

Douzièmes Journées nationales de la FFER (Amiens, 3–5 octobre 2007)

Utérus cloisonné : place de la septoplastie hystéroscopique

Septate uterus: role of hysteroscopic metroplasty

E. Lourdel*, R. Cabry-Goubet, P. Merviel, N. Grenier, M.-F. Oliéric, J. Gondry

Service de médecine de la reproduction, centre de gynécologie-obstétrique (CGO) d'Amiens, 124, rue Camille Desmoulins, 80054 Amiens cedex, France

Reçu le 27 juin 2007 ; accepté le 14 juillet 2007

Disponible sur internet le 24 août 2007

Résumé

L'utérus cloisonné est la plus fréquente des malformations utérines. La prévalence des cloisons utérines chez les patientes infertiles est estimée à environ 1 %. En revanche, ce taux augmente pour atteindre 3,3 % chez les femmes présentant des avortements spontanés à répétition. L'objectif de cet article est de proposer une réactualisation des données de la littérature concernant la cure de cloison utérine par septoplastie hystéroscopique. Cette dernière, par sa simplicité, sa reproductibilité et sa faible morbidité entre les mains d'un opérateur entraîné, reste le gold standard du traitement des cloisons utérines. La maladie abortive constitue toujours la principale indication de la cure de cloison. Chez les patientes infertiles, il paraît légitime de pratiquer une septoplastie dans les situations suivantes : femmes de plus de 35 ans ; infertilité inexplicée, rebelle à toute technique d'Assistance médicale à la procréation (AMP) ; découverte d'une cloison utérine lors de la coelioscopie et de l'hystéroscopie diagnostique réalisées dans le cadre d'un bilan d'infertilité ; patientes pour qui une prise en charge en AMP est envisagée ; femmes avec passé obstétrical. Les complications liées à la septoplastie hystéroscopique sont peu fréquentes. Cependant, celle-ci pourrait exposer au risque de rupture utérine obstétricale ultérieure.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The uterus septum is the most frequently encountered uterine malformation. The prevalence of the uterine septa in the infertile patients is estimated at approximately 1%. On the other hand, it increases to reach 3,3% among women presenting repeated fetal losses. The objective of this article is to propose an updating of the data of the literature concerning the cure of uterine septa by hysteroscopic metroplasty. Operative hysteroscopy, with its simplicity, its reproducibility and its low morbidity between the hands of a trained operator, remains the gold standard treatment of the uterine partitions. The abortive disease always constitutes the main indication of the cure of septum. In the infertile patients, a metroplasty seems to be legitimate in the following situations: women more than 35 years old; unexplained infertility, resistant to any technique of assisted reproduction; discovery of a uterine septum at the time of the coelioscopy and the diagnostic hysteroscopy realized within the framework of an assessment of infertility; patients for whom it is assumed that Assisted reproductive technique (ART) is needed; women with past obstetrical history. The complications related to the hysteroscopic metroplasty are not very frequent. However, the hysteroscopic resection of a uterine septum could expose later to the risk of uterine rupture.

© 2007 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Assistance médicale à la procréation (AMP) ; Cloisons utérines ; Infertilité ; Hystéroscopie ; Septoplastie

Keywords: Assisted reproductive techniques (ART); Uterus septa; Infertility; Hysteroscopy; Metroplasty

1. Introduction

La cloison utérine est la plus fréquente des malformations utérines. L'incidence réelle de ces malformations est difficile à

apprécier au travers des résultats de la littérature. Elle est très probablement sous-estimée dans la population générale et, à l'inverse, surestimée chez les patientes infertiles.

Le retentissement des malformations utérines sur la fonction de reproduction et leur impact obstétrical ne sont pas clairement définis à l'heure actuelle. Les études de la littérature comprennent, pour la plupart, de faibles effectifs avec des biais de

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : emma.li@voila.fr (E. Lourdel).

sélection et une méthodologie discutable, rendant l'analyse des résultats peu aisée.

Après de brefs rappels physiopathologiques, cliniques et paracliniques, nous proposons, à partir des études de la littérature, une réactualisation des données sur la cure de cloison utérine par septoplastie hystéroscopique.

