

Résection de résidu trophoblastique et placentaire

J. SROUSSI *, J.L. BENIFLA
(Paris)

Résumé

La rétention de débris trophoblastiques et placentaires n'est pas rare, est responsable de métrorragies et se traite la plupart du temps par aspiration endo-utérine en cas d'échec du traitement médical. Pourtant ce geste est responsable d'un taux élevé de synéchies, parfois graves et irréversibles pour la fertilité ultérieure comme dans le syndrome d'Asherman. L'hystérocopie opératoire, qui par son geste très localisé diminue nettement le taux de synéchies postopératoires et améliore le taux de conception par rapport au curetage, doit devenir un « gold standard » dans cette indication. L'absence d'utilisation de courant et la réalisation d'une hystérocopie de contrôle sont de bonnes pratiques pour tenter d'obtenir un taux de synéchies négligeable dans cette population de femmes en âge de procréer.

Mots clés : rétention, trophoblastique, hystérocopie, curetage, synéchie

Hôpital Lariboisière - 2 rue Ambroise Paré - 75010 Paris

* Correspondance : jeremy.sroussi@gmail.com

Déclaration publique d'intérêt

Je soussigné, Jérémie Sroussi, déclare ne pas avoir d'intérêt direct ou indirect (financier ou en nature) avec un organisme privé, industriel ou commercial en relation avec le sujet présenté.

INTRODUCTION

La rétention intra-utérine de débris trophoblastiques n'est pas un phénomène rare, que ce soit après un avortement spontané, provoqué, ou un accouchement. En effet, dans une série de 1 020 patientes en situation de post-partum ou post-abortum, Van den Bosch *et al.* ont recensé par échographie 67 cas (6,3 %) de rétention de produits trophoblastiques [1]. Ces débris peuvent être initialement asymptomatiques, mais souvent responsables de métrorragies et d'endométrites. En cas d'échec du traitement médical (misoprostol), le traitement de référence a longtemps été et reste encore dans de nombreux centres l'aspiration endo-utérine de ces débris. Pourtant, ce geste chirurgical est parfois inefficace et n'est pas anodin, entraînant des complications à court terme telles que la perforation utérine et l'endométrite, et à long terme des synéchies (17 à 37 %), puis une infertilité sévère avec syndrome d'Asherman [2]. Cette dernière complication, très grave et parfois cause de stérilité définitive, a été rapportée jusqu'à 40 % des cas après aspirations répétées [3].

De nos jours, avec la miniaturisation des hystéroscopes et l'utilisation du courant bipolaire, l'hystéroscopie opératoire est une méthode mini-invasive [4] avec un faible taux de complications (1 à 3 %). Bien qu'encore trop peu réalisée, l'hystéroscopie avec exérèse des débris trophoblastiques doit devenir une méthode de référence plutôt que l'aspiration endo-utérine. Plusieurs équipes en ont démontré l'efficacité, le moindre taux postopératoire de synéchies, et le meilleur taux ultérieur de grossesses. Nous allons détailler une attitude pratique chirurgicale pour traiter ce problème sur les bases d'une revue de la littérature.

I. TAUX DE SYNÉCHIES APRÈS ASPIRATION ENDO-UTÉRINE EN POST-ABORTUM

L'aspiration endo-utérine (« dilatation and evacuation » dans la littérature anglo-saxonne) est encore le traitement le plus fréquemment utilisé pour traiter les rétentions trophoblastiques. Cependant, elle expose à de nombreuses complications, dont les synéchies, dont certaines sont parfois graves et irréversibles pour la fertilité ultérieure.

Le taux de synéchies a été étudié en réalisant des hystérosopies diagnostiques après aspiration/curetage. Comme l'indique le tableau 1, le taux de synéchies après aspiration est très important, variant de 17 à 37 % selon les séries [5-9]. Comme on pourrait le suspecter, le taux de synéchies augmente lorsque les procédures sont répétées. Ainsi, dans la série de Romer [7], le taux de synéchies est de 18,8 % après un seul curetage contre 47,6 % après des curetages itératifs. De plus, après plusieurs aspirations, le taux de synéchies graves est très augmenté. En effet, Westendorp *et al.* ont pratiqué des hystérosopies chez 50 patientes ayant eu plusieurs curetages après avortement ou accouchement, et ont recensé un taux de 40 % de synéchies, avec 30 % de synéchies sévères et syndrome d'Asherman [3].

