



Actualités sur les explorations diagnostiques de
l'utérus
Hôpital André Mignot, 5 mars 2009



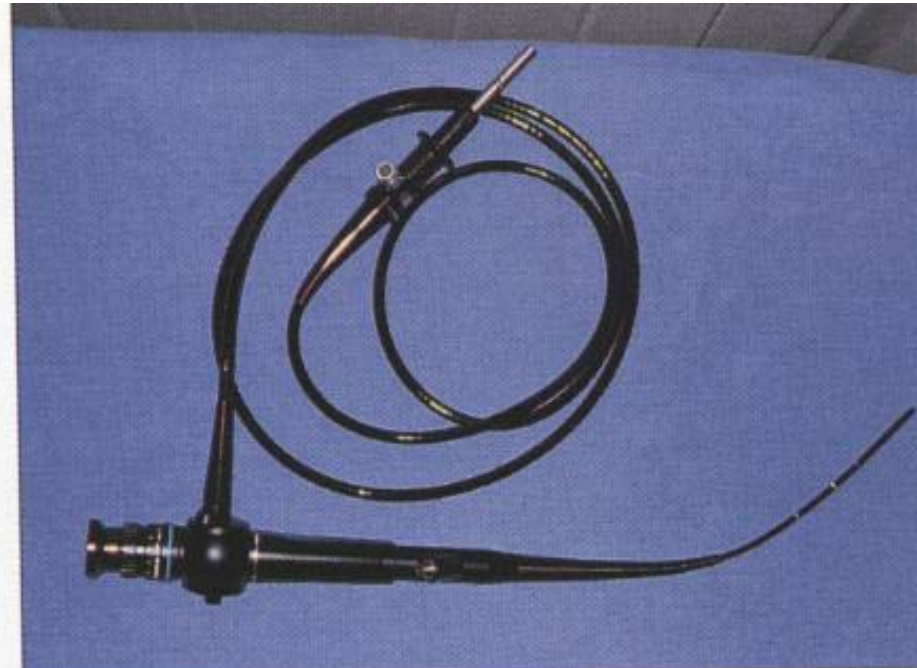
L'HYSTEROSCOPIE DIAGNOSTIQUE EST-ELLE INCONTOURNABLE ?

Arnaud LE TOHIC
Praticien Hospitalier
Service de Gynécologie Obstétrique
Hôpital André Mignot

Principes de l'examen

- Réalisation en consultation
- Pas de prémédication nécessaire
- Hystéroscope souple ou rigide de 3 à 5 mm de diamètre
- Distension au sérum physiologique à la pression atmosphérique ou au CO₂
- Réalisation en 1ère moitié de cycle pour explorer les pathologies intra-cavitaires ou en 2nde moitié sous contraception pour étudier l'endomètre avant AMP.
- Permet une vision directe du canal cervical, des anomalies intra-cavitaires, des ostia tubaires, de la vascularisation endométriale

