ayant une hyperplasie simple et 58,9 % chez celles ayant une hyperplasie complexe ou atypique. L'hystérocopie n'avait pas suspecté une hyperplasie simple chez 34 patientes (13,7 %) et une hyperplasie complexe ou atypique chez une patiente (1,3 %). La valeur prédictive positive est significativement meilleure chez les patientes postménopausiques par rapport aux patientes préménopausiques (79,4 % *versus* 50,5 % respectivement).

De Wit [7] a également montré les limites de l'hystérocopie dans le diagnostic d'hyperplasie. Quand l'hystérocopie considérait que l'endomètre était hyperplasique, ce diagnostic visuel n'avait été confirmé que dans 36,4 % des cas. Dans les autres cas, l'histologie montrait un endomètre fonctionnel ou inactif. À l'opposé, l'histologie avait noté la présence d'une hyperplasie chez 4 patientes alors que celle-ci n'avait pas été suspectée à l'hystérocopie.

Les difficultés de diagnostic des états précancéreux de l'endomètre sur les biopsies ont été notées par différents auteurs, avec en particulier la sous-estimation du diagnostic d'adénocarcinome de l'endomètre en cas de diagnostic d'hyperplasie atypique (HA) sur la biopsie d'endomètre.

Clark [8] a publié une méta-analyse sur la précision de la biopsie endométriale dans le cancer de l'endomètre. 3 cancers de l'endomètre n'ont pas été diagnostiqués et un cancer a été retrouvé parmi les prélèvements insuffisants. Le taux de probabilité d'avoir un cancer quand la biopsie est positive augmente de 6,3 % à 81,7 % et diminue à 0,9 % quand la biopsie est négative. Un test négatif a donc une précision insuffisante pour exclure un cancer de l'endomètre, ce qui nécessite de recourir à une résection des anomalies endométriales par hystéroscopie opératoire pour ne méconnaître un cancer de l'endomètre, d'autant plus que l'échographie et/ou l'hystéroscopie étaient en faveur de ce diagnostic.

Garuti et coll. [9] ont montré que la BE conduisant au diagnostic d'HA (25 patientes) n'avait pas permis de diagnostiquer un cancer de l'endomètre infiltrant dans 44 % des cas (11/25) alors même que les biopsies étaient dirigées sous hystéroscopie. Cette discordance est expliquée par les auteurs par une biopsie qui aurait intéressé seulement la partie superficielle de la lésion intracavitaire suspecte. Bettocchi [4], pour éviter ces faux négatifs de cancer de l'endomètre, préconise d'utiliser une pince à biopsie dont les mors sont tout d'abord enfoncés dans l'endomètre puis, une fois qu'un fragment suffisant d'endomètre a été détaché, les 2 mors sont fermés et l'hystéroscope est entièrement retiré. De cette façon, non seulement le tissu à l'intérieur des mors mais également le tissu débordant à l'extérieur des mors peuvent être récupérés, fournissant ainsi au pathologiste un prélèvement tissulaire plus important.

Devant ces insuffisances de la biopsie d'endomètre pour le diagnostic d'adénocarcinome de l'endomètre, l'hystéroscopie apporte-t-elle des informations complémentaires faisant suspecter un cancer ?

Garutti [9], dans le même article cité précédemment, avait rapporté que parmi les 25 patientes ménopausées dont le diagnostic histologique d'HA (24 hyperplasies complexes atypiques et une hyperplasie atypique simple) avait été fait à la biopsie endométriale, l'hystéroscopie avait montré dans tous les cas un endomètre anormal : dans 8 cas une suspicion d'hyperplasie, dans 8 cas un polype et dans 9 cas des anomalies suspectes de cancer de l'endomètre. L'analyse des pièces d'hystérectomie a retrouvé une hyperplasie endométriale dans 14 cas : 11 hyperplasies complexes atypiques, 2 hyperplasies complexes et

1 hyperplasie simple non atypique ; dans aucun de ces cas l'hystérocopie n'avait montré d'aspect suspect de malignité et avait visualisé un polype dans 8 cas et une suspicion d'hyperplasie dans 6 cas. Un adénocarcinome de l'endomètre avait été retrouvé dans 11 cas (44 %). Pour 9 cancers de l'endomètre sur 11 (81,8 %) diagnostiqués sur pièces d'hystérectomie, les données de l'hystérocopie avaient prédit le diagnostic de malignité. Les auteurs concluaient que l'hystérocopie était une méthode sensible et spécifique pour identifier, parmi les patientes ayant un diagnostic d'hyperplasie atypique sur la biopsie endométriale, celles ayant un carcinome associé. Quand l'hystérocopie est suspecte, les auteurs préconisent de réitérer la biopsie d'endomètre, notamment quand un traitement chirurgical ou médical conservateur est planifié.