Tableau 1 - Taux de synéchies (à l'hystérocopie) après aspiration/curetage dans la littérature

Auteurs	Publications	Nombre de patientes	Taux de synéchies
Golan <i>et al.</i> [5]	1992	60	16,8 %
Friedler <i>et al.</i> [6]	1993	147	19 %
Romer <i>et al.</i> [7]	1994	53	30,2 %
Romer <i>et al.</i> [8]	1996	80	25 %
Salzani <i>et al.</i> [9]	2007	109	37,6 %

II. HYSTÉROSCOPIES OPÉRATOIRES POUR RÉSECTION DE RÉTENTION : REVUE DE LA LITTÉRATURE

Goldenberg en 1997 publia la première série d'hystérosopies opératoires dans cette indication [10]. La résection des produits de rétention fut complète chez les 18 patientes, sans complication. Le tableau 2 résume les différentes séries publiées depuis cette publication

pionnière. Ces six séries rapportent une efficacité de cette technique, avec un taux très faible de complications. Le taux de conception est également très satisfaisant, de 69 à 82 % [11-15]. Quatre auteurs ont pratiqué des hystérosopies de « second look » pour apprécier le taux de synéchies postopératoires. Ce taux est extrêmement faible, puisque Faivre et Rein ont diagnostiqué seulement 2 cas chacun de synéchies postopératoires parmi leurs 22 et 48 patientes ayant eu une hystérocopie de « second look », respectivement [13, 14]. De plus, dans ces 4 uniques cas, les synéchies étaient fines et aisément levées à l'hystéroscope, donc probablement sans conséquence pour la fertilité. Goldenberg et Golan, quant à eux, dans leurs séries de 5 et 21 patientes respectivement, n'ont retrouvé aucune synéchie postopératoire [10, 15].

Tableau 2 - Hystérosopies opératoires pour résection de rétention trophoblastique ou placentaire : revue de la littérature

Auteurs	Publications	n	Taux grossesse	Synéchies 2 nd look
Goldenberg <i>et al.</i> [10]	1997	18	NE	0/5
Cohen <i>et al.</i> [11]	2001	46	82 %	NE
Jimenez <i>et al.</i> [12]	2009	84	78 %	NE
Faivre <i>et al.</i> [13]	2011	50	76 %	2/22
Golan <i>et al.</i> [15]	2011	159	82 %	0/21
Rein <i>et al.</i> [14]	2011	53	69 %	2/48
Légende : n : nombre de patientes dans l'étude ; NE : non étudié ; synéchies 2 nd look : nombre de cas de synéchies postopératoires parmi les patientes ayant eu une hystérocopie de second look				

III. COMPARAISON ENTRE ASPIRATION/CURETAGE ET HYSTÉROSCOPIE

Deux études ont comparé les résultats de l'aspiration/curetage et de l'hystérocopie opératoire, en termes de taux de grossesse et de taux de synéchies postopératoires. Les résultats de ces deux travaux, très largement favorables à l'hystérocopie, sont consignés dans le tableau 3. Rein retrouve ainsi un taux de conception significativement plus élevé après hystérocopie opératoire qu'après curetage [14]. Cohen retrouvait également la même tendance, sans que cette différence soit significative [11]. Les deux auteurs retrouvaient de manière intéressante un délai de conception également plus court après hystérocopie

Tableau 3 - Comparaison entre aspiration/curetage et hystérocopie opératoire : résultats de deux études

	n	Taux grossesse	Synéchies 2 nd look
Cohen et al. 2001 [11]	Aspi/curetage	24	10/16 (62,5 %)
	Hystérocopie op.	46	14/17 (82,3 %)
	NS		NE
Rein et al. 2011 [14]	Aspi/curetage	42	22/37 (59,5 %)
	Hystérocopie op.	53	31/45 (68,8 %)
			p = 0,035
			12/39 (30,8 %)
			2/48 (4,2 %)
			p < 0,001

(médiane de 27 mois contre 34, $p = 0,036$ pour Rein ; 7 mois contre 11, $p < 0,03$ pour Cohen). Dans la série de Rein, le taux de synéchies était beaucoup plus faible après hystérocopie opératoire qu'après curetage, avec une différence statistique (4,2 % *versus* 30,8 %, $p < 0,001$). Il faut noter qu'aucune étude randomisée comparant les deux méthodes n'a été entreprise et ne le sera probablement pas puisque, comme l'indique Cohen, il ne serait pas éthique de réaliser un curetage plutôt qu'une hystérocopie à une patiente, tant l'on sait ce traitement moins efficace et plus dangereux.