Matériel



Durée de l'examen: environ 3 minutes

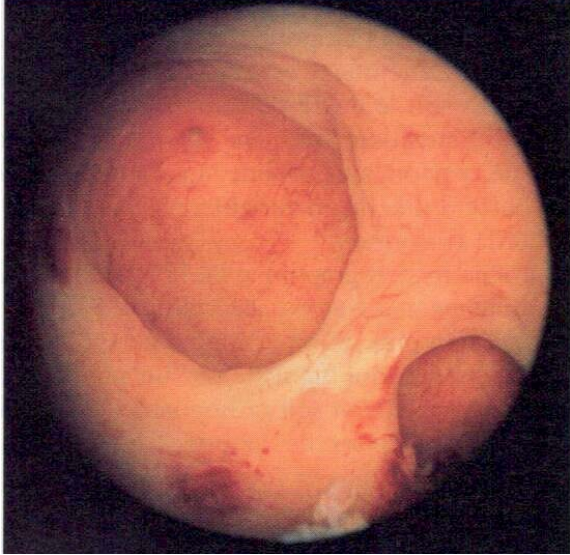
Tolérance en règle générale bonne

Participation de la patiente qui peut suivre l'examen sur l'écran

Résultats



Cavité normale



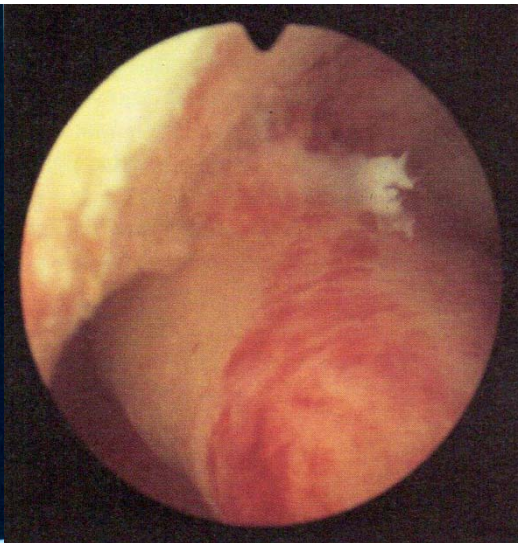
synéchie



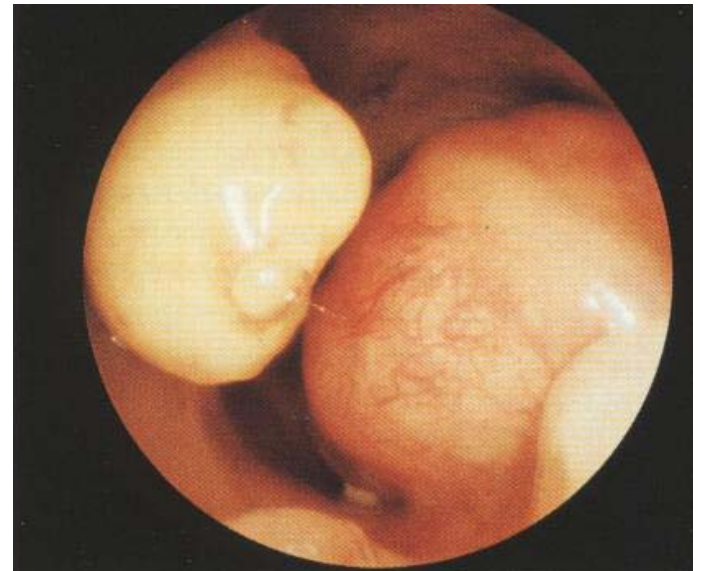
Adénomyose

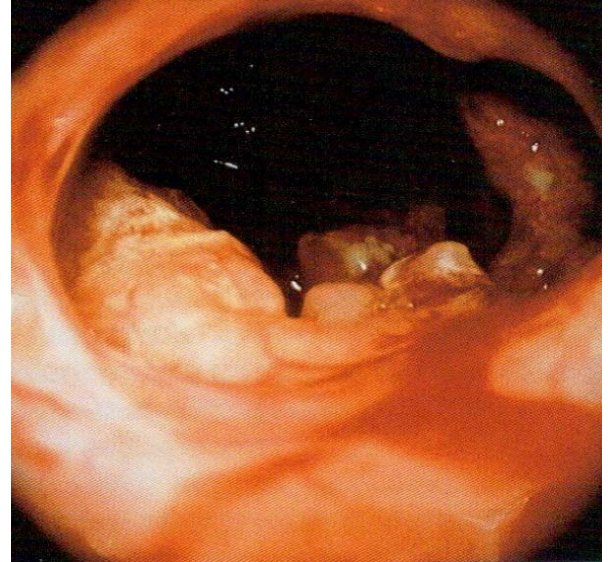
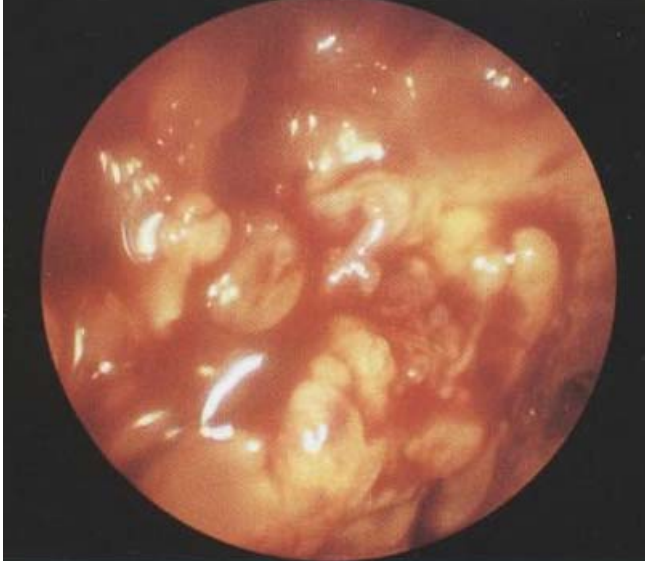