Il nous semble important, en cas d'échographie et/ou d'hystérocopie suspecte de cancer alors que la biopsie est non significative, normale ou ne conclut qu'à un diagnostic d'hyperplasie, soit de refaire cette biopsie, soit de pratiquer une résection endométriale par hystérocopie opératoire afin de ne pas méconnaître un cancer de l'endomètre qui nécessitera souvent un curage ganglionnaire associé à l'hystérectomie, en fonction du grade de la tumeur et de l'extension myométriale à l'IRM.

## POLYPES UTÉRINS

Les polypes sont facilement diagnostiqués par l'hystérocopie alors que plusieurs auteurs ont montré que la précision diagnostique d'un prélèvement endométrial était faible en cas de polype utérin. Angioni [5] a montré que la biopsie endométriale à l'aveugle avait une sensibilité de seulement 11 % et une spécificité de 93 % dans la détection de polypes chez des patientes ménopausées ayant des métrorragies. Par contre, l'hystérocopie avait une sensibilité de 89 % et une spécificité de 93 %. Ces polypes doivent être considérés comme suspects à l'hystérocopie quand ils sont richement vascularisés, et/ou porteurs de zones de nécroses blanchâtres, et/ou de suffusions hémorragiques. Les biopsies dirigées trouvent tout leur intérêt pour le diagnostic histologique de ces polypes utérins.

Lieng et coll. [10] ont évalué le risque de cancer de l'endomètre et d'hyperplasie endométriale en cas de polypes utérins symptomatiques et asymptomatiques. Il s'agit d'une étude rétrospective de 411 patientes ayant eu une résection de polypes sous hystérocopie. À



la fin de la résection avec le résectoscope de 9 mm, une biopsie endométriale était effectuée sur la base d'implantation du polype. 129 patientes n'avaient pas de symptômes (31,4 %). La prévalence d'un cancer de l'endomètre ou d'hyperplasie atypique était de 3,2 % en cas de symptômes et de 3,9 % en l'absence de symptômes. Chez 10 patientes sur 14 (71,4 %) ayant un cancer ou une hyperplasie atypique, les anomalies histologiques étaient situées dans le polype, et chez 4 patientes (28,6 %) les anomalies précancéreuses et cancéreuses étaient limitées aux prélèvements situés à la base du polype. 5 des 14 patientes ayant un cancer étaient asymptomatiques. Chez les patientes symptomatiques, il y avait significativement plus de cancers et d'hyperplasies atypiques chez les patientes postménopausiques (5,5 %) par rapport aux patientes préménopausiques (0,8 %). De Wit [7] retrouve un taux de malignité de 2,7 % chez 150 patientes porteuses de polypes. Lasmar [11] a trouvé seulement 8 cas de cancer sur 1 374 polypes, soit un taux de malignité de 0,6 % mais 51,3 % de la population des patientes ayant eu une hystérocopie dans cette étude avaient moins de 45 ans.

## CANCERS DE L'ENDOMÈTRE

Le diagnostic hystérocopique est facile quand il s'agit d'une tumeur bourgeonnante, friable, irrégulière, avec des zones nécrotiques et une vascularisation anarchique. Dans les formes précoces, le diagnostic est plus difficile, pouvant prendre l'aspect d'hypertrophie endométriale localisée ou diffuse, de petits nodules, de polypes. Dans ces cas, la présence d'une importante vascularisation et de petites zones de nécrose doivent faire suspecter le diagnostic de malignité.

Clark a publié une méta-analyse concernant la précision de l'hystérocopie dans le diagnostic du cancer endométrial et de la maladie endométriale (cancer ou hyperplasie). Pour le cancer de l'endomètre, la sensibilité globale était de 86,4 % et la spécificité de 99,2 %. La probabilité d'un cancer de l'endomètre augmente de 3,9 % à 71,8 % avec une hystérocopie positive (aspect évocateur d'un cancer) et diminue à 0,6 % en cas d'hystérocopie négative. La précision diagnostique est inférieure pour la maladie endométriale : la sensibilité était de 78 % et la spécificité de 95,8 %. La probabilité passe de 10,6 % à 55,2 % avec une hystérocopie positive et décroît à 2,8 % si elle est négative.

