



# Recommandations pour la pratique clinique

## Prise en charge des fibromes utérins

### Modalités diagnostiques : indications et place de l'hystérocopie diagnostique

Y. Benzakine, P. Driguez

Service de Gynécologie Obstétrique, Hôpital Bichat Claude Bernard, 170 Bd Ney, 75018 Paris.

Les moyens d'exploration de la cavité utérine ont longtemps été limités à l'hystérogaphie, la biopsie d'endomètre et à la dilatation curetage.

Actuellement le diagnostic des fibromes utérins fait appel à l'échographie et l'hystérocopie diagnostique.

#### MODALITÉS DIAGNOSTIQUES

L'hystérocopie diagnostique est un examen qui peut être envisagé dans le cadre de la consultation externe ou de l'ambulatorio strict sans anesthésie générale dans 95 % des cas [1-4].

#### La tolérance

Mieux acceptée chez la multipare, la tolérance de l'hystérocopie diagnostique, toutes indications confondues, est fonction du matériel utilisé [5], du milieu de distension et de l'utilisation d'une analgésie.

*Le matériel (tableau I)*

#### L'analgésie

La tolérance à l'hystérocopie peut être améliorée par l'utilisation d'une prémédication :

— Nagele 1997 [12] — 95 cas — Hystérocopie rigide 5 mm au CO<sub>2</sub> :

Étude de la prémédication par AINS (500 mg mefenamic) en double aveugle contre placebo donné une heure avant :

- pas de différence en termes de douleur immédiate per opératoire,
- réduction de la douleur post hystérocopie.

— Cicinelli 1997 [13] — 80 cas — Hystérocopie rigide de 3,5 mm au CO<sub>2</sub> :

Étude de l'analgésie locale par injection intra-utérine par voie transcervicale à l'aide d'un cathéter de 18 G d'un placebo versus 2 ml de mepivacaïne à 2 % sur la tolérance (évaluée par échelle visuelle et monitoring cardiaque) de l'hystérocopie et de la biopsie d'endomètre chez des femmes ménopausées :

- Temps d'examen identique dans les 2 groupes,

Tableau I

	Type d'hystérocopie	Milieu de distension	Indolore	Douleur modérée	Douleur intense	Douleur épaule	Anesthésie générale	Anesthésie locale	Échec
Blanc 92 1 000 cas	Rigide 5 mm	CO <sub>2</sub>	40 %	25 %	10 %	20 %		5 %	
Hamou 91 994 cas	Rigide 5 mm	CO <sub>2</sub>	35 %	49 %	8 %	3 %	5 %	3 %	
Blanc 200 cas	Rigide 5 mm	Sérum physiologique	79 %	11 %	6 %		4 %		
Blanc 50 cas	Rigide 3 mm	Sérum physiologique	86 %	12 %					1 cas
Blanc 322 cas	Souple 3,5 mm	Sérum physiologique	79,7 %	20 %	0,3 %				3 cas

— Réduction de la douleur et des réactions vagales dans le groupe mepivacaïne.

— Pas de différence après 15 min.

En conclusion :

— L'utilisation d'hystérocopie de diamètre réduit (NP5), d'un milieu de distention liquide (NP5) et d'hystérocopie souple (NP5) améliore la tolérance de l'examen,

— L'utilisation d'une prémédication par AINS réduit la douleur post hystérocopie (NP1),

— L'utilisation d'analgésiques locaux améliore la tolérance à l'hystérocopie (NP1).

### Les complications

#### Complication liées au CO<sub>2</sub>

Le risque d'embolie gazeuse au cours d'une hystérocopie diagnostique est de 3/5 140 (0,58 %) [6]. Tous ces accidents sont survenus lors d'hystérocopie diagnostique au CO<sub>2</sub> sous anesthésie générale.

En conclusion : l'utilisation de CO<sub>2</sub> comme milieu de distention est contre-indiquée sous anesthésie générale. (NP4).

#### Complications infectieuses

Plusieurs études rétrospectives font état de cas d'endométrite après hystérocopie diagnostique toutes indications confondues :

— Hamou [7] : 1/1 000 infection sévère  
7/1 000 infections minimales.

— Blanc [8] : — 1/1 000 infection sévère.

— Valle [9] : — 7/4 000 infections avec suites simples sous antibiotique.

Une étude prospective sur 34 hystérocopies diagnostiques pour évaluer le risque de contamination endo-utérine [10].

On réalise des prélèvements vaginaux (PV) et endo-utérin (EU) avant et après hystérocopie.

Aucun cas d'endométrite n'est diagnostiqué (tableau II).

