

Résection de l'endomètre

A.LE TRONG

20 Septembre 2006

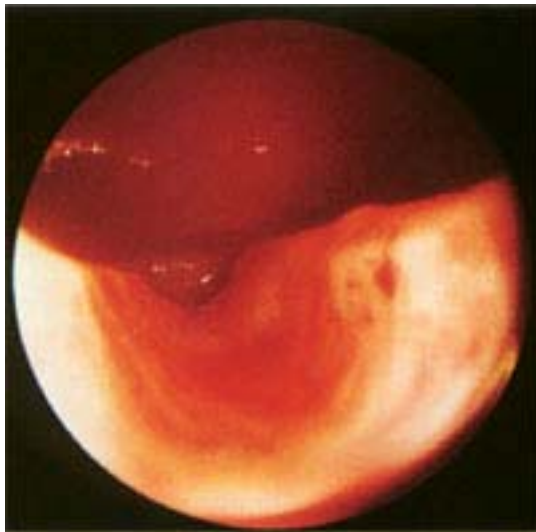
Résection de l'endomètre

1. Indications

- Ménométrorragies pré-ménopausiques d'origine fonctionnelle ou organique bénigne
- Métorragies ménopausiques +/- THS
- Absence de lésions intra-cavitaires ou myométriales (polype, fibrome, adénomyose profonde)
- Contre indication si suspicion de néoplasie
- Technique alternative à l'hystérectomie, après échec du traitement médical
- Au-delà de 40 ans

Résection de l'endomètre

2. Techniques

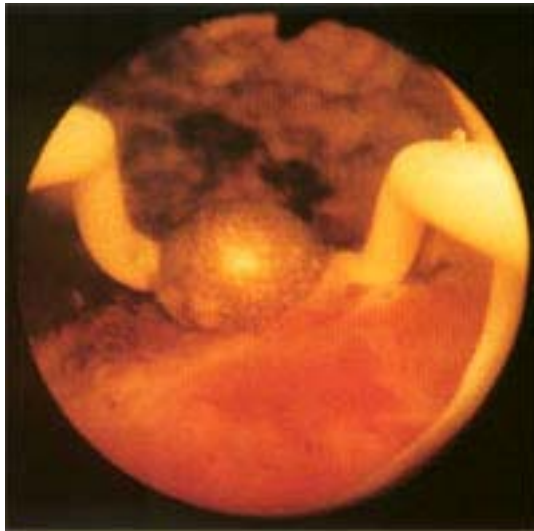


Indications de l'endométrectomie :
endomètre hypertrophique



Indications de l'endométrectomie :
atrophie de l'endomètre
post-ménopausique





Technique :
coagulation à la roller-ball



Synéchie après endométrectomie

Résection à l'anse

- Hystéroscope de 8 ou 9 mm
- Anse diathermique
- D'arrière en avant sous contrôle de la vue
- Profondeur 4 mm
- Débuter face postérieure puis latérales, et antérieure
- Hémostase par coagulation à l'anse
- Copeaux en anatomopathologie

Coagulation au roller ball

- Mouvement d'arrière en avant de l'électrode
- Diminution de la puissance sur zones cornuales

Photocoagulation au laser Yag

- Hystéroscope souple
- Laser Yag Puissance 100-110W

Suites opératoires

- simples

Complications

- Perforation
- Synéchies
- Sténose cervicale
- Endométrite
- Hémorragie
- Syndrome métabolique

Résultats

- Pas d'homogénéité dans les différentes séries
- De manière générale efficacité de 70% toutes techniques confondues
- Difficile de déterminer l'efficacité d'une technique par rapport à une autre: meilleur taux d'aménorrhée au laser
- Résection à l'anse la plus utilisée
- Echec dans les 2 ans
- Facteurs d'échec
 - Age < 40 ans
 - Hystérométrie >11cm
 - Adénomyose ou lésions myomateuses

Endométréctomie et grossesse

- Technique non contraceptive
- Cas de grossesse dans la littérature
- Risque d'anomalie de la placentation

Endométréctomie et cancer

- Pas d'anatomopathologie si laser ou roller-ball
- Parfois découverte d'hyperplasie atypique
- Problème de la surveillance post endométréctomie: synéchies, modifications de la symptomatologie

Résection de l'endomètre

3. Autres techniques

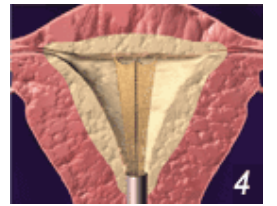
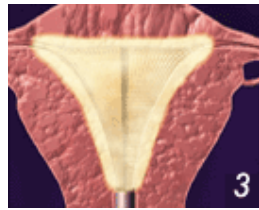
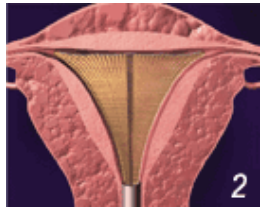
Thermocoagulation de l'endomètre par Thermachoice

- **Technique:** destruction de l'endomètre par une température de 87°C sur un cycle thérapeutique de 8 min avec une pression du ballonnet intra-utérin > 150mmHg, anesthésie locale, prémédication par AINS, en ambulatoire
- **Indications:** ménorragies fonctionnelles au de là de 40 ans, pas de désir de grossesse
- **Contre-indications:** malformation utérine , cancer, infection, relative: allergie latex
- **Effets secondaires:** aménorrhée
- **Efficacité:** supérieure à 80% à 5 ans
- **Complications:** rares 1%

Ablation globale de l'endomètre

Novasure

- **Technique:**
 - dilatation cervicale,
 - insertion dispositif générateur radiofréquence avec réseau d'électrodes bipolaires
 - destruction de l'endomètre sous surveillance de l'impédance tissulaire
 - contrôle de la profondeur de l'ablation
 - arrêt automatique
 - prémédication
 - anesthésie locale
 - Ambulatoire
- **Efficacité 90%**



Comparaison des différentes techniques

- Efficacité globale 70%
- Cochrane 2005: intérêt des techniques de 2ème génération pour simplicité et rapidité, efficacité identique et satisfaction des patientes
- Supériorité du Novasure sur Thermachoice
- Technique plus facile de Thermachoice par rapport à résection avec/sans roller-ball

Conclusion

- Inhomogénéité des séries
- La bonne indication thérapeutique est le meilleur garant du succès
- Nécessité d'un diagnostic anatomopathologique
- Risque de récurrence
- Coût
- Peut être une alternative transitoire à l'hystérectomie