Polypes

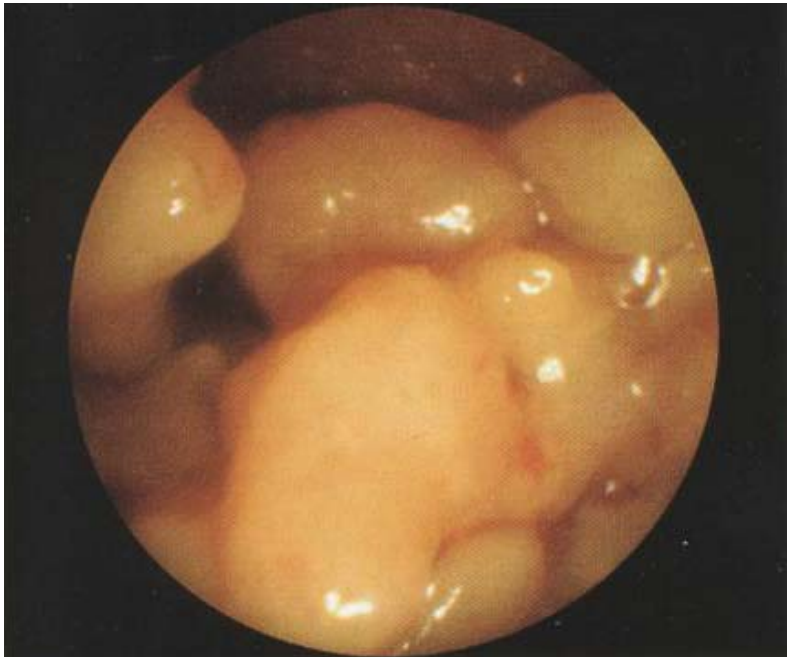


Fibromes sous muqueux

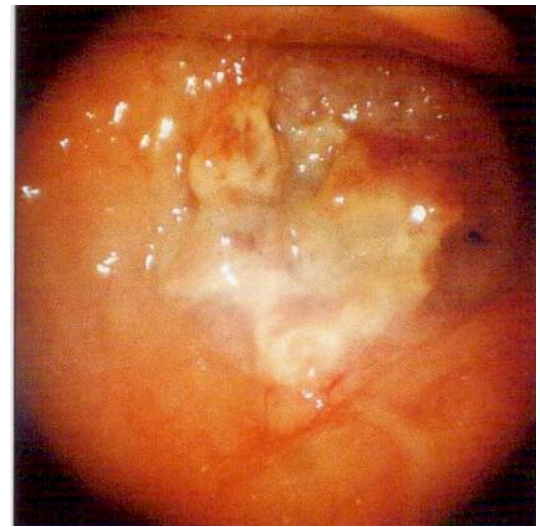




Adénocarcinome endométrial



Hyperplasie atypique polypoïde



Adénocarcinome localisé dans la
corne gauche

Hystéroskopie diagnostique et infertilité

Bilan d'infertilité

- Bilan de première intention:
 - Courbe de température
 - Dosages hormonaux
 - Echographie pelvienne
 - Hystérosalpingographie
 - Spermogramme
- L'hystérocopie ne fait pas partie du bilan systématique de première intention

