

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

Septième partie
**Recommandations
pour la pratique clinique**



*37^{ES} JOURNÉES NATIONALES
Paris, 2013*

Recommandations pour la pratique clinique

Prévention des complications de l'hystéroscopie

Élaborées par le Collège national des gynécologues
et obstétriciens français

Promoteur

CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français)
91 boulevard de Sébastopol - 75002 Paris

Comité d'organisation

F. PIERRE, président (gynécologue obstétricien, CHU, Poitiers),
X. DEFFIEUX, méthodologiste (gynécologue obstétricien, CHU, Clamart)

Experts du groupe de travail

A. AGOSTINI, Gynerisq (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille),
T. GAUTHIER (gynécologue obstétricien, CHU, Limoges), G. LEGENDRE
(gynécologue obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre), N. MENAGER
(gynécologue obstétricien, CHU, Marseille)

Lecteurs

A. CHAUVEAUD-LAMBLING (gynécologue obstétricien, ESPIC,
Paris), L. CRAVELLO (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille),
E. DARAI (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), R. de TAYRAC
(gynécologue obstétricien, CHU, Nîmes), E. FAIVRE (gynécologue
obstétricien, CHU, Clamart), H. FERNANDEZ (gynécologue obstétricien,

CHU, Le Kremlin-Bicêtre), P. FERRY (gynécologue obstétricien, CH, La Rochelle), O. GARBIN (gynécologue obstétricien, CHU, Strasbourg), A. GERVAISE (gynécologue obstétricien, CHU, Gatineau, Québec), O. GRAESSLIN (gynécologue obstétricien, CHU, Reims), B. GUIGUES (gynécologue médicale secteur privé, Caen), M. HERRY (gynécologue obstétricien, ESPIC, Paris), O. JOURDAIN (gynécologue obstétricien secteur privé, Bruges), J. LEVÉQUE (gynécologue obstétricien, CHU, Rennes), B. RABISCHONG (gynécologue obstétricien, CHU, Clermont-Ferrand), J. RENAUDIE (chirurgien secteur privé Limoges), C. TOUBOUL (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), V. VILLEFRANQUE (gynécologue obstétricien, CH, Pontoise)

HYSTÉROSCOPIE DIAGNOSTIQUE

La réalisation d'un test de grossesse n'est pas systématiquement recommandée avant une hystérocopie (HSC) diagnostique (accord d'experts). Il est recommandé de privilégier le début de la phase folliculaire (après la fin des règles) (accord d'experts). Avant le geste, il n'est pas recommandé de prescrire du misoprostol (par voie orale ou vaginale) (grade A), ni une association estrogènes et misoprostol (grade B), ni de la mifépristone (grade B). Il n'est pas recommandé de chauffer le milieu de distension (accord d'experts). Il est recommandé de privilégier l'hystérocopie rigide à l'hystérocopie souple (grade C). Il est recommandé de privilégier une distension au sérum physiologique plutôt qu'au gaz (grade C). Il n'est pas recommandé de monitorer la pression d'instillation en cas d'hystérocopie diagnostique au sérum physiologique (accord d'experts). En cas d'hystérocopie diagnostique, il est recommandé d'utiliser un hystéroscope de diamètre inférieur ou égal à 3,5 mm (grade A). La vaginoscopie est à privilégier pour l'hystérocopie diagnostique (grade A) car elle diminue les douleurs associées en cours de procédure. Il n'est pas recommandé de prescrire des AINS (accord d'experts), ni de la buprénorphine (grade B) avant une hystérocopie diagnostique. Il n'est pas recommandé d'appliquer un gel ou spray de lidocaïne dans le col utérin avant une hystérocopie diagnostique (grade B). L'instillation intra-utérine transcervicale de lidocaïne/mepivacaïne/lignocaïne n'est pas recommandée pour une HSC diagnostique (grade A). La réalisation d'une injection anesthésique intracervicale ou d'un bloc paracervical n'est pas recommandée en première intention pour une HSC diagnostique (grade C). Il est recommandé de réaliser les hystérocopies diagnostiques sans anesthésie générale (ni neuroleptanalgésie, ni sédation consciente) ni loco-régionale (accord d'experts). En cas d'échec sans anesthésie, le recours à une anesthésie locale, loco-régionale ou générale est envisageable (grade C). Au final, la technique recommandée en première intention pour une hystérocopie diagnostique est la vaginoscopie (grade A) avec un hystéroscope rigide (grade C), de diamètre inférieur ou égal à 3,5 mm (grade A), avec une distension au sérum physiologique (grade C) à température ambiante (accord d'experts), sans aucune anesthésie et sans aucune préparation médicamenteuse (grade B), en début de la phase folliculaire (après la fin des règles) (accord d'experts).

