

DILATATION CURETAGE VS RÉSECTION ÉLECTIVE TRANS-HYSTÉROSCOPIQUE DANS LES FAUSSES COUCHES. QUELLE INFLUENCE SUR LA GROSSESSE FUTURE ?

M Luyckx MD^{1,2}, P Jadoul MD^{1,2}, M de Codt¹, C Balza MD^{1,4}, P Forget MD, PhD^{2,3}, Squifflet J MD, PhD^{1,2}, P Bernard MD, PhD⁴.

Objectifs de l'étude : évaluation des taux de grossesse post traitement chirurgical de fausses couches du premier trimestre en fonction du type de chirurgie utilisée : la dilatation et curetage échoguidés (D/C) et la résection trans-hystéroscopique (HSR).

Design : étude de cohorte rétrospective, dans deux services des CUSL ayant une attitude systématiquement différente dans les mêmes situations.

Résultats : 170 patientes dans le groupe D/C et 226 dans le groupe HSR ont été prises en charge dans le service d'Obstétrique pour les D/C et de Gynécologie pour les HSR entre 2009 et 2014. Les taux de complications per-opératoires sont faibles dans les deux groupes, ainsi que les taux de synéchies équivalent dans les deux groupes (autour de 2 %). En termes de grossesses, on observe un plus haut taux de grossesses dans le groupe HSR vs D/C (75% vs 58 % - $p < 0,05$), et une tendance à une obtention plus rapidement en post-opératoire.

Conclusion : l'hystérocopie opératoire est une alternative intéressante pour la prise en charge primaire des fausses couches précoces, décrite pour la première fois dans cet article.

INTRODUCTION

La fausse couche du premier trimestre est une évolution classique de la grossesse (15-20% des cas)¹ et sa prise en charge est continuellement discutée dans la littérature, vu sa fréquence élevée et les possibles conséquences dramatiques de leurs complications sur le devenir obstétrical des patientes. La prise en charge chirurgicale classique est la dilatation curetage, avec aspiration électrique ou non². Des alternatives médicamenteuses par prostaglandines voire d'expectative simple sont régulièrement comparées à la prise en charge chirurgicale classique, sans qu'il n'ait pu être démontré de supériorité d'une stratégie par rapport à une autre en termes d'efficacité et de complications. On