



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



ÉTAT DES CONNAISSANCES

Comparaison de la fertiloscopie à la cœlioscopie dans l'exploration de l'infertilité : analyse de la littérature

*Comparison of fertiloscopy versus laparoscopy in the
exploration of the infertility: Analysis of the literature*

C. Braidy^a, A. Nazac^a, G. Legendre^a, P. Capmas^a,
H. Fernandez^{a,*},^{b,c}

^a Service de gynécologie obstétrique, hôpital Bicêtre, 78, rue du Général-Leclerc, 94270 Le Kremlin-Bicêtre, France

^b Inserm U1018, 82, rue du Général-Leclerc, 94270 Le Kremlin-Bicêtre, France

^c Université Paris-Sud 11, 78, rue du Général-Leclerc, 94270 Le Kremlin-Bicêtre, France

Reçu le 24 juin 2011 ; avis du comité de lecture le 10 mars 2014 ; définitivement accepté le 13 mars 2014

MOTS CLÉS

Adhérences ;
Cœlioscopie ;
Endométriose ;
Fertiloscopie ;
Hydrolaparoscopie
transvaginale ;
Infertilité ;
Laparoscopie ;
Pathologie tubaire

Résumé

Introduction. – La fertiloscopie est une technique récente destinée à l'exploration des structures tubo-ovariennes en cas d'infertilité inexplicée. C'est une technique simple, ambulatoire, permettant de faire des gestes opératoires limités, mais sa place par rapport à la cœlioscopie conventionnelle reste à définir.

Matériel et méthodes. – Une recherche bibliographique extensive à partir de Medline (National Library of Medicine), Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse et Health Technology Assessment Database a été effectuée pour pouvoir répondre à la problématique posée. Les articles ont été récupérés et classés en études descriptives et études comparatives et ont été évalués sur les critères étudiés.

Résultats. – La majorité des articles publiés sont des séries de cas en provenance de quelques équipes, décrivant les aspects techniques de la procédure tels le taux d'accès au cul-de-sac de Douglas, le taux de succès de visualisation du pelvis, le taux de complications (notamment de perforation rectale), ainsi que le potentiel opératoire de la technique dans le cas des ovaires polykystiques. Les études comparatives sont au nombre de six et ont toutes pris les sujets comme leur propre témoin en effectuant la fertiloscopie avant la cœlioscopie. Les études décrivent une concordance atteignant 80% en termes de pathologie tubaire, adhérence et

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : herve.fernandez@bct.aphp.fr (H. Fernandez).

KEYWORDS

Adhesion;
Endometriosis;
Fertiloscopy;
Infertility;
Laparoscopy;
Transvaginal
hydrolaparoscopy;
Tubal pathology

endométriase, et estiment une réduction potentielle du nombre de coéloscopies de 40 % à 93 %.

Conclusion. – La littérature actuelle montre une concordance entre la fertiloscopie et la coéloscopie pour un certain nombre de paramètres, notamment la pathologie tubaire, les adhérences et l'endométriase. Les places respectives de l'une et l'autre méthode dans l'exploration de l'infertilité inexplicée restent encore à définir.

© 2014 Publié par Elsevier Masson SAS.

Summary

Background. – Fertiloscopy is a recent technique designed to explore the tubo-ovarian axis in unexplained infertility. It is a simple outpatient technique, allowing to perform operative procedures, but its position relative to laparoscopy is yet to be defined.

Material and methods. – A thorough and extensive bibliographical search was undertaken to fully embrace the question, challenging Medline at the National Library of Medicine, Cochrane Library, National Guideline Clearinghouse, Health Technology Assessment Database. All the retrieved articles were classified as either descriptive or comparative studies and evaluated on a set of criteria.

Results. – Most of the papers described case series coming from a few teams, focusing mainly on the technical aspect of the procedure, like the access rate to the posterior cul-de-sac, the success rate in visualizing the pelvis, the complications rate (mainly rectal perforation), and its operative performance in drilling ovaries for resistant polycystic ovarian syndrome. Comparative studies numbered six trials. They all followed the same design, fertiloscopy preceding conventional laparoscopy in patients taken as their own control. The concordance rate between the two modalities reaches 80% in terms of tubal pathology, adhesences and endometriosis, with an estimated reduction of laparoscopies varying from 40% to 93%.

Conclusion. – The current literature shows a concordance between fertiloscopy and conventional laparoscopic findings for certain parameters in cases of tubal pathology, adhesences and endometriosis. The relative positions of these two modalities in unexplained infertility still remain elusive.

© 2014 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction

En 1998, Gordts et al. [1] ont introduit une technique baptisée hydrolaparoscopie transvaginale (THL pour *transvaginal hydrolaparoscopy*) destinée à l'exploration des structures tubo-ovariennes dans le cas d'infertilité sans pathologie pelvienne manifeste avec hystérosalpingographie (HSG) normale voire non faite en l'absence d'antécédent gynécologique et avec une sérologie *Chlamydia* négative. Cette technique est effectuée sous anesthésie locale à travers le cul-de-sac vaginal postérieur [2], ou avec une anesthésie type neuroleptanalgesie, identique à celle utilisée pour les ponctions de FIV. Telle décrite par ses promoteurs, cette technique présenterait plusieurs points attrayants : la simplicité, l'absence d'incisions abdominales et de pneumopéritoine ainsi que l'absence de risque de lésions vasculaires [3]. Elle est effectuée en position de lithotomie, comparativement à son ancêtre la culdoscopie où l'installation était en genu pecturum. Il s'agit d'une procédure ambulatoire par excellence.

Les instruments comprennent une aiguille de Veress, un introducteur à usage unique ou réutilisable de dilatation et un endoscope de 2,9 mm à lentille angulée de 30°. Durant toute la procédure, moins de 1 L de Ringer Lactate préchauffé est instillé dans le cul-de-sac. L'endoscope est dans l'axe des structures tubo-ovariennes, permettant un accès facile à la fossette ovarienne et à la face antérolatérale

des ovaires sans recours à des manipulations supplémentaires [4,5]. L'utilisation de liquide permet de visualiser les structures tubo-ovariennes en immersion, minimisant de la sorte leur manipulation traumatique [6]. Une hystérocopie diagnostique précédant ou suivant immédiatement la fertiloscopie a été préconisée dans ce contexte d'exploration de l'infertilité, et aurait démontré des avantages dans l'étude multicentrique de Campo et al. [7]. Une approche en une étape de l'infertilité incluant l'hystérocopie diagnostique, la THL, l'épreuve au bleu et la salpingoscopie a été proposée dès 1999 par Watrelot et al. [6,8], réalisant le concept de fertiloscopie. En effet, bien que la coéloscopie reste la méthode de référence dans l'évaluation des pathologies tubo-ovariennes, l'HSG est largement utilisée en première intention dans cette évaluation, repoussant la coéloscopie de 6 à 12 mois en cas de résultats normaux avec un retard de diagnostic [9]. L'approche endoscopique en une étape permettrait à la fois de remplacer l'HSG en première intention et d'éviter une coéloscopie diagnostique en cas d'absence de pathologie pelvienne [6,10–12].

La fertiloscopie posséderait également un potentiel opératoire ; des interventions tubo-ovariennes sont réalisables. Une gaine dédiée permet l'insertion de ciseaux et de pinces ainsi qu'une électrode bipolaire réutilisable (Storz, Tuttingen, Allemagne ; Uvadrill – FFL, Royaume-Uni ; Circon ACMI, Stamford, CT, États-Unis) ou une électrode bipolaire à usage unique 5 French (Versapoint®, Gynecare, EWHU,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3272470>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3272470>

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