Tableau II

	PV positif	PV négatif	Total
P endo-utérin positif	7	0	7
P endo-utérin négatif	4	23	27
Total	11	23	34

### Commentaires

Cette étude ne concerne que les germes courants. Elle ne prend pas en compte les virus et les spores.

En conclusion : il n'y a pas d'indication à l'utilisation d'une antibio-prophylaxie pré-opératoire (NP4).

### Complications mécaniques

Les perforations utérines se retrouvent dans 1,2 pour 1 000 hystérocopies diagnostiques.

Lindeman [11] : 6/5 220

Hamou [7] : 1/1 000

Taylor [4] : 1/602.

### Le diagnostic

L'hystérocopie diagnostique permet le diagnostic :

— des fibromes intracavitaires : la totalité du fibrome est intracavitaire, son angle de raccordement est aigu, sa base d'implantation plus ou moins large,

— des fibromes sous-muqueux : fibrome interstitiel dont le développement se fait en direction de la cavité, son angle de raccordement est droit, sa base d'implantation large,

— des fibromes interstitiels : il siège dans le muscle utérin, il peut déformer la cavité et a alors un angle de raccordement obtus, sa taille est mal précisée par l'hystérocopie.

Les fibromes sous-séreux ne sont pas accessibles à l'hystérocopie.

Il est difficile de faire la part dans la littérature entre les différents types de myomes : la majorité des études sélectionnent des patientes ayant un symptôme (infertilité, ménométrorragies pré ou post-ménopausiques) ou devant subir une hystérectomie.

### Hystérocopie versus hystérographie

Il n'existe aucune étude prospective comparant la pertinence des deux examens dans le cadre de la pathologie fibromateuse.

La concordance pour les fibromes sous-muqueux entre les deux est bonne, comprise entre 74 % et 91 % [7, 14-16].

L'hystérographie a une sensibilité de l'ordre de 95 à 100 % équivalente à l'hystérocopie mais une spécificité relativement basse 28 à 40 % [17, 18], avec une confusion entre polype et fibrome [19].

En conclusion : en cas de suspicion de fibrome, il n'y a pas d'indication à la réalisation d'une hystérocopie.

salpingographie en dehors d'un contexte d'infertilité associée (NP3).

*Hystérocopie versus échographie*

- Schaaps 1991 [20] : 120 cas de trouble du cycle évalués au cours du même cycle par échographie endovaginale et hystérocopie pour les myomes sous muqueux :

- aucun faux négatif n'est apparu à l'échographie,
- 5 faux positifs (myome diagnostiqué à l'échographie qui s'avère être un polype à l'hystérocopie),
- 10 cas où l'hystérocopie n'a pas pu être réalisée.

- Rudigoz [21] :

- 80 cas de ménométrorragies non ménopausées dont 30 fibromes,
- 10 cas de fibromes intracavitaires :
- pas de faux négatif de l'échographie,
- pas de faux positif,
- 20 cas de fibromes interstitiels où l'échographie est plus pertinente dans 15 cas.

Commentaire : dans ces deux études, la sensibilité et la spécificité ne sont pas calculables.

- Fedele [22] : 71 cas en préopératoire : l'échographie transvaginale *versus* hystérocopie où une indication d'hystérectomie a été posée. Dix-huit présentaient une pathologie endocavitaire (*tableau III*).

Commentaire : l'échographie s'est montrée meilleure pour la topographie générale des myomes mais n'a pas permis dans trois cas de différencier myomes et polypes.

- Towbin 1996 [23] : 149 hystérocopies et échographies transvaginales sont comparées au diagnostic histologique obtenu par hystérectomie ou hystérocopie opératoire. Population ménométrorragie pré et post ménopausique. Seuls les cas de fibromes sont rapportés dans le *tableau IV*.

Commentaire : les échographies sont réalisées par des juniors, les hystérocopies par des seniors.

**Tableau III**

Échographie transvaginale	Sensibilité	100 %
VPP 81 % VPN 100 %	Spécificité	94 %
Hystérocopie	Sensibilité	100 %
VPP 87 % VPN 100 %	Spécificité	96 %

**Tableau IV**

	Sensibilité	spécificité
Hystérocopie	79 %	93 %
Échographie transvaginale	54 %	90 %

- Emmanuel 1995 [24] :

Étude prospective comparant échographie transvaginale et hystérocopie comportant 279 cas de ménométrorragies dont 55 myomes.

L'échographie a noté une structure intra-utérine dans 54/55 cas.

Dans 4 cas l'hystérocopie a diagnostiqué un myome sous-muqueux alors que le myome était interstitiel-sous-muqueux.

*Hystérocopie versus hystérosonographie*

- Widrich 1996 [25] :

130 cas dont 26 myomes sous-muqueux (*tableaux V et VI*). Commentaire : l'hystérosonographie est moins douloureuse.