Indications de l'hystéroscopie diagnostique en AMP

Anomalie utérine échographique ou à l'HSG

Antécédents pouvant faire évoquer une pathologie intra-cavitaire (atcds IVG fébrile)

2 échecs d'implantation en FIV

Transfert après FIV difficile

Cependant, les anomalies cavitaires sont fréquentes en infertilité (20 à 47 %), surtout après 38 ans

Elles n'ont pas toujours de traduction radiologique

Fréquence des Hystéroscopies anormales en AMP

Auteur (année)	Contexte	n	HSC normale	HSC anormale
Giovanni (1998)	échec ET	100	80	20 (20 %)
Féghali (2003)	syst. avant ICSI	145	80	65 (45 %)
Lorusso (2008)	préFIV (1ere ou échec ET)	866	514	352 (40,6 %)

Anomalies mises en évidence

	Quel que soit l'âge		< 38 ans		38 ans et plus	
	n	%	n	%	n	%
Hystérocopie normale	80	(55 %)	63	(43,4 %)	17	(19,6 %)
Hystérocopie pathologie :	65	(45 %)	49	(33,8 %)	16	(11,2 %)
. Endométrite	25	(17,2 %)	21	(14,5 %)	4	(2,7 %)
. Polype - myome	15	(10,3 %)	8	(5,5 %)	7	(4,8 %)
. Muqueuse dystrophique	8	(5,5 %)	7	(4,8 %)	1	(0,6 %)
. Adénomyose	5	(3,5 %)	4	(2,7 %)	1	(0,6 %)
. Synéchies	3	(2 %)	1	(0,6 %)	2	(1,3 %)
. Pathologie du canal cervical	3	(2 %)	3	(2 %)	0	(0 %)
. Autres	6	(4 %)	5	(3,4 %)	1	(0,6 %)

Antécédents des patientes ayant une endométrite

Antécédants	Nbre	%
Aucun antécédent	12	48
Avec antécédents :	13	52
· Fausse couche spontanée	6	24
· IVG	2	8
· Salpingite	2	8
· ITG	1	4
· Myomectomie hystéroscopique	1	4
· Césarienne	1	4

Effet de la correction de l'anomalie cavitaire avant AMP

Auteur (Année)	Contexte	n	groupe I (pas d'HSC)	groupe II (HSC)		Tx de grossesse		
				IIa (HSC normale)	IIb (HSC anormale)	I	IIa	IIb
Demirel (2004)	échec ET	421	211	154	56 (26 %)	21,60%	32,50%	30,40%
Uma Raju (2006)	échec ET	520	265	160	95 (37,2 %)	26,20%	44,40%	39,50%

Dans le groupe II, le taux de grossesse après traitement de l'anomalie cavitaire est identique à celui des patientes sans anomalie cavitaire
Faut-il attendre 2 échecs d'ET avant de réaliser l'HSC?

Hystéroskopie diagnostique et Cancer de l'Endomètre

Pertinence de l'HSC diagnostique pour différencier hyperplasie et cancer de l'endomètre

- Méta-analyse de Clark, 65 études, 26346 patientes présentant des saignements génitaux anormaux.
- 29 % post-ménopausiques
- 96,5 % de procédures réussies, 0,08 % de complications

	Proba Pré-test	Proba post-test		LR		Sensibilité	Spécificité
		Test +	Test -	Test +	Test -		
Cancer endomètre	3,90%	71,80%	0,60%	60,9	0,15	86,40%	99,20%
Pathologie endométriale	10,60%	55,20%	2,80%	10,4	0,24	78,00%	95,80%