Les limites de l'hystéroscopie dans le cancer de l'endomètre ont été soulignées par plusieurs auteurs. L'hystéroscopie n'avait pas supecté le diagnostic dans 5 cas sur 7 des cancers de l'endomètre dans la série de De Wit [7], la biopsie ou le curetage ayant permis de redresser le diagnostic. L'aspect hystérosopique était celui d'un polype dans 3 cas et d'un myome sous-muqueux dans 2 cas. La biopsie d'un de ces polypes n'avait pas montré de signes de malignité alors que l'examen histologique de ce polype après son exérèse avait montré un cancer endométrial développé au milieu du pied de ce polype. Dans l'article de Garutti [9], parmi les 16 patientes dont la biopsie d'endomètre avait diagnostiqué une hyperplasie atypique et dont l'hystéroscopie n'avait pas montré d'aspect évocateur de cancer, un cancer bien différencié intramuqueux de l'endomètre a été diagnostiqué dans deux cas (12,5 %). Le diagnostic qui avait été retenu à l'hystéroscopie était celui d'hyperplasie endométriale.

Agostini et coll. [12] ont rapporté 25 cas d'hyperplasie atypique diagnostiqués sur biopsie à la pipelle ou sur produit de résection hystérosopique. L'examen histologique de la pièce d'hystérectomie a été possible dans 23 cas. L'hystéroscopie retrouvait 18 hypertrophies de l'endomètre (78,3 %) et 5 polypes (21,2%). Dans les 12 cas où le diagnostic d'hyperplasie atypique avait été fait sur biopsie endométriale à la pipelle pendant l'hystéroscopie diagnostique ambulatoire, l'hystéroscopie retrouvait seulement une hypertrophie endométriale isolée. Dans 6 de ces 12 cas, un adénocarcinome a été diagnostiqué sur les produits de résection et confirmé sur l'examen histologique de la pièce d'hystérectomie. Le risque d'omettre un adénocarcinome quand l'hystéroscopie ne montre pas de lésions suspectes et qu'une hyperplasie atypique a été retrouvée sur la biopsie à la pipelle est donc de 50 %. À noter qu'aucun cas d'adénocarcinome n'a été diagnostiqué dans cette série quand l'hystéroscopie diagnostique avait mis en évidence un polype de l'endomètre.

Ploteau et coll. [13] ont analysé 95 patientes chez lesquelles une hyperplasie atypique (HA) ou un carcinome intramuqueux (CIM) de l'endomètre a été mis en évidence sur une biopsie d'endomètre réalisée après hystéroscopie diagnostique, ou sur un produit de résection endométriale. Toutes les patientes ont eu ensuite dans les deux mois une hystérectomie avec annexectomie bilatérale. Quand le diagnostic d'HA ou de CIM avait été fait sur biopsie à la Nowak, un cancer infiltrant a été retrouvé chez 32,7 % des patientes (17/52). Si l'on considère ces 17 cancers infiltrants, 30 % (5/17) avaient une hystéroscopie normale. Parmi ces cancers infiltrants, on retrouvait 6 stades IB de grade

2 et 4 stades IC, donc au total 19,2 % des patientes (10/52) ayant un cancer infiltrant à risque significatif d'envahissement ganglionnaire. Au vu de ces résultats, il semble donc nécessaire de faire une IRM préopératoire afin de préciser l'existence d'une éventuelle infiltration myométriale en cas d'HA ou de CIM découvert à la biopsie de Nowak. Par contre, en cas de découverte de ces lésions sur produit de résection endométriale, la probabilité de trouver une lésion infiltrante est faible (6,9 %).

