

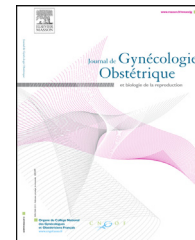


Disponible en ligne sur

**ScienceDirect**  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

**EM|consulte**  
www.em-consulte.com



## TRAVAIL ORIGINAL

# Doit-on faire une biopsie d'endomètre peropératoire dans les cures de prolapsus avec conservation utérine ?



*Should we perform intra-operative endometrial biopsy during pelvic reconstructive surgery with uterine preservation?*

E. Bohoussou<sup>a,b</sup>, S.A. Adjoussou<sup>a,c</sup>, V. Letouzey<sup>a</sup>,  
B. Fattou<sup>a</sup>, R. de Tayrac<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Service de gynécologie-obstétrique, CHU Carémeau, place du Pr-Robert-Debré, 30029 Nîmes cedex 9, France

<sup>b</sup> Service de gynécologie-obstétrique, CHU de Treichville, Abidjan, Côte d'Ivoire

<sup>c</sup> Service de gynécologie-obstétrique, CHU de Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire

Reçu le 2 septembre 2013 ; avis du comité de lecture le 24 octobre 2013 ; définitivement accepté le 30 octobre 2013  
Disponible sur Internet le 3 décembre 2013

### MOTS CLÉS

Prolapsus génital ;  
Chirurgie vaginale ;  
Conservation utérine ;  
Biopsie endométriale

### Résumé

**Objectif.** – Évaluer l'intérêt d'une biopsie endométriale systématique pendant la chirurgie du prolapsus par voie vaginale avec conservation utérine.

**Patientes et méthodes.** – Étude de cohorte rétrospective et monocentrique, réalisée chez les patientes opérées d'une chirurgie vaginale reconstructrice avec conservation utérine entre 2005 et 2012. Les paramètres suivants ont été relevés à partir du dossier clinique standardisé : caractéristiques initiales (âge, parité, IMC, statut hormonal, antécédents médicaux), stade du prolapsus selon la classification de POP-Q simplifiée, résultats de l'échographie préopératoire et de la mesure de l'endomètre, et type de chirurgie réalisée. Les patientes qui avaient un antécédent d'hystérectomie et qui ont eu une hystérectomie associée à la cure de prolapsus ont été exclues.

**Résultats.** – Quatre cent quatorze patientes ont été opérées pendant cette période, et 268 ont bénéficié d'une conservation utérine (64,7%). Les caractéristiques initiales étaient : âge moyen 64,7 ± 10,7 (39 à 92), parité moyenne 2,6 ± 1,5, IMC moyen 25,5 ± 4,2, 238 étaient ménopausées (88,8%), 32 (12%) prenaient un traitement hormonal, 16 patientes avaient un antécédent de cancer du sein (6%), 31 (11,6%) un diabète, et 87 (32,5%) une hypertension artérielle. Le prolapsus était de stade 2 dans 127 cas (47,3%), de stade 3 dans 99 cas (36,9%) et de stade 4 dans 17 cas (6,3%). L'échographie pelvienne préopératoire a été retrouvée pour 255 patientes

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : [renaud.detayrac@chu-nimes.fr](mailto:renaud.detayrac@chu-nimes.fr) (R. de Tayrac).

(95,2%), et l'épaisseur endométriale moyenne était de 5,1 mm (de 1,6 à 16 mm). Sur l'ensemble de la cohorte, 152 biopsies endométriales peropératoires ont pu être évaluées (56,7%). Dans 24 cas (15,8%), les prélèvements étaient insuffisants pour être interprétable. Finalement, sur les 128 biopsies interprétables (84,2%), nous avons retrouvé un carcinome épidermoïde de l'endomètre (0,8%), 4 hyperplasies simples sans atypie (3,2%), 2 polypes endométriaux bénins (1,6%), et 121 endomètres normaux (94,5%). Le seul cancer a été découvert chez une patiente âgée de 77 ans, qui avait un antécédent personnel de cancer du sein, et dont l'épaisseur endométriale préopératoire était de 7 mm. Aucune patiente avec un endomètre préopératoire normal (< 5 mm) n'avait une biopsie pathologique.