Absence de faux négatif pour les deux techniques.

L'hystérosonographie est limitée par la présence de plusieurs myomes.

*Échographie transvaginale versus hystérosonographie versus hystérocopie*

- Williams [26] (*tableaux VII et VIII*) :

Étude prospective aveugle, 39 patientes avec ménométrorragies.

**Tableau V**

Hystérosonographie	Sensibilité	92 %
	Spécificité	98 %
	VPP	92 %
	VPN	98 %

**Tableau VI**

Hystérocopie	Sensibilité	100 %
	Spécificité	96 %
	VPP	87 %
	VPN	100 %

Commentaire : c'est la seule étude prospective comparant les trois méthodes diagnostiques.

L'échographie transvaginale a une faible sensibilité par rapport à l'hystérocopie.

Il n'y a pas de faux négatif avec l'hystérocopie.

Six faux positifs avec l'hystérocopie couplée à l'échographie transvaginale.

L'hystérocopie et l'échographie ne font pas le diagnostic de lésions associées (15/31 anomalies).

## ■ DISCUSSION

Toutes ces études comparent des méthodes diagnostiques — échographie, hystérocopie, hystérocopie — dans le cadre de symptômes (métrorragie). Il est donc difficile de faire la part spécifiquement pour les fibromes.

Aucune étude ne permet de définir de façon précise l'intérêt diagnostique de l'hystérocopie chez les patientes infertiles porteuses de myomes.

Il convient donc d'opter dans ces conditions pour une attitude raisonnable en fonction de la symptomatologie, de l'âge, et du contexte clinique.

Il est évident que l'hystérocopie n'a de place que dans la pathologie endo-utérine et ne concerne donc dans ce cadre que le diagnostic des myomes ayant une participation intra-utérine. C'est la raison pour laquelle l'échographie représente un examen indis-

pensable en cas de suspicion de pathologie myomatuse dont le caractère multifocal est fréquent.

L'hystérocopie n'est envisageable à titre diagnostique que si elle est réalisée en externe ou en ambulatoire sans anesthésie générale.

### Doit-on réaliser un dépistage des myomes par hystérocopie diagnostique ?

En l'absence de symptomatologie, il est inutile de dépister les myomes par quelque méthode que se soit. Ceci est en concordance avec les références médicales opposables.

### Doit-on réaliser une hystérocopie diagnostique après la découverte fortuite d'une image évocatrice de myome chez une patiente asymptomatique ?

- Chez la femme non ménopausée sans désir de grossesse l'abstention est légitime.

- Chez la femme avec désir de grossesse la découverte d'une image intra-utérine légitime la réalisation d'une hystérocopie diagnostique.

- Chez la femme ménopausée le problème est celui de la spécificité de l'échographie qui confond myome et polype et myome et épaissement muqueux. Actuellement seule l'hystérocopie permet une bonne corrélation histologie-macrosopie et la réalisation de biopsie dirigée.

### En cas de saignement quelle est la place de l'hystérocopie pour le diagnostic de fibrome ?

L'échographie transvaginale représente l'examen de première intention.

- L'absence de lésion intracavitaire permet de ne pas avoir recours en première intention à l'hystérocopie. La VPN de l'échographie pour le diagnostic de myome sous-muqueux est de 100 %.

- La présence de lésion intra-cavitaire doit conduire à la réalisation d'une hystérocopie diagnostique car :

Il existe des faux positifs à l'échographie transvaginale et à l'hystérocopie.

La spécificité de ces examens n'est pas équivalente à l'hystérocopie.

L'opérabilité par hystérocopie opératoire est au mieux appréciée par l'hystérocopie diagnostique couplée à l'échographie (temps opératoire, difficulté opératoire, nombre d'interventions).

Tableau VII

	Sensibilité	Spécificité	VPP	VPN
Échographie TV	67 %	93 %	80 %	86 %
Hystérocopie	100 %	85 %	75 %	100 %

Tableau VIII

Anomalies intra-utérines	Anomalies intra-utérines	Diagnostiquées par	Hystérocopie ou hystérectomie	
			présentes	absentes
Diagnostiquées par	présentes	12	6 (4 HSG + 2 ETV)	
ÉchoTransVag + Hystérocopie	absentes	0	21	

### Quelle est la place de l'hystérocopie dans la surveillance des fibromes ?

• Un fibrome connu asymptomatique chez une femme sans désir de grossesse ne nécessite pas la réalisation d'une hystérocopie de surveillance.

• Après résection transcervicale de fibrome, une hystérocopie diagnostique est indiquée pour éliminer et lever d'éventuelles synéchies.

