

*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*

# Place de la chirurgie hystéroscopique des hyperplasies de l'endomètre

J.-L. BRUN, E. DESCAT, D. DALLAY \*  
(Bordeaux)

Les hyperplasies de l'endomètre sont simples ou complexes selon le degré des anomalies architecturales, avec ou sans atypies cellulaires. Elles se manifestent habituellement par des hémorragies utérines de la péri-ménopause. Le diagnostic par biopsie dirigée sous hystéroscopie est plus pertinent que l'échographie, l'hystérosonographie ou le curetage biopsique [1].

Les hyperplasies sans atypie cellulaire, induites par l'insuffisance lutéale, se traitent classiquement par des progestatifs de synthèse administrés par voie orale ou in utero. En cas d'échec, il faut avoir recours aux techniques chirurgicales qui peuvent être le curetage biopsique, la résection et les techniques d'endométréctomie. Les techniques de 1<sup>re</sup> génération utilisent l'hystéroscopie opératoire, contrairement aux techniques de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> générations. Toutes ces méthodes permettent de réduire l'incidence des hystérectomies pour les lésions bénignes.

Les hyperplasies avec atypies cellulaires sont de véritables néoplasies intra-épithéliales et se traitent classiquement par une hystérectomie.

\* Service de Gynécologie Obstétrique - Hôpital Pellegrin - Place Amélie Raba Léon - 33076 Bordeaux  
E-mail : dominique.dallay@chu-bordeaux.fr

## TECHNIQUES DE CHIRURGIE HYSTÉROSCOPIQUE

Les endométrectomies ont été développées dans les années 80 pour supprimer la muqueuse endométriale et les fibres de la couche musculaire interne du myomètre, avec pour objectif d'éviter la régénération des glandes endométriales. Ces techniques de 1<sup>e</sup> génération utilisent le résecteur, le laser Nd : Yag ou la *Roller-ball* sous hystérocopie en milieu liquide.

### La résection

Elle se fait par voie transcervicale, sous anesthésie locorégionale ou générale. Les résecteurs utilisés sont à double courant, de plusieurs diamètres (21, 24 ou 27 Charrière). Le diamètre du résecteur doit être adapté au col, à la cavité utérine et à la lésion à traiter afin de diminuer le risque de perforation utérine [2].

L'utilisation du courant monopolaire expose au risque de blessure électrique viscérale grave en cas de perforation. Par ailleurs, le milieu de distension est obligatoirement le glycolle qui présente un risque d'hyponatrémie en cas d'extravasation [3].

Il faut préférer aujourd'hui le courant bipolaire permettant l'utilisation du sérum physiologique et qui expose à moins de risque électrique (Versapoint™) [4].

La technique de résection est la même, quel que soit le dispositif : il faut débiter au niveau du fond utérin en réséquant jusqu'à l'apparition du myomètre pour enlever soigneusement toute la muqueuse et la couche basale, ce qui diminue le risque de régénération. Les parties les plus difficiles à traiter et les plus fragiles sont les cornes utérines. L'utilisation d'une *Roller-ball* à cet endroit permet de diminuer les risques de perforation [5].

Après le fond utérin, la résection est réalisée au niveau de la face postérieure, puis les parois latérales de l'utérus et enfin la face antérieure. Le maintien d'une collerette sus-isthmique non traitée permet d'éviter la sténose secondaire et l'hématométrie. La gestion des copeaux de résection nécessite un peu d'expérience ; ils peuvent être extraits à travers la chemise du résectoscope ou parfois à la curette mousse pendant la procédure.

L'hystérocopie n'est pas assez performante pour faire le diagnostic différentiel des divers types d'hyperplasie. La résection doit donc être préférée chaque fois qu'il existe un doute au cours de l'hystérocopie

diagnostique pré-thérapeutique. Son intérêt est de pouvoir obtenir l'examen anatomopathologique complet de l'ensemble des copeaux. En effet, le pathologiste va les inclure en totalité et les examiner sur 2 à 3 niveaux de coupe. Cela rend possible le diagnostic de petits foyers d'atypie cellulaire.

Le risque de découvrir une hyperplasie atypique par la biopsie - résection d'endomètre varie entre 0,3% et 3% selon les séries [6, 7]. Le risque carcinogène n'existe pas s'il s'agit d'une hyperplasie simple, sans atypie. Les cas rapportés d'adénocarcinomes endométriaux après endoméctomie surviennent dans des situations à risque (hyperplasie complexe, obésité, antécédent de cancer, âge) [8].

L'évolution des hyperplasies atypiques traitées exclusivement par chirurgie hystéroscopique n'est pas toujours défavorable. Dans une cohorte prospective de 3401 femmes traitées par résection ou réduction endométriale, une hyperplasie avec atypies a été retrouvée dans 22 cas [9]. Seules 6 femmes ont eu une hystérectomie. Les 16 autres n'ont pas eu de traitement complémentaire parce qu'elles l'ont refusé ou parce qu'il était contre-indiqué. Le suivi moyen était de 5 ans (1,5 - 12). Une seule patiente a développé un cancer de l'endomètre au bout de 10 ans, 12 femmes étaient en aménorrhée, 2 sont décédées d'un cancer pulmonaire et colique survenu respectivement après 4 et 5 ans de suivi, et une a été perdue de vue.