L'explication de ce faible taux de synéchies après hystérocopie est que ce geste est réalisé sous contrôle de la vue, et que les rétentions ne sont souvent attachées à l'endomètre que par un petit pied d'implantation. Ainsi en hystérocopie il n'y aura donc qu'une action très localisée sur la muqueuse utérine, quand le curetage aveugle attaque l'ensemble de l'endomètre et est donc responsable d'une inflammation étendue, conduisant à la formation de synéchies.

IV. L'AUTRE AVANTAGE DE L'HYSTÉROSCOPIE : UN BILAN DE LA CAVITÉ UTÉRINE

La rétention de produits trophoblastiques peut être due à une malformation utérine. De plus cette population de fausses couches parfois à répétition recense un taux élevé de malformations utérines. C'est une information non négligeable que l'hystérocopie pourra apporter en plus par rapport au curetage. En effet, comme le montre le tableau 4, le taux de malformations utérines dans les séries de patientes souffrant de rétention trophoblastique varie de 3 à 45 % ! Ce

taux est nettement plus élevé que celui de la population générale, estimé à environ 1 % et 3 % en population infertile [16]. La connaissance de cette malformation pourra par exemple nous permettre d'envisager la section d'une cloison utérine en cas de fausses couches à répétition.

Tableau 4 - Taux de malformations utérines révélées à l'hystérocopie après fausse couche

Auteurs	Publications	n	Taux de malformations utérines
Cohen <i>et al.</i> [11]	2001	33	45,4 %
Jimenez <i>et al.</i> [12]	2009	84	10,3 %
Faivre <i>et al.</i> [13]	2011	50	10 %
Golan <i>et al.</i> [15]	2011	159	3,3 %
Rein <i>et al.</i> [14]	2011	53	3,1 %

V. EN PRATIQUE : LA TECHNIQUE CHIRURGICALE

L'hystérocopie opératoire doit apparaître de nos jours comme le « gold standard » du traitement des produits de rétention trophoblastique et placentaire en cas d'échec du traitement médical. Comme nous l'avons vu, le taux de synéchies postopératoires après hystérocopie est beaucoup plus faible qu'après un curetage, le taux de conception est augmenté et avec des délais plus précoces, et le taux de complications per-opératoires est quasi nul.

L'intervention doit être réalisée en première partie de cycle, sous anesthésie générale ou locorégionale. Une dilatation cervicale progressive est pratiquée jusqu'à la bougie de Hégar numéro 10. Il faut cependant préciser que Jimenez a rapporté une série de 82 hystérocopies opératoires en ambulatoire sans anesthésie ni dilatation cervicale, avec des résultats satisfaisants [12]. Nous utilisons le résectoscope de 9 mm type Versapoint® (Gynecare, Ethicon), avec une électrode 24 French et un générateur de courant bipolaire. Aucune étude n'a comparé l'énergie bipolaire à la monopolaire dans cette indication, mais les complications liées à l'énergie monopolaire (type Turp Syndrome) nous font définitivement préférer depuis longtemps l'énergie bipolaire. Le milieu de distension est le sérum physiologique.

Un bilan diagnostique de la cavité utérine est d'abord réalisé, avec la visualisation de la rétention trophoblastique, sa localisation, sa taille et

son pied d'implantation. Souvent la zone de rattachement à l'endomètre est de petite taille et il faut ainsi la repérer dès le début. Un bilan complet de la cavité est également réalisé avec la recherche d'une malformation utérine, ou d'un autre processus intracavitaire (polype, myome).

Le geste opératoire consiste alors à réséquer les débris trophoblastiques sans utilisation de courant, en ramenant les débris dans l'anse, d'arrière en avant sous contrôle de la vue. Le geste est complet lorsque tous les débris ont pu être récupérés et que la cavité est vide. En cas d'hémorragie ou de rétention trop volumineuse, on peut être amené à réaliser une aspiration endo-utérine secondaire dans le même temps opératoire, mais elle sera toujours guidée par échographie, pour éviter la perforation utérine et s'assurer de la vacuité en fin de geste. L'utilisation de gels anti-adhérentiels type Hyalobarrier® n'a pas encore été évaluée dans cette indication, mais les résultats très favorables en termes de synéchies après chirurgie hystéroscopique de manière générale [17, 18] nous incitent à l'utiliser systématiquement dans cette indication. Nous prônons également la réalisation d'une hystéroscopie diagnostique de contrôle un mois plus tard, pour s'assurer d'une part du caractère complet de la résection, et d'autre part de l'absence de synéchie précoce, qui sera souvent levée par l'hystéroscope.