2. Rappels embryologiques

La formation des voies génitales féminines se déroule à partir de la troisième et jusqu'à la 17^e semaine de vie embryonnaire [1]. Elle est concomitante au développement des voies urinaires, les tractus urinaire et génital dérivant de la même crête mésodermique.

Les voies génitales indifférenciées sont constituées de deux types de canaux : les canaux de Wolff et les canaux de Müller (canaux paramésonephrotiques).

Les fœtus de sexe gonadique 46XX n'expriment pas, en dehors de situations pathologiques, le gène *SRY* ; la différenciation des gonades primitives se fait alors en ovaires. Il n'y a donc pas de sécrétion de testostérone (sécrétée par les cellules de Leydig au sein du testicule), ni de sécrétion d'hormone anti-müllérienne (AMH) (produite par les cellules de Sertoli).

Les canaux de Wolff, en l'absence de testostérone, ne se développent pas.

Les canaux de Müller, en l'absence d'AMH, continuent leur différenciation. Ces derniers fusionnent entre la sixième et la neuvième semaine de vie embryonnaire pour former le canal utérovaginal. De la 13^e à la 17^e semaine de vie embryonnaire, a lieu la phase de résorption du septum séparant les deux canaux sur la ligne médiane (cloison intermüllérienne). Cette résorption débute au niveau de l'isthme et s'étend rapidement vers le bas et, plus lentement, vers le haut (théorie bidirectionnelle) [2].

Le mécanisme d'apoptose a été évoqué comme étant le mécanisme de régression de la cloison utérine [3] : Bcl-2 est une molécule responsable de la régulation des phénomènes d'apoptose, et son déficit est à l'origine du défaut de résorption de la cloison utérine.

La portion crâniale des canaux donnera les trompes de Fallope, la portion intermédiaire conduira aux cornes utérines, et la portion caudale le col et la partie supérieure du vagin.

Les malformations à type de persistance de tout ou partie de la cloison intermüllérienne résultent donc d'un défaut de résorption de celle-ci et surviennent entre la 13^e et la 17^e semaine de vie embryonnaire.

3. Classification anatomique des cloisons

Deux principales classifications des malformations utérines ont été décrites : la classification de Musset (la plus répandue en Europe) et la classification de l'American Fertility Society (AFS) — aujourd'hui Society for Reproductive Medicine (ASRM) (Tableau 1).

Dans la classification de R. Musset [4], on distingue différents types d'utérus cloisonnés en fonction du niveau de cloison persistante :

- utérus cloisonné total (cloisonnement utérovaginal avec duplicité cervicale) ;
- utérus cloisonné subtotal (cloisonnement du fond utérin à l'orifice interne du col) ;
- utérus cloisonné corporéal (cloisonnement limité au corps utérin) ;
- utérus cloisonné partiel (éperon fundique).

Le cloisonnement peut être segmenté, créant une communication entre les deux cavités utérines.

Tableau 1

Tableau comparatif des classifications des malformations utérines

Origine de trouble	Classification de Musset : 1964	Classification de l'AFS (American Fertility Society) : 1988
Aplasies des canaux de Müller	Aplasie müllérienne bilatérale	Type I
	Syndrome de Rokitansky-Kuster-Hauser	Hypoplasie, agénésie
	Aplasie müllérienne unilatérale	Type II
	Utérus unicorne Utérus pseudo-unicorne	Utérus unicorne
Troubles de la fusion des canaux de Müller	Utérus didelphe (bicorne bicervical)	Type III Utérus didelphe
	Utérus bicorne	Type IV
	Unicervical total	Utérus bicorne
	Unicervical corporéal Unicervical fundique	
Troubles de résorption des canaux de Müller	Utérus cloisonné	Type V
	Total	Utérus cloisonné
	Subtotal	Type Va
	Corporéal	Partiel
	Fundique	Type Vb
		Total
	Utérus à fond arqué	Type VI Utérus à fond arqué
	Hypoplasie utérine	Type VII Utérus DES (Diéthylstilbestrol = Distilbène®)

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3948155>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3948155>

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