Ces données soulignent l'importance de réaliser un prélèvement endométrial systématique après l'hystérocopie en cas d'anomalies de l'endomètre, même si celles-ci ne sont pas suspectes. En cas de métrorragies postménopausiques, ce prélèvement endométrial sera systématique même si l'hystérocopie ne montre pas d'anomalies. Une biopsie dirigée pourra être réalisée sous hystérocopie ou une biopsie orientée après retrait de l'hystérocopie : celle-ci sera faite à la curette de Nowak ou à la pipelle de Cornier. La méta-analyse de Paul [14] a montré que la pipelle de Cornier a une bonne sensibilité (99,6 %) et spécificité (91 %) pour le diagnostic de cancer de l'endomètre. Une variante de cette dernière, la pipelle Mark II, permettant de cumuler une étude cytologique et histologique paraît être intéressante chez les patientes ménopausées avec endomètre atrophique. Polena et coll. [15] ont montré sur une étude de 97 patientes que les prélèvements cytologiques étaient évaluables dans 85,6 % des patientes sans faux négatifs et un taux de faux positifs de 3,6 %. Les prélèvements endométriaux histologiques étaient évaluables dans 88,7 % des cas. Les deux types de prélèvements histologiques et cytologiques n'ont pu être analysés que chez deux patientes seulement. Les deux cas de cancer de l'endomètre de cette série ont pu être diagnostiqués par l'hystérocopie ainsi que sur les prélèvements histologiques et cytologiques.

### EXPÉRIENCE DE L'HÔPITAL COCHIN : DES ASPECTS HYSTÉROSCOPIQUES DE L'HYPERPLASIE ATYPIQUE ET DU CANCER INTRAMUQUEUX DE L'ENDOMÈTRE

Il s'agit d'une étude rétrospective de 27 patientes ayant eu un diagnostic histologique de HA ou d'adénocarcinome intramuqueux et qui avaient bénéficié d'une hystérocopie. Toutes ces patientes ont eu ensuite une hystérectomie. L'âge moyen des patientes est de 58 ans

(36-79 ans). 20 sur 27 patientes (74 %) étaient ménopausées. Les signes cliniques et paracliniques ayant conduit à la réalisation d'une hystéroscopie étaient :

- chez les patientes ménopausées, 15 cas de métrorragies post-ménopausiques, 1 cas de douleurs pelviennes en rapport avec une hématométrie, 4 anomalies échographiques dont 3 endomètres épaissis et 1 polype ;
- chez les patientes en activité génitale, 5 saignements utérins anormaux, une hystéroscopie faite dans le cadre d'un bilan de stérilité et un cas de polype de diagnostic échographique.

Les aspects hystéroscopiques étaient :

- dans 8 cas une hypertrophie polypoïde de l'endomètre,
- dans 8 cas un ou plusieurs polypes,
- dans 8 cas l'association des 2,
- et enfin dans 3 cas l'hystéroscopie avait été considérée comme normale.

Dans 8 cas (30 %) l'opérateur signalait que l'aspect hystéroscopique évoquait un cancer.

L'analyse histologique des pièces d'hystérectomie avait montré :

- une hyperplasie atypique dans 6 cas,
- un carcinome intramuqueux (CIM) dans 11 cas,
- une association HA + CIM dans 7 cas,
- une hyperplasie complexe dans un cas,
- une hypoplasie glandulokystique dans un cas,
- et un polype bénin dans 1 cas.

Pour ces trois derniers cas, le diagnostic histologique d'HA et/ou de CIM avait été fait 2 fois sur la biopsie d'endomètre et une fois sur les produits de résection endométriale.

## CONCLUSION

L'hystérocopie ambulatoire a pour but de visualiser et d'orienter les biopsies quand les symptômes cliniques, l'échographie et l'hystérososographie ont suspecté une anomalie de l'endomètre. Il n'y a pas d'aspect hystérocopique spécifique des hyperplasies mais une hypertrophie polypoïde localisée ou diffuse ou la présence d'un ou de polypes doivent faire évoquer le diagnostic. La biopsie d'endomètre est certes indispensable mais même si celle-ci est négative, il ne faut pas hésiter à recourir à une hystérocopie opératoire pour exérèse des anomalies intra-utérines afin de ne pas méconnaître une HA ou un adénocarcinome de l'endomètre, d'autant plus qu'il s'agit d'une patiente ménopausée consultant pour métrorragies.

*Résumé*

*L'hystérocopie diagnostique a l'intérêt de visualiser et localiser des anomalies de l'endomètre qui permettront de réaliser des biopsies orientées ou dirigées. L'histologie ayant parfois des difficultés à différencier hyperplasies sans atypies, hyperplasies atypiques et adénocarcinome endométrioïde de l'endomètre, il est illusoire de penser que l'hystérocopie permet de faire le diagnostic différentiel entre ces trois diagnostics en dehors des aspects typiques d'adénocarcinomes de l'endomètre sous forme d'une tumeur bourgeonnante, friable, avec nécrose et vascularisation anarchique. Dans notre expérience, les aspects hystérocopiques les plus fréquemment rencontrés sont une hypertrophie polypoïde, un ou des polypes ou l'association des deux. Les aspects évocateurs de malignité sont la présence de zones blanchâtres en rapport avec une nécrose tissulaire et une vascularisation anormale. Si la biopsie est normale ou non contributive par insuffisance de matériel, il est recommandé surtout en postménopause de pratiquer une hystérocopie opératoire qui consistera en une résection de polypes et/ou une endométrectomie.*