### **La *Roller-ball***

La technique de coagulation à la *Roller-ball* consiste à faire rouler une boule coagulante sur toute la surface de l'endomètre. Cette méthode utilise le courant monopolaire et par conséquent nécessite le glycocolle comme milieu de distension. L'utilisation de la *Roller-ball* est moins dangereuse en particulier au niveau des cornes utérines et la procédure est plus rapide [10].

Cependant, la muqueuse est souvent prétraitée par une hormonothérapie atrophiante (danazol, agonistes du Gn-RH) quelques semaines avant l'intervention pour permettre une meilleure diffusion de la coagulation et améliorer le résultat chez les femmes ménorragiques [11].

Comme pour la résection, le maintien d'une collerette de sécurité sus-isthmique est recommandé pour éviter l'hématométrie. Sa large utilisation outre-Atlantique en fait la technique de référence parmi les 1<sup>es</sup> générations [12].

## Le laser Nd : Yag

Le traitement par photocoagulation laser de l'endomètre est la technique la plus ancienne, publiée la première fois par Goldrath en 1981 [13].

Le laser Nd :Yag est transmissible dans un milieu liquide par une fibre optique qui donne à l'intervention une grande ergonomie. La fibre optique peut être utilisée à travers un fibroscope souple ou à travers un endoscope rigide de petit diamètre, type Betocchi.

L'intervention débute par le traitement des orifices tubaires. La muqueuse utérine est ensuite coagulée en maintenant la fibre à 2 ou 3 mm de distance et en diminuant le courant d'irrigation, ce qui permet d'augmenter l'hyperthermie. Le blanchiment de la muqueuse est démonstratif de sa coagulation : à 100 watts, la profondeur de la destruction est de 5 à 7 mm [14].

Pour la paroi utérine, le rayon laser ne peut pas être perpendiculaire et la fibre doit venir au contact pour coaguler l'endomètre. Il se créait ainsi des sillons juxtaposés de 2 à 3 mm et la diffusion de l'énergie en profondeur permet de coaguler le myomètre adjacent. Comme pour les autres procédures, il faut maintenir une collerette sus-isthmique mais le risque d'hématométrie semble moindre qu'avec la résection [15].

## RÉSULTATS

Les résultats des techniques de 1<sup>re</sup> génération sur les hémorragies sont excellents avec plus de 90 % des femmes en hypo- ou en aménorrhée à 1 an, et 70 à 75 % de succès à 5 ans [5, 15, 16]. Elles ont été comparées dans une revue de la littérature [12]. Sur le plan technique, la résection est jugée plus difficile à réaliser que la *Roller-ball*. Elle expose à plus de risques opératoires (7 %) que le laser et la *Roller-ball* (4 %). La durée de l'intervention par laser est plus longue que la résection, elle-même plus longue que la *Roller-ball*. La réabsorption du glycolle lors du laser est plus forte que lors de la résection ou de la *Roller-ball*. La *Roller-ball* semble donc être la technique la plus répandue, la plus sûre et la plus rapide. Sur le plan des résultats, il n'y a pas de différence significative entre les 3 méthodes. Les taux de satisfaction des patientes varient de 70 à 97 %. Les taux d'aménorrhée sont compris entre 10 et 60 %.

Certains facteurs peuvent influencer le résultat des endométrectomies. Ils restent discutés, mais le jeune âge des femmes, la grande taille de l'utérus et l'histologie endomyométriale (adénomyose) seraient des facteurs d'échec [5, 17].

Les essais comparatifs et randomisés entre endométrectomie et hystérectomie ont permis de préciser les résultats de ces traitements [18, 19]. En limitant les indications du traitement conservateur aux femmes proches de la ménopause ayant un utérus de taille subnormale sans douleurs pelviennes, ni pathologie myométriale, c'est-à-dire essentiellement aux hyperplasies endométriales et aux ménorragies idiopathiques, l'endométrectomie est presque aussi efficace que l'hystérectomie abdominale. Sa morbidité est inférieure et son coût global est diminué à moyen terme. Les différences entre endométrectomie et hystérectomie par voie vaginale ou cœlioscopique semblent plus nuancées [20, 21].

## CONCLUSION

Bien que la réduction endométriale par *Roller-ball* soit reconnue comme la technique de 1<sup>e</sup> génération de référence pour traiter les ménométrorragies, la résection hystéroscopique a notre préférence pour traiter les hyperplasies endométriales suspectes qui indiquent un examen histologique complet. Cependant, la chirurgie hystéroscopique n'est performante que si les opérateurs sont entraînés. De plus, elle expose à certaines complications spécifiques de fréquence et de gravité variable selon les séries : réabsorptions massives de glycolle (0,5 à 4%), perforations utérines (1 à 8%), hémorragies (1 à 22%), infections (0,5 à 6%) [3]. Ces limites sont à l'origine du développement de techniques de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> générations jugées moins dangereuses et aussi efficaces.