CONCLUSION

L'hystéroscopie opératoire doit de nos jours supplanter totalement l'aspiration endo-utérine pour le traitement des résidus trophoblastiques et placentaires. Elle épargne une population en âge de procréer des synéchies, parfois sévères et irréversibles, provoquées par les curetages. De plus, après hystéroscopie le taux de conception est plus élevé, avec un délai plus précoce. Elle permet également de révéler une autre anomalie de la cavité utérine, comme une malformation müllérienne. L'hystéroscopie opératoire sans utilisation de courant, avec utilisation en fin de geste d'un gel anti-adhérentiel et une hystéroscopie de contrôle à un mois constitueront bientôt un « gold standard » de la chirurgie des résidus trophoblastiques, afin d'obtenir un taux de synéchies postopératoires négligeables.

Bibliographie

- [1] Van den Bosch T *et al.* Occurrence and outcome of residual trophoblastic tissue: a prospective study. *J Ultrasound Med* 2008; 27(3):357-61.
- [2] Asherman JG. Amenorrhoea traumatica (atretica). *J Obstet Gynaecol Br Emp* 1948; 55(1):23-30.
- [3] Westendorp IC *et al.* Prevalence of Asherman's syndrome after secondary removal of placental remnants or a repeat curettage for incomplete abortion. *Hum Reprod* 1998;13(12): 3347-50.
- [4] Jansen FW *et al.* Complications of hysteroscopy: a prospective, multicenter study. *Obstet Gynecol* 2000;96(2):266-70.
- [5] Golan A *et al.* Hysteroscopic findings after missed abortion. *Fertil Steril* 1992;58(3):508-10.
- [6] Friedler S *et al.* Incidence of post-abortion intra-uterine adhesions evaluated by hysteroscopy—a prospective study. *Hum Reprod* 1993;8(3):442-4.
- [7] Romer T. Post-abortion-hysteroscopy—a method for early diagnosis of congenital and acquired intrauterine causes of abortions. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1994;57(3):171-3.
- [8] Romer T *et al.* Early diagnosis of congenital and acquired intrauterine causes of abortion by post-abortion hysteroscopy. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 1996;56(10):542-5.
- [9] Salzani A *et al.* Prevalence of uterine synechia after abortion evacuation curettage. *Sao Paulo Med J* 2007;125(5):261-4.
- [10] Goldenberg M *et al.* Managing residual trophoblastic tissue. Hysteroscopy for directing curettage. *J Reprod Med* 1997;42(1):26-8.
- [11] Cohen SB *et al.* Hysteroscopy may be the method of choice for management of residual trophoblastic tissue. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2001;8(2):199-202.
- [12] Jimenez JS *et al.* Conservative management of retained trophoblastic tissue and placental polyp with diagnostic ambulatory hysteroscopy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2009;145(1):89-92.
- [13] Faivre E *et al.* Hysteroscopic management of residual trophoblastic tissue and reproductive outcome: a pilot study. *J Minim Invasive Gynecol* 2009;16(4):487-90.
- [14] Rein DT *et al.* Hysteroscopic management of residual trophoblastic tissue is superior to ultrasound-guided curettage. *J Minim Invasive Gynecol* 2011;18(6):774-8.
- [15] Golan A *et al.* Operative hysteroscopy to remove retained products of conception: novel treatment of an old problem. *J Minim Invasive Gynecol* 2011;18(1):100-3.
- [16] Acien P. Incidence of Mullerian defects in fertile and infertile women. *Hum Reprod* 1997;12(7):1372-6.
- [17] Acunzo G *et al.* Effectiveness of auto-cross-linked hyaluronic acid gel in the prevention of intrauterine adhesions after hysteroscopic adhesiolysis: a prospective, randomized, controlled study. *Hum Reprod* 2003;18(9): 1918-21.
- [18] Guida M *et al.* Effectiveness of auto-crosslinked hyaluronic acid gel in the prevention of intrauterine adhesions after hysteroscopic surgery: a prospective, randomized, controlled study. *Hum Reprod* 2004;19(6):1461-4.