

Endométrectomie : reste-t-il des indications ?

N. MÉNAGER, A. AGOSTINI *, P. CROCHET, M. MARCELLI,
L. CRAVELLO, M. GAMERRE
(Marseille)

Résumé

L'ablation de l'endomètre est réalisable par hystérocopie opératoire avec des techniques de première génération dont la résection qui permet d'évaluer histologiquement la globalité de l'endomètre et les techniques de deuxième génération. Globalement il n'existe pas de différence d'efficacité entre les deux mais le taux de complications est plus faible avec les techniques de deuxième génération. Ainsi ces dernières sont indiquées en première intention lorsqu'une destruction endométriale est indiquée dans le traitement des hémorragies fonctionnelles ou lorsqu'il n'existe pas de suspicion d'adénocarcinome ou d'hyperplasie atypique endométriale.

Mots clés : endométrectomie, hystérocopie, endomètre

Hôpital de la Conception - Gynépôle - Service de gynécologie - 147 boulevard Baille - 13005 Marseille

* Correspondance : aubert.agostini@ap-hm.fr

Déclaration publique d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt.

INTRODUCTION

L'endométrectomie par hystérocopie opératoire est réalisable par différentes techniques de première génération. Les deux principales sont l'abrasion thermique de l'endomètre par application d'une bille métallique (technique de *roller ball*) et la résection à l'aide d'une anse de résection avec un courant mono- ou bipolaire permettant ainsi d'utiliser le sérum physiologique comme milieu de distension. Les deux autres techniques sont la vaporisation par contact avec une électrode et le laser Yag. Ces techniques sont regroupées sous le terme de technique de première génération. Leur caractéristique commune est qu'il s'agit d'un geste chirurgical effectué sous contrôle hystérocopique. Elles s'opposent aux techniques de deuxième génération regroupant différents systèmes qui évitent la réalisation d'un geste chirurgical sur l'endomètre mais nécessitent un geste de mise en place du système. Dans la suite du texte, le terme endométrectomie sous-entend l'endométrectomie par hystérocopie opératoire (technique de première génération).

I. COMPLICATIONS

I.1. Complications per-opératoires

Les complications de l'endométrectomie sont principalement la perforation avec le risque de plaie d'organe de voisinage, les troubles hémodynamiques et ioniques par résorption du liquide de distension et le risque hémorragique. L'analyse de la littérature ne permet pas de

retrouver une différence significative du taux global de complications en fonction de la technique utilisée [1]. Le risque de perforation est compris entre 0,8 et 2 % [2-5] et ne semble pas plus élevé par rapport aux autres procédures d'hystéroscopie opératoire [5].

I.2. Complications postopératoires

I.2.a. Complications infectieuses

Les complications infectieuses en l'absence de perforation sont rares. Le risque d'endométrite est compris entre 1,4 et 2 % et celui d'abcès pelvien entre 0 et 1,1 % [6]. Ainsi il n'existe pas d'indication d'antibioprophylaxie [7].

I.2.b. Le syndrome post-ablation stérilisation et dysménorrhée post-endomètrectomie

La réalisation d'une endomètrectomie peut entraîner la création de synéchies associées à des îlots persistants d'endomètre. La persistance de ces îlots peut entraîner une hématométrie avec reflux tubaire responsable de douleurs pelviennes cycliques [8]. Ce mécanisme a été mis en évidence chez des patientes ayant eu dans le même temps une endomètrectomie et stérilisation tubaire par ligature qui ont développé des hématosalpinx dans les suites de l'intervention [9]. La prévention de ce problème est la réalisation d'une destruction la plus complète d'endomètre principalement au niveau des cornes utérines.

II. GROSSESSE APRÈS ENDOMÉTRECTOMIE

La fertilité après endomètrectomie est diminuée mais ce geste ne permet pas d'obtenir une contraception efficace. Il s'agit de grossesse pouvant être menée à terme mais avec risque de fausse couche spontanée, grossesse extra-utérine, prématurité, rupture utérine et placenta accreta [10]. Ainsi une contraception est nécessaire après endomètrectomie. La réalisation dans le même temps de l'endomètrectomie d'une stérilisation par dispositif intratubaire (Essure®) est possible avant l'endomètrectomie qui sera réalisée avec un courant bipolaire [11].

III. RETARD DIAGNOSTIQUE D'UN CANCER DE L'ENDOMÈTRE APRÈS ENDOMÉRECTOMIE

L'endomérectomie n'est pas un facteur de risque néoplasique [13]. Il existe un risque théorique de retard diagnostique de cancer de l'endomètre sur îlots d'endomètre restant après endomérectomie chez des patientes devenues aménorrhéiques. L'absence de saignement retarderait le diagnostic. Ce risque théorique n'a jamais été confirmé en pratique clinique [14]. Cependant, certains auteurs proposent de contre-indiquer l'endomérectomie chez des patientes à risque de cancer de l'endomètre ou une notion d'hyperplasie ou de prise de tamoxifène [8]. Il semble nécessaire d'aborder le problème différemment. En effet, soit il s'agit de saignements pouvant évoquer une pathologie fonctionnelle et l'endomérectomie est indiquée pour être la technique en privilégiant les techniques de deuxième génération [12], soit il existe une suspicion de pathologie endométriale (hyperplasie, adénocarcinome débutant) et l'endomérectomie par résection est particulièrement indiquée car elle permet un diagnostic plus précis qu'une simple biopsie et traite dans le même temps les saignements [15]. En effet la prise en charge thérapeutique sera modifiée selon la présence d'une hyperplasie avec ou sans atypie cellulaire ou la présence d'un adénocarcinome débutant.