*Résumé*

*Les hyperplasies de l'endomètre peuvent être traitées en chirurgie hystéroscopique par résection, laser Nd :Yag ou Roller-ball. Ces trois techniques suppriment la muqueuse endométriale et les fibres de la couche musculaire interne du myomètre, ce qui évite la régénération des glandes endométriales. Toutes sont efficaces pour traiter les hémorragies induites par l'hyperplasie : 90% d'hypo- ou d'aménorrhée à 1 an et 70 à 75% de succès à 5 ans. La Roller-ball est la technique la plus utilisée (outré-Atlantique) car facile à réaliser et exposant à moins de complications que les deux autres (réabsorption du glyocolle, etc). Cependant, la résection nous semble préférable pour traiter les hyperplasies endométriales suspectes d'atypies cellulaires qui indiquent un examen histologique complet de tous les copeaux.*

*Mots clés : hyperplasie de l'endomètre, résection hystéroscopique, laser Nd : Yag, Roller-ball*

## Bibliographie

- [1] Brun JL, Descat E, Boublil B, Dallay D. Les hyperplasies de l'endomètre : mise au point. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2006;35:542-50.
- [2] DeCherney AH, Diamond MP, Lavy G, Polan ML. Endometrial ablation for intractable uterine bleeding: hysteroscopic resection. *Obstet Gynecol* 1987;70:668-70.
- [3] Overton C, Hargreaves J, Maresh M. A national survey of the complications of endometrial destruction for menstrual disorders: the MISTLETOE study. *Br J Obstet Gynaecol* 1997;104:1351-9.
- [4] Berg A, Sandvik L, Langebrekke A, Istre O. A randomized trial comparing monopolar electrodes using glycine 1.5 % with two different types of bipolar electrodes (TCRis, Versapoint) using saline, in hysteroscopic surgery. *Fertil Steril* 2008 (in press).
- [5] Brun JL, De Chabaliere F, Marmie S, Hajjar M, Gbossou JM, Brun G. Results and factors influencing the outcome of 203 transcervical endometrial resections. *J Gynecol Surg* 1997;13:57-64.
- [6] Sorenson SS, Colov NP. Endometrial ablation and potential risk of subsequent malignancy. *Gynaecol Endosc* 1996;5:97-100.
- [7] O'Connor H, Magos A. Endometrial resection for the treatment of menorrhagia. *N Engl J Med* 1996;333:151-6.
- [8] Valle RF, Baggish MS. Endometrial carcinoma after endometrial ablation: high-risk factors predicting its occurrence. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:569-72.
- [9] Edris F, Vilos GA, Al-Mubarak A, Ettler HC, Hollett-Caines J, Abu-Rafea B. Resectoscopic surgery may be an alternative to hysterectomy in high-risk women with atypical endometrial hyperplasia. *J Minim Invasive Gynecol* 2007;14:68-73.
- [10] Vancaillie TG. Electrocoagulation of the endometrium with the ball-end resectoscope. *Obstet Gynecol* 1989;74:425-7.
- [11] Sowter MC, Singla AA, Lethaby A. Preoperative endometrial thinning agents before hysteroscopic surgery for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;2:CD001124.
- [12] Lethaby A, Hickey M, Garry R. Endometrial destruction for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2005;4:CD001501.
- [13] Goldrath MH, Fuller TA, Segal S. Laser photovaporization of endometrium for treatment of menorrhagia. *Am J Obstet Gynecol* 1981;140:14-19.
- [14] Lomano JM. Dragging technique versus blanching technique for endometrial ablation with the Nd:Yag laser in the treatment of chronic menorrhagia. *Am J Obstet Gynecol* 1988;159:152-5.
- [15] Jourdain O, Joyeux P, Lajus C, Sfaxi I, Harle T, Roux D, Dallay D. Endometrial Nd:Yag laser ablation by hysterofibroscopy: long-term results of 137 cases. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996;69:103-7.
- [16] Chullapam T, Song JY, Fraser IS. Medium-term follow-up of women with menorrhagia treated by rollerball endometrial ablation. *Obstet Gynecol* 1996;88:71-76.
- [17] Shelley-Jones D, Mooney P, Garry R, Phillips G. Factors influencing the outcome of endometrial laser ablation. *J Gynecol Surg* 1994;10:211-5.
- [18] Brun JL, Jourdain O. Endométréctomie versus hystérectomie : que nous apprennent les études randomisées? *Contracept Fertil Sex* 1997;25:747-52.
- [19] Lethaby A, Shepperd S, Cooke I, Farquhar C. Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 1999;2:CD000329.
- [20] Crosignani PG, Vercellini P, Apolone G, De Giorgi O, Cortesi I, Meschia M. Endometrial resection versus vaginal hysterectomy for menorrhagia : long-term clinical and quality-of-life outcomes. *Am J Obstet Gynecol* 1997;177:95-101.
- [21] Zupi E, Zullo F, Marconi D, Sbracia M, Pellicano M, Solima E, Sorrenti G. Hysteroscopic endometrial resection versus hysterectomy for menorrhagia: a prospective randomized trial. *Am J Obstet Gynecol* 2003;188:7-12.