

## DÉBAT

# Contre la résection systématique des cloisons utérines Against the routinely hysteroscopic metroplasty for septate uterus

L. Sentilhes\*, P.-E. Bouet, M. Mezzadri, V. Combaud, C. Morinière,  
C. Lefebvre-Lacoeuille, L. Catala, P. Descamps

Service de gynécologie-obstétrique, centre hospitalier universitaire d'Angers, 4, rue Larrey, 49033, Angers cedex, France

Mots clés : Utérus cloisonné ; Hystérocopie ; Impact ; Infertilité ; Grossesse

Keywords: Septate uterus; Hysteroscopy; Outcome; Infertility; Pregnancy

La prévalence des malformations utérines dans la population générale est généralement sous-estimée et est évaluée entre 4,3 % et 6,2 % [1]. Les utérus cloisonnés en représentent la variété la plus fréquente (35 % des malformations utérines) et seraient présents chez 1 % de la population féminine [2]. Ils résultent d'un défaut de résorption plus ou moins complet de la cloison d'union des canaux de Müller. Dans le cas de l'utérus cloisonné total, ce défaut de résorption est complet et la cloison divise l'utérus en totalité du fond utérin jusqu'au col qui est divisé en deux. Cette cloison peut être en continuité avec une cloison vaginale longitudinale [2]. La classification de l'American Fertility Society (AFS) est celle habituellement utilisée pour classer les malformations utérines [3].

La septoplastie hystérocopique est devenue ces 20 dernières années le traitement de référence pour le traitement des cloisons utérines [4]. Elle a permis de diminuer considérablement la morbidité maternelle à court terme comme à long terme. La cloison est sectionnée par électrochirurgie (autrefois courant de section monopolaire et récemment courant de section bipolaire) [5], microciseaux froids ou par laser (Nd-YAG, argon, crypton) [6]. La septoplastie est jugée complète quand l'hystérocopie peut être mobilisé librement d'une corne utérine à l'autre, et quand les ostia tubaires sont vus simultanément [1,2,4–7].

Il est important de distinguer les cloisons dites « symptomatiques » de celles dites « asymptomatiques ». Les cloisons « symptomatiques » sont les cloisons découvertes lors d'un bilan de fausse couche à répétition, fausse couche tardive ou d'infertilité, les cloisons asymptomatiques étant les cloisons utérines découvertes de façon fortuite. Bien qu'il soit difficile d'affirmer que l'agent causal de la pathologie est la cloison utérine [2,8–10], l'association observée entre utérus cloisonné et endométriose dans des études non contrôlées [11–14] pouvant expliquer l'infertilité de certaines patientes ayant un utérus cloisonné, la prise en charge des cloisons « symptomatiques » fait l'objet d'un consensus : il semble légitime de proposer une résection hystérocopique de cette cloison, bien que le niveau de preuve soit faible, aucune étude randomisée comparant l'expectative à la section de cloison utérine n'ayant été réalisée en cas de cloisons symptomatiques [2,9,15,16]. En effet, plusieurs études avant/après de faibles effectifs suggèrent que la fertilité et le pronostic obstétrical sont améliorés après la résection de cette cloison dite « symptomatique » [2,12,13,17–20]. Cependant, les résultats de ces études sont biaisés par le fait que les patientes sont leur propre contrôle [21]. Pour certains auteurs [10], il est indispensable de réaliser un essai randomisé, bien que ce dernier pourrait être considéré comme non éthique, la résection d'une cloison utérine étant relativement facile à réaliser avec un faible risque de complications à court et long terme [10]. Cet essai randomisé est actuellement en cours (<http://www.studies-obsgyn.nl/trust NTR 1676>). La position du Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français

\* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : loicsentilhes@hotmail.com (L. Sentilhes).

(CNGOF) traduit ce faible niveau de preuve en faveur d'une résection hystérocopique en cas de découverte d'une cloison dans le cadre d'un bilan d'infertilité. En effet, le CNGOF en 2010 indique que « La métroplastie hystérocopique est recommandée chez les femmes qui ont des avortements spontanés à répétition (grade B) » mais que « Le rapport bénéfice/risque de la métroplastie hystérocopique chez les femmes infertiles sans antécédent de fausses couches spontanées doit être discuté au cas par cas (Accord Professionnel) » [16].

La discussion est encore plus ouverte concernant les cloisons dites asymptomatiques, principal sujet de notre débat, le mot « systématique » du titre de cet article faisant référence aux cloisons de découverte fortuite. Ce type de situations est loin d'être rare puisque la prévalence des cloisons utérines est élevée (1 % des femmes) et du fait d'un recours très fréquent à l'imagerie (échographie abdominopelvienne) devant le moindre signe d'appel potentiellement gynécologique (douleurs, ménométrorragies, etc.) [22]. Face à la découverte fortuite d'une cloison asymptomatique, faut-il réaliser une résection hystérocopique de cette cloison ? Autrement dit, faut-il attendre la survenue d'une possible infertilité primaire, de fausses couches à répétition, d'une fausse couche tardive, pire d'une prématurité sévère, avant de réaliser une résection de la cloison utérine, sachant que cette cloison utérine dépistée fortuitement peut n'avoir aucun impact ultérieur ? Ou faut-il proposer la résection systématique de cette cloison, sachant que cette opération sera inutile chez certaines patientes, voire potentiellement iatrogène chez d'autres, afin d'éviter la survenue d'une pathologie (infertilité, fausse couche tardive, prématurité sévère) ?