**Conclusion.** – Cette étude confirme la nécessité de réaliser une échographie pelvienne systématique avant toute cure chirurgicale d'un prolapsus génito-urinaire par voie vaginale. En revanche, la réalisation d'une biopsie endométriale systématique pendant la chirurgie ne semble pas justifiée.

© 2013 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

## KEYWORDS

Genital prolapse;  
Vaginal surgery;  
Uterine preservation;  
Endometrial biopsy

## Summary

**Objective.** – To evaluate the interest of systematic endometrial biopsy at the time of vaginal reconstructive surgery with uterine preservation.

**Methods.** – We performed a retrospective monocentric study on all women who had vaginal reconstructive surgery with uterine preservation from 2005 to 2012. All following parameters have been studied: baseline characteristics (age, parity, BMI, hormonal status, medical history), prolapse stage using the POP-Q, preoperative pelvic ultrasound (endometrial thickness), and type of surgery. Women with previous hysterectomy were excluded.

**Results.** – Four hundred and fourteen patients were operated during this period, and 268 have uterine preservation (64.7%). Baseline characteristics were mean age  $64.7 \pm 10.7$  (39 to 92), mean parity  $2.6 \pm 1.5$ , mean BMI  $25.5 \pm 4.2$ , menopause 238 (88.8%), HRT 32 (12%), previous breast cancer 16 (6%), diabetes mellitus 31 (11.6%), and hypertension 87 (32.5%). Prolapse were at stage II in 127 (47.3%), stage III in 99 (36.9%) and stage IV in 17 (6.3%). Preoperative pelvic ultrasound has been done in 255 patients (95.2%), and mean endometrial thickness was 5.1 mm (range 1.6–16). Overall, 152 intra-operative endometrial biopsies were assessable (56.7%). In 24 cases (15.8%), samples were too small to be interpretable. Finally, the 128 interpretable biopsies (82.2%) have shown one carcinoma (0.8%), four hyperplasia (3.2%), two endometrial polyps (1.6%), and 121 normal endometria (94.5%). The only cancer was discovered on a 77 year old patient, with a history of previous breast cancer, and with a preoperative endometrial thickness of 7 mm. No patient with normal preoperative ultrasound endometrial screening had abnormal endometrial biopsy.

**Conclusion.** – Vaginal reconstructive surgery with uterine preservation implicates a preoperative endometrial evaluation by ultrasound. Intra-operative endometrial biopsy does not seem to be justified.

© 2013 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

## Introduction

L'hystérectomie a longtemps été un geste habituel lors de la cure du prolapsus génital [1], mais cette pratique est aujourd'hui remise en cause. En dehors de la découverte d'une pathologie avérée du col utérin ou de l'endomètre dans le cadre du bilan préopératoire d'une cure chirurgicale de prolapsus génito-urinaire, la question de la conservation utérine doit être discutée avec la patiente. En effet, l'association d'une cure de prolapsus, quelle que soit la voie d'abord, avec une hystérectomie systématique, augmente le risque de complications postopératoires, sans bénéfice démontré sur le succès de la chirurgie réparatrice [2].

D'un autre côté, l'hystérectomie peut être proposée en prévention d'une pathologie maligne. Le risque de découvrir fortuitement sur une pièce d'hystérectomie une néoplasie endométriale a été évaluée à 0,5–0,8% [3,4]. Cependant, ces études ne précisaient pas le bilan préopératoire réalisé.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'intérêt d'une biopsie endométriale systématique pendant la chirurgie du prolapsus par voie vaginale avec conservation utérine.

## Patientes et méthodes

Cette étude de cohorte rétrospective et monocentrique a été réalisée chez toutes les patientes opérées d'une chirurgie vaginale reconstructrice entre 2005 et 2012.

Les paramètres suivants ont été relevés à partir du dossier clinique standardisé : caractéristiques initiales (âge, parité, IMC, statut hormonal, antécédents médicaux), stade du prolapsus selon la classification de POP-Q simplifiée (points Ba, C et Bp), résultats de l'échographie préopératoire et de la mesure de l'endomètre, et type de chirurgie réalisée. Chez les patientes non ménopausées, l'échographie était réalisée en début de cycle.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3272407>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3272407>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)