HYSTÉROSCOPIE OPÉRATOIRE

Avant une hystéroscopie opératoire, il n'est pas recommandé de prescrire de misoprostol (voie orale ou vaginale) (grade A), d'estrogènes par voie vaginale (grade C), d'agonistes de la GnRH, de danazol, de progestatifs ou d'estroprogestatifs (grade B) et la pose de laminaires n'est pas non plus recommandée (accord d'experts). Il n'y a pas de preuve pour recommander un guidage échographique systématique en cas de procédure d'HSC opératoire complexe (synéchie ou cloison) (accord d'experts). Il est recommandé de ne pas faire de guidage coelioscopique en cours d'hystéroscopie opératoire (accord d'experts). La mise en place d'un dispositif intra-utérin (DIU) ou d'une sonde de Foley en fin d'intervention n'est pas recommandée pour limiter le risque de synéchie (grade C). Il n'est pas recommandé d'utiliser systématiquement un gel à base d'acide hyaluronique ou de sodium de carboxyméthylcellulose et d'oxyde de polyéthylène, après une hystéroscopie opératoire (accord d'experts). La prescription d'estrogènes ou de danazol n'est pas recommandée après une hystéroscopie opératoire pour limiter le risque de synéchies (grade B). Pour les patientes pour qui l'on souhaite diagnostiquer et traiter précocement des synéchies, il est recommandé de réaliser une hystéroscopie diagnostique de contrôle environ 4 semaines après une hystéroscopie opératoire (accord d'experts).

La prescription de misoprostol, d'acide tranéxamique et d'ocytocine n'est pas recommandée pour prévenir le risque hémorragique en hystéroscopie opératoire (grade C). Un traitement préopératoire par agonistes de la GnRH avant résection d'un fibrome par hystéroscopie peut être discuté quand une diminution de volume du fibrome pourrait faciliter le geste hystéroscopique (accord d'experts).

En cas de saignement important en cours d'hystéroscopie opératoire, les traitements suivants sont à discuter (en plus des mesures réanimatoires) : électrocoagulation de l'origine du saignement, ballonnet gonflé en intra-utérin (accord d'experts). Dans les cas extrêmes, une embolisation ou une hystérectomie doivent être discutées (accord d'experts).

Quel que soit le liquide de distension employé, il est recommandé que la pression intra-utérine reste la plus basse possible, idéalement inférieure à la pression artérielle moyenne et à 120 mmHg (accord d'experts). Il est recommandé d'utiliser un système de pompe automatique contrôlant la pression intra-utérine (accord d'experts) et de surveiller en cours de procédure le volume utilisé de liquide de

distension et le bilan entrées/sorties (accord d'experts). Il doit être discuté d'arrêter la procédure en cas de déficit supérieur à 2 litres de sérum physiologique ou d'1 litre de glycolle (accord d'experts).

L'anesthésie loco-régionale et la simple sédation sont des options envisageables à l'anesthésie générale pour une hystérocopie opératoire (grade B). L'absence d'anesthésie ou d'analgésie et l'anesthésie locale sont des options envisageables pour des procédures opératoires simples réalisées avec un hystéroscope de diamètre ≤ 5 mm (grade C).

PRÉVENTION DES INFECTIONS EN HYSTÉROSCOPIE

Il n'est pas recommandé de réaliser de désinfection vaginale avant une HSC diagnostique (accord d'experts). Il est recommandé de réaliser une désinfection vaginale avec une solution antiseptique avant une HSC opératoire (accord d'experts). Une antibioprophylaxie n'est pas recommandée lors de la réalisation d'une hystérocopie diagnostique ou opératoire (grade B). Il n'est pas recommandé de réaliser un prélèvement vaginal bactériologique avant une hystérocopie diagnostique ou opératoire (accord d'experts). Un prélèvement vaginal bactériologique peut être discuté en cas de signes ou de facteur de risque reconnu d'infection génitale haute (antécédent d'infection sexuellement transmise, dispositif intra-utérin en place, post-partum et post-abortum, partenaires sexuels multiples) (accord d'experts). Une hystérocopie ne doit pas être réalisée en cas de doute concernant une infection génitale haute (accord d'experts). En cas d'infection mise en évidence au prélèvement vaginal, il est recommandé de traiter la patiente par antibiothérapie avant de faire le geste (accord d'experts).

PRÉVENTION DU RISQUE D'EMBOLIE GAZEUSE

Il est recommandé de purger les tubulures avant toute hystérocopie (grade A).

QUE FAIRE EN CAS DE PERFORATION

En cas de perforation utérine survenant lors de l'utilisation d'une électrode ou d'une anse activée, il est recommandé de stopper la procédure d'hystérocopie et de réaliser une coelioscopie exploratrice (accord d'experts), afin de s'assurer de l'absence de plaie viscérale. En fonction des constatations coelioscopiques, une suture de la perforation utérine sera discutée, ainsi qu'une surveillance en hospitalisation et une antibioprofylaxie. Toute perforation utérine doit être mentionnée sur le compte-rendu opératoire (accord d'experts).

RISQUE CARCINOLOGIQUE

Une hystérocopie (diagnostique ou opératoire) peut être réalisée en cas de suspicion de cancer de l'endomètre (grade B) car elle ne modifie pas la survie des patientes.