Il n'existe aucune étude randomisée comparant la fertilité et le pronostic obstétrical ultérieur après un traitement invasif (résection systématique d'emblée) versus un traitement non invasif (résection de la cloison uniquement si elle devient symptomatique) pour les patientes ayant une cloison utérine asymptomatique. Pour avoir des éléments de réponse, il faut alors s'intéresser au devenir à court et long terme des patientes chez qui a été découvert de façon fortuite une cloison, qui n'a fait l'objet d'aucun traitement. Ce paramètre n'a été que très peu étudié dans la littérature [23–27]. L'étude la plus détaillée et apportant le plus d'éléments de réponse est celle de Heinonen [27]. Cet auteur a réévalué rétrospectivement 67 cas d'utérus cloisonnés totaux avec une cloison vaginale longitudinale (stade Vb selon la classification de l'AFS [4]) provenant d'une série de 441 patientes ayant des malformations müllériennes, colligées entre 1962 et 2000. Le diagnostic d'utérus cloisonné était réalisé généralement du fait de la découverte de la cloison longitudinale vaginale à l'examen clinique, cette découverte motivant alors la réalisation d'examen complémentaires [27]. Seulement 4 patientes ont eu une résection de la cloison utérine (3 par hystérocopie et une par laparotomie), tandis que la cloison vaginale a été réséquée chez 36 (53,7 %) patientes. En tenant compte des grossesses obtenues après septoplastie, 50 (74,6 %) des 67 patientes ont eu au moins une grossesse. Parmi les 17 patientes n'ayant pas eu de grossesse, 16 n'ont jamais essayé d'en avoir une. Concernant les 51 patientes ayant un désir de

grossesse, 8 (15,7 %) avaient une infertilité primaire : 4 patientes avaient des cycles anovulatoires ou des ovaires polycystiques et ont eu une grossesse après un traitement par citrate de clomiphène ; une patiente avait un kyste endométriosique et eu une grossesse après un traitement chirurgical ; un couple avait une infertilité d'origine masculine (cette patiente a subi une résection de sa cloison et a eu spontanément une grossesse 8 ans après avec un autre conjoint) ; une patiente ayant une infertilité inexplicée a eu spontanément une grossesse après l'échec de 3 cycles de fécondation in vitro. Enfin, la dernière patiente, n'ayant pas eu de grossesse, a choisi d'arrêter le bilan d'infertilité en cours et celle-ci est restée inexplicée. Comme le font remarquer les auteurs, en dehors de ce dernier cas où l'on ne peut conclure, l'utérus cloisonné ne peut dans aucun cas être considéré comme la cause de l'infertilité primaire pour les sept autres patientes [27]. Une infertilité secondaire a été observée dans 2 cas, secondaire (i) dans un cas à une pathologie tubaire traitée sans succès par une adhésiolyse tubaire, (ii) dans un autre cas à un utérus polymyomateux avec la survenue de fausses couches après la myomectomie. L'indication de la septoplastie était des fausses couches à répétition chez 2 patientes, une infertilité primaire chez une autre patiente et une infertilité secondaire (avec naissance d'un enfant vivant) chez la dernière patiente. Ces quatre patientes ont eu une grossesse après la résection de la cloison utérine. Le devenir des grossesses est résumé dans le [Tableau 1](#) [27]. Parmi les 49 patientes ayant eu une grossesse sans métroplastie, 30 patientes ont eu au moins une naissance sans fausse couche, 14 ont eu au moins une naissance mais aussi des fausses couches, et 5 patientes ont eu seulement des fausses couches. Parmi ces 5 dernières patientes, deux ont eu une naissance après la réalisation d'une septoplastie, les 3 autres ayant eu respectivement quatre, trois et une fausse couche (c'est-à-dire que 2 de ces patientes auraient pu (dû) bénéficier d'une septoplastie). Le taux d'accouchement prématuré dans cette population était de 17 % (14/84) avec 12 enfants de poids inférieur à 2500 g (le poids moyen de naissance pour l'ensemble des nouveau-nés étant de 3030 g [max : 1000 g – min : 4370 g]). Un seul enfant avait un poids de naissance inférieur à 1500 g. Un seul décès périnatal, secondaire à des anomalies congénitales (anomalies diaphragmatiques et des membres), fut observé [27]. En conclusion, dans cette étude, la politique de ne réaliser une septoplastie uniquement en cas de cloison symptomatique a permis à 47 des 51 patientes ayant un désir de grossesse d'avoir un enfant vivant (92,2 %) sachant que parmi les quatre patientes restantes, deux auraient dû bénéficier d'une septoplastie et une a abandonné tout désir de grossesse en cours de bilan pour infertilité. Le taux global de fausse couche spontanée était de 27 % (31/115) pour un taux de naissances vivantes de 72 % (83/115). Enfin, le taux d'accouchement prématuré global était de 17 % (14/84) mais le taux de prématurité sévère (poids de naissance inférieur à 1500 g) était faible puisque seulement de 1,2 % (1/84) [27]. Dernier résultat intéressant, le taux de patientes pour lesquelles une septoplastie était finalement indiquée (cloison symptomatique) n'était que de 12 % (6/51) [27]. Les résultats de cette étude sont concordants avec d'autres études similaires

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3949497>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3949497>

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