IV. EFFICACITÉ

L'efficacité des techniques de première génération est globalement comparable aux techniques de deuxième génération [1]. Par contre le taux global de complications (perforations, plaie cervicale, résorption du liquide de distension et hématométrie) est diminué avec les techniques de deuxième génération [1]. Pour cette raison, les techniques de deuxième génération sont recommandées en première intention lorsqu'une destruction endométriale est indiquée en l'absence de suspicion de néoplasie sous-jacente [12].

V. PLACE ACTUELLE DE L'ENDOMÉTRECTOMIE PAR HYSTÉROSCOPIE

Actuellement il persiste une indication majeure concernant l'endométrectomie par résection. En effet, cette technique comparée aux autres techniques de première et deuxième générations permet une évaluation globale et précise de l'endomètre tout en permettant un effet thérapeutique équivalent. Les autres techniques de première génération ne sont plus indiquées en première intention par rapport aux techniques de deuxième génération. En pratique, ces recommandations sont difficilement suivies étant donné les deux principales limites des techniques de deuxième génération. La première est le coût de ces dispositifs. Le coût comprend en général l'achat d'un générateur et de produits consommables. Ce coût est supérieur à l'utilisation des techniques de première intention. L'utilisation des techniques de deuxième intention ne permet pas de diminuer les autres coûts secondaires à une hystéroscopie opératoire. La deuxième est la difficulté liée à l'utilisation de ces nouvelles techniques. En effet, ces techniques comprennent des procédures de prévention de risques. Leur réalisation est effectuée le plus souvent à l'aveugle. Ainsi il existe un taux non négligeable d'échecs dus à une mauvaise utilisation de ces nouvelles techniques [1].

CONCLUSION

L'endométrectomie par résection hystéroscopique garde une indication majeure lorsqu'on désire un traitement symptomatique et une évaluation histologique complète de l'endomètre. Les autres techniques de première génération ne sont plus indiquées en première intention par rapport aux techniques de seconde génération

Bibliographie

- [1] Lethaby A, Hickey M, Garry R. Endometrial destruction techniques for heavy menstrual bleeding. *Cochrane Database Syst Rev* 2005 Oct 19;(4):CD001501. Review. Update in: *Cochrane Database Syst Rev* 2009;(4):CD001501.
- [2] O'Connor H, Magos A. Endometrial resection for the treatment of menorrhagia. *N Engl J Med* 1996;335(3):151-6.
- [3] A Scottish audit of hysteroscopic surgery for menorrhagia: complications and follow-up. Scottish Hysteroscopy Audit Group. *Br J Obstet Gynaecol* 1995;102:249-54.
- [4] Hill D, Maher P, Wood C, Lawrence A, Downing B, Iolagis N. Complications of operative hysteroscopy. *Gynecol Endosc* 1992; 1:185-9.
- [5] Agostini A, Cravello L, Bretelle F, Shojai R, Roger V, Blanc B. Risk of uterine perforation during hysteroscopic surgery. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2002;9(3):264-7.
- [6] Lethaby A, Shepperd S, Cooke I, Farquhar C. Endometrial resection and ablation versus hysterectomy for heavy menstruation. *Cochrane Database Syst Rev* 2000;CD000329.
- [7] Shojai R, Ohannessian A, Maruani J, Agostini A. Prophylactic antibiotics and intrauterine procedures. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2012;41:913-21.
- [8] Sharp HT. Endometrial ablation: postoperative complications. *Am J Obstet Gynecol* 2012;207:242-7.
- [9] Townsend DE, McCausland V, McCausland A, Fields G, Kauuffman K. Post-ablation tubal sterilization syndrome. *Obstet Gynecol* 1993;82:422-4.
- [10] Hare AA, Olah KS. Pregnancy following endometrial ablation: a review article. *J Obstet Gynaecol* 2005;25:108.
- [11] Panel P, Grosdemouge I, Houllier M, Renouvel F, Friederich L, Le Tohic A. Bipolar hysteroscopic procedures and placement of Essure micro inserts for tubal sterilization: a case control study. *Fertil Steril* 2011;95:2422-5.
- [12] Lucot JP, Coulon C, Collinet P, Cosson M, Vinatier D. Surgical therapeutic management for menorrhagia. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2008;37(8):S398-404.
- [13] Krogh RA, Lauszus FF, Guttorm E, Rasmussen K. Surgery and cancer after endometrial resection. Long-term follow-up on menstrual bleeding and hormone treatment by questionnaire and registry. *Arch Gynecol Obstet* 2009;280:911.
- [14] AlHilli MM, Hopkins MR, Famuyide AO. Endometrial cancer after endometrial ablation: systematic review of medical literature. *J Minim Invasive Gynecol* 2011;18:393-400.
- [15] Agostini A, Cravello L, Bretelle F, Demaisonneuve AS, Roger V, Blanc B. Risk of discovering endometrial carcinoma or atypical hyperplasia during hysteroscopic surgery in postmenopausal women. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2001;8:533-5.