Une HSC normale n'exclut pas le diagnostic de cancer de l'endomètre mais la probabilité devient faible. Il faut compléter l'examen par une biopsie d'endomètre

Evaluation de l'atteinte cervicale

	HYS	TVS	MRI
Sensitivity (%)	0.93	0.53	0.67
Specificity (%)	0.88	0.82	0.95
PPV (%)	0.58	0.34	0.71
NPV (%)	0.98	0.91	0.94
Accuracy (%)	0.89	0.78	0.91
LR for positive test result	7.93	3.02	14.16
LR for negative test result	0.07	0.56	0.35

L'hystérocopie est le meilleur examen pour exclure une atteinte cervicale en cas de cancer de l'endomètre.

Elle doit faire partie du bilan pré-opratoire pour un staging optimal avant chirurgie

Risque de dissémination tumorale

- Méta-analyse de Yazbeck
- 5 études correspondant aux critères d'inclusion en terme de méthodologie
- 756 patientes, 79 Cytologies péritonéales positives (CPP)
- 38 gp HSC vs 41 gp Contrôle (NS)
- CCL: l'hystéroscopie diagnostique n'augmente pas le risque de CPP
- Elle doit être réalisée sous faible pression de distension et donc sans anesthésie ou sous AL, certaines études ayant montré une augmentation du risque de CPP en cas de pression de distension de plus de 150 mmHg.

Hystérocopie et ménométrorragies

Comparaison TVUS, BE et HSC dans le diagnostic des ménométrorragies

Objectif: comparer l'exploration par HSC + CB sous anesthésie à l'exploration ambulatoire par TVUS, BE et HSC diag.

Etude randomisée, 200 patientes par groupe.

	TVS + biopsy [†] (n = 200)	Hysteroscopy (n = 193*)	Final diagnosis (TVS, biopsy, hysteroscopy combined) (n = 200)
No lesion found	114 [‡]	100**	100
Fibroid	46	52	52
Polyp	18	26	26
Atrophic	15	11	15
Endometrium only			
Hyperplasia	2	–	2
Carcinoma	5	4	5

CCL: efficacité similaire des 2 types de prise en charge. L'écho et la BE sont les examens à proposer en 1^{ère} intention. L'écho seule peut rater des pathologies endométriales graves, la BE seule passe à côté des pathologies bénignes (polypes et Myomes). L'HSC diagnostique arrive en 2^{ème} ligne des explorations

Douleur et hystéroscopie diagnostique

VAS	Inpatient (n = 200)	Outpatient (n = 200)
0	93	8
1-2	24	62
3-4	68	79
5-6	15	29
7-8	0	15
9-10	0	7

Median pain score for inpatients = 1.5.

Median pain score for outpatients = 3.5.

La biopsie à la pipelle est elle aussi pertinente que le curetage?

Tahir, BJOG 1999

	Group 1 (curetage) (n = 200)	Group 2 (Pipelle)* (n = 200)
Adequate	186	181
Inadequate	14	17

Machado, Eur J Gynecol Oncol 2003:

Objectif: pertinence de la BE à la pipelle pour le diagnostic de cancer de l'endomètre et l'hyperplasie atypique.

168 patientes. BE pipelle puis curetage et/ou hystérectomie

Sensibilité = 84,2 %, Spécificité = 99,1 %, VPP = 94,1 %, VPN = 93,7 %

16 % de prélèvements insuffisants

Ccl: la BE à la pipelle est une méthode pertinente pour le diagnostic d'hyperplasie atypique et de cancer de l'endomètre

Pertinence de la pipelle pour le diagnostic des tumeurs endométriales de haut grade

- 360 patientes
- Comparaison curetage vs pipelle
- Contrôle: pièce d'hystérectomie

Sensibilité	Tumeurs bas grade (endométrioides gr 1 et 2)	Tumeurs haut grade (endométrioides gr 3, papillaire séreux, cellules claires, carcinosarcomes)
Pipelle	93,80%	99,20%
Curetage	97%	100%

TVUS vs HSC dans l'évaluation de la réséquabilité des myomes

770 patientes avec saignements anormaux

Evaluation par TVUS puis HSC

Pour l'identification des myomes opérables par hystéroscopie, l'échographie a une:

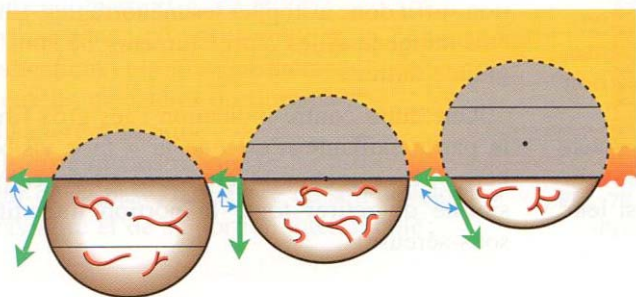
- sensibilité de 80 %,
- une spécificité de 69 %,
- une VPP de 83 %
- une VPN de 65 %

en comparaison à l'hystéroscopie diagnostique

Hystéroscopie et myomes

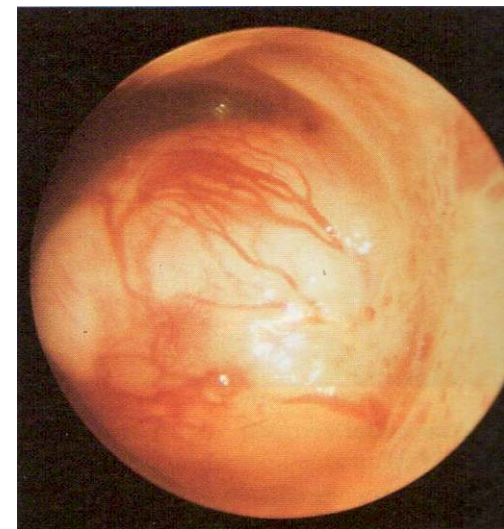
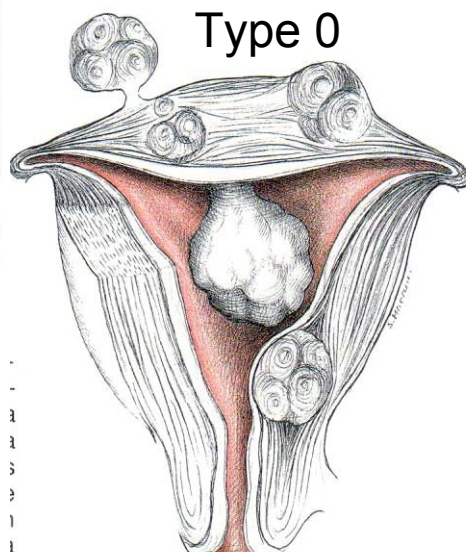
- L'hystéroscopie diagnostique permet de mieux préciser le type de myome sous muqueux et d'apprécier la faisabilité du traitement hystéroscopique
- Le contrôle post-opératoire vérifie l'absence de synéchie après myomectomie ou résection HSC chez les femmes désireuses de grossesse

MYOMES SESSILES

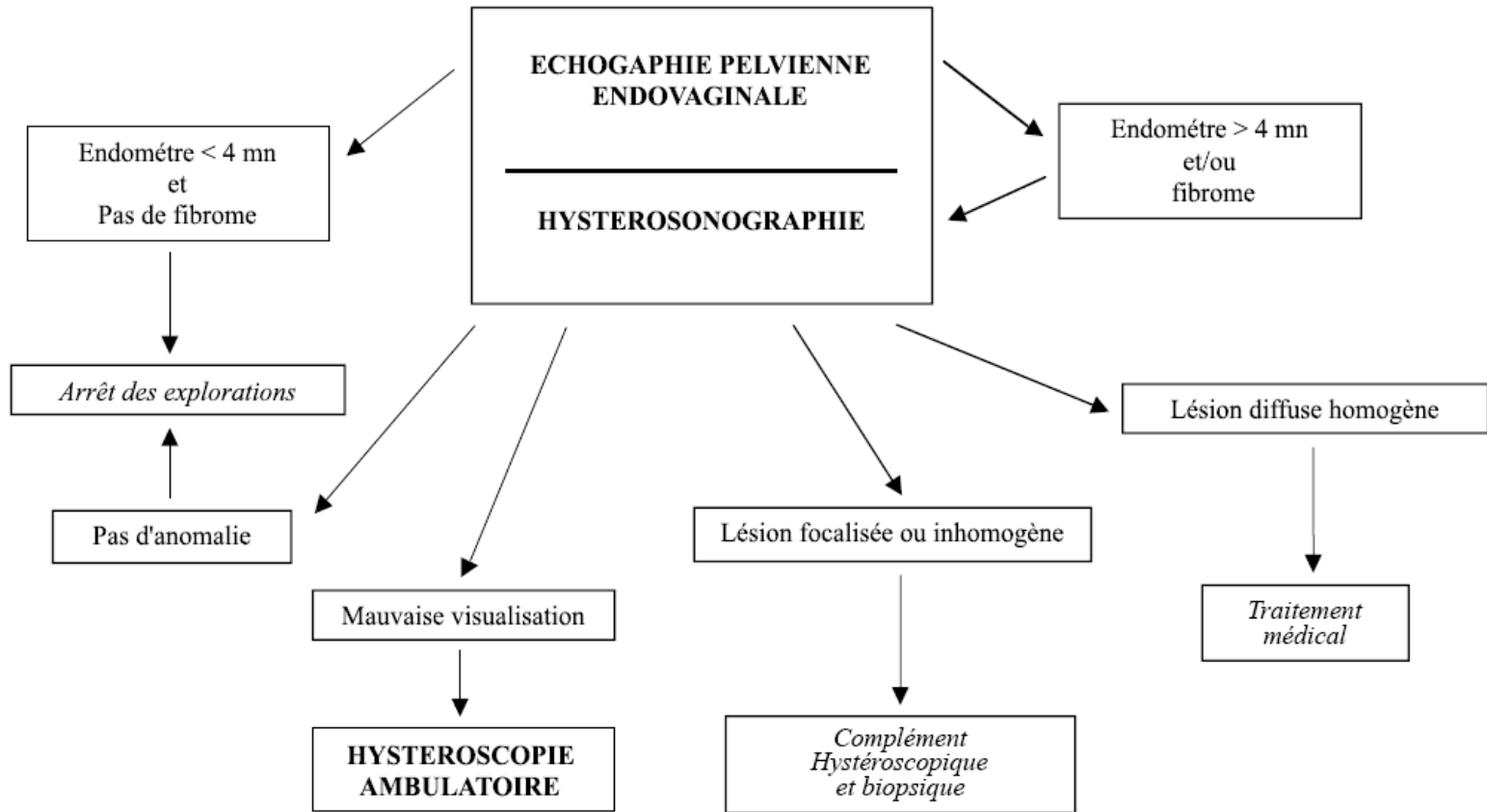


Type 1

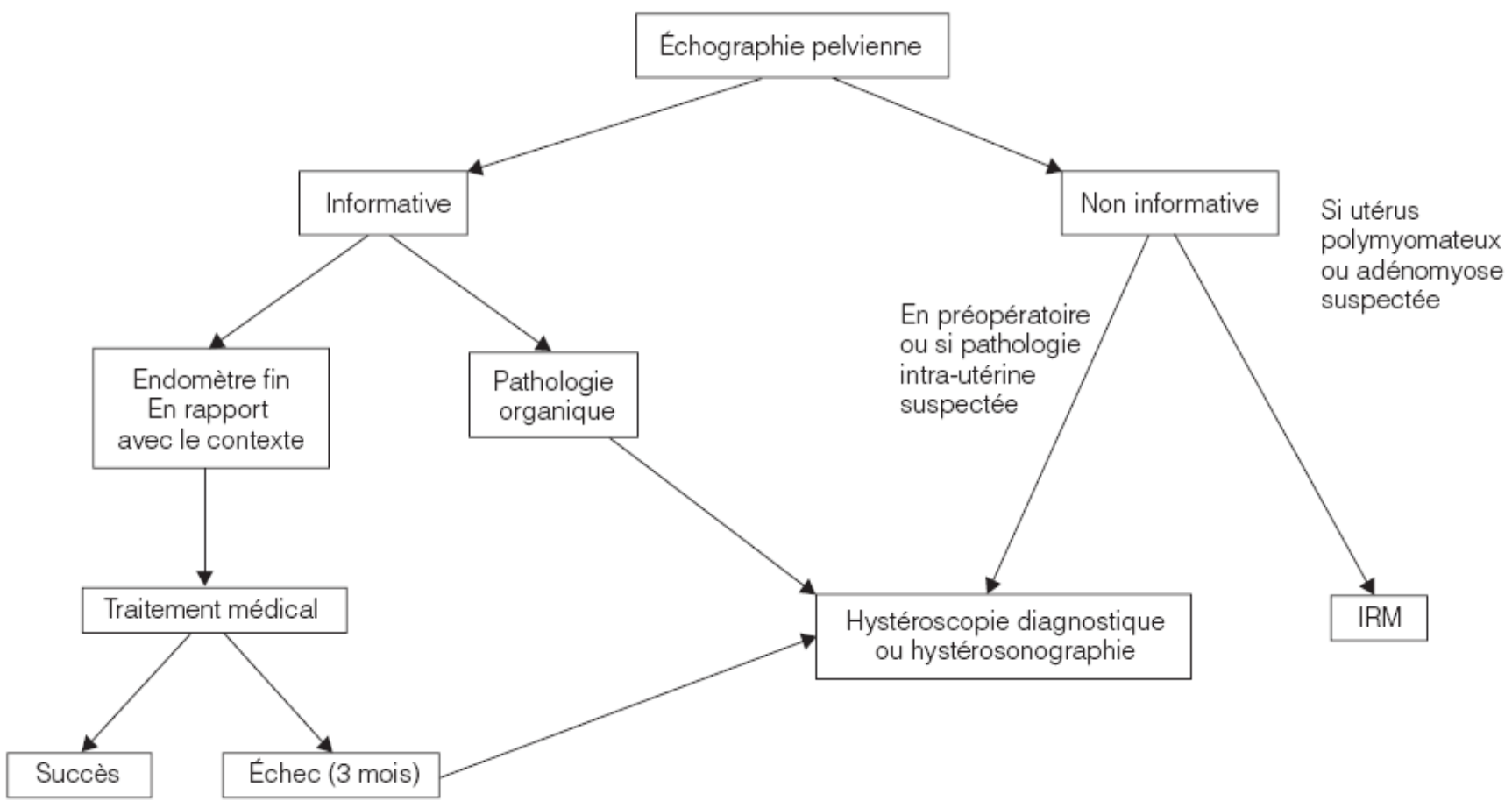
Type 2



Ménométrorragies en période d'activité génitale



Hiérarchisation des examens complémentaires devant des ménométrorragies en période d'activité génitale



Conclusion

- L'hystéroscopie diagnostique est un examen facile d'accès et bien toléré
- Elle doit faire du partie du bilan initial du cancer de l'endomètre
- Elle a un intérêt dans le bilan initial des patientes infertiles
- Elle est indiquée en deuxième intention dans l'exploration des ménométrorragies en cas d'échographie anormale ou non contributive.
- Elle est indiquée avant traitement chirurgical d'un myome sous muqueux ou d'un polype