### ■ RÉFÉRENCES

1. Lindemann HJ, Mohr J. CO<sub>2</sub> hysteroscopy. *Am J Obstet Gynecol* 1976; 124: 129-33.
2. Mencaglia L, Perino A. Diagnostic hysteroscopy today. *Acta Eur Fertil* 1986; 17: 431-9.
3. La Sala GB, Sacchetti F, Dessanti L. Panoramic diagnostic microhysteroscopy: analyse of results obtained from 976 outpatients. *Acta Obstet Gynecol Scand (Suppl.)* 1987; 144: 1-94.
4. Hamou J, Taylor PJ. Current Problems in Obstetrics and Gynaecology. Vol 6 N° 2 1982, *Yearbook Medical* p. 20.
5. Blanc B, Boubli L. Endoscopie utérine. *Édition Pradel* 1996 ; p. 24-25.
6. Pierre F. Embolie gazeuse et hystérocopie exploratoire Mythes ou réalités ? *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1995 ; 1 : 19-23.
7. Hamou. Hysteroscopy and microcolpohysteroscopy. *Appleton and Lange Norwalk* 1991; p. 51.
8. Blanc. Manuel d'hystérocopie opératoire. *Vigot* 1991; p. 108.
9. Valle RF, Sciarra JJ. Current status of hysteroscopy in gynecologic practices. *Fertil Steril* 1979; 32: 619-32.
10. Boubli L, Porcu G, Gandois J, D'Ercole C, Blanc B. Risques infectieux de l'hystérocopie. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1996 ; 32 : 619-32.
11. Lindeman HJ. Komplikationen bei der CO<sub>2</sub> hysteroskopie. *Arch Gynecol* 1975; 219-57.
12. Nagele F, Lockwood G, Magos AL. Randomized placebo controlled trial of mefenamic acid for premedication at outpatient hysteroscopy: a pilot study. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 842-4.
13. Cicinelli E, Didonna T, Ambrosi G, Schönauer LM, Fiore G, Matteo MG. Topical anesthesia for diagnostic hysteroscopy and endometrial biopsy in post menopausal women: a randomized placebo- controlled double blind study. *Br J Obstet Gynaecol* 1997; 104: 316-9.
14. Kessler I. and al. Hystero-graphy and hysteroscopy: a comparison. *Fertil Steril* 1986; 46: 709-10.
15. Parent B, Guedj H, Barbot J, Nodarian P. Hystérocopie panoramique. *Maloine* Paris 1985.
16. Blanc B. Atlas d'hystérosalpingographie comparé. Corrélations entre hystérogaphie, échographie, hystérocopie et œlioscopie. *Rueil Malmaison* 1983.
17. Simon P, Hollemaert S, Schwers J. Hystérogaphie et hystérocopie en pathologie utérine. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1993 ; 22 : 141-4.
18. Randolph J, Yukang Y, Maier DB, Schmidt CL, Riddick DH. Comparaison of real time ultrasonography hystero-graphy and hystero-copie in the evaluation of uterine. abnormalities and tubal patency. *Fertil Steril* 1986; 46: 828-2.
19. Frydman R, Eibschitz I, Fernandez H, et al. Uterine evaluation by microhysteroscopy in IVF candidates *Hum Reprod* 1987; 2: 481.
20. Schaaps JP, Dubois M, Voise M. Qu'attendre de l'échographie de la cavité utérine ? *Contraception Fertilité Sexualité* 1991 ; 19 : 929-34.
21. Rudigoz RC, Frobert C, Chassagrand FR, Gaucherand P. Place de l'échographie vaginaledans l'exploration des menometrorragies de la periode d'activité génitale. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 1992 ; 21 : 544-650.
22. Fedele L, Bianchi S, Dorta M, Brioschi D, Zanotti F, Vercellini P. Transvaginal ultrasonography versus hysteroscopy in the diagnosis of uterine submucous myomas. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 745.
23. Towbin NA, Gviazda IM, March CM. Office hysteroscopy versus trans vaginal ultrasonography in the evaluation of patients with excessive uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 1678-82.
24. Emanuel MH, Verdel MJ, Wamsteker K, Lammes FB. A prospective comparison of trans vaginal ultrasonography and diagnostic hysteroscopy. *Am J Obstet Gynecol* 1995; 172: 547-52.
25. Widrich T, Bradley LD, Mitchinson AR, Collins RL. Comparison of saline infision sonography with office hysteroscopy. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 1327-34.
26. Williams CD, Marshburn PB. A prospective study of transvaginal hydrosonographyin the evaluation of abnormal uterine bleeding. *Am J Obstet Gynecol* 1998; 179: 292-298.