*Mots clés : hystérocopie, hyperplasies, adénocarcinome de l'endomètre*

## Bibliographie

- [1] Trimble CL, Kauderer J, Zaino R, Silverberg S, Lim PC, Burke II JJ, Alberts D, Curtin J. Concurrent endometrial carcinoma in women with a biopsy diagnosis of atypical endometrial hyperplasia. A gynaecologic oncology group study. *Cancer* 2006;106:812-9.
- [2] Gull B, Karlsson B, Milsom I, Granberg S. Can ultrasound replace dilatation and curettage? A longitudinal evaluation of postmenopausal bleeding and transvaginal sonographic measurement of the endometrium as predictors of endometrial cancer. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:401-08.
- [3] Clark TJ, Mann CH, Shah N, Khan KS, Song F, Gupta JK. Accuracy of outpatient endometrial biopsy in the diagnosis of endometrial hyperplasia. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2001;80:784-793.
- [4] Bettocchi S, Nappi L, Ceci O, Selvaggi L. What does « diagnostic hysteroscopy » mean today? The role of the new techniques. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2003;15:303-308.
- [5] Angioni S, Loddo A, Milano F, Piras B, Minerba L, Melis GB. Detection of benign intracavity lesions in postmenopausal women with abnormal uterine bleeding: a prospective comparative study on outpatient hysteroscopy and blind biopsy. *J Minim Invasive Gynecol* 2008;15:247-253.
- [6] Garuti G, Cellani F, Garzia D, Collonelli M, Luerti M. Accuracy of hysteroscopic diagnosis of endometrial hyperplasia: a retrospective study of 323 patients. *J Minim Invasive Gynecol* 2005;12:247-253.
- [7] De Wit AC, Vleugels MP, De Kruif JH. Diagnosis hysteroscopy: a valuable diagnostic tool in the diagnosis of structural intra-cavitary pathology and endometrial hyperplasia or carcinoma? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2003;110:79-82.
- [8] Clark TJ, Voit D, Gupta JK, Hyde C, Song F, Khan KS. Accuracy of hysteroscopy in the diagnosis of endometrial cancer and hyperplasia. *JAMA* 2002;288:1610-1621.
- [9] Garuti G, Mirra M, Luerti M. Hysteroscopic view in atypical endometrial hyperplasias: a correlation with pathologic findings on hysterectomy specimens. *J Minim Invasive Gynecol* 2006;13:325-330.
- [10] Lieng M, Qvigstad E, Sandvik L, Jorgensen W, Langebrette A, Istre O. Hysteroscopic resection of symptomatic and asymptomatic endometrial polyps. *J Minim Invasive Gynecol* 2007;14:189-194.
- [11] Lasmar BL, Dias R, Barrozzo PR, Oliveira MA, Coutinho E, Rosa DB. Prevalence of hysteroscopic findings and histologic diagnoses in patients with abnormal uterine bleeding. *Fertil Steril* 2008;89:1803-1807.
- [12] Agostini A, Schaeffer V, Cravello L, Bretelle F, Roger V, Blanc B. Place de l'hystérocopie dans le diagnostic et la prise en charge des hyperplasies atypiques de l'endomètre. *Gynecol Obstet Fertil* 2003;31(4):355-8.
- [13] Ploteau S, Squifflet JL, Berlière M, Marbaix E, Donnez J. Incidence des adénocarcinomes de l'endomètre après hystérectomie pour hyperplasie atypique ou carcinome intramurales diagnostiqués sur biopsie ou résection endométriale. *Bull Cancer* 2008;95(5):556-62.
- [14] Dijkhuizen FP, Mol BW, Brolmann HA, Heintz AP. The accuracy of endometrial sampling in the diagnosis of patients with endometrial carcinoma and hyperplasia. *Cancer* 2000;89:1765-72.
- [15] Polena V, Mergui JL, Zerat L, Sananes S. The role of Pipelle® Mark II sampling in endometrial disease diagnosis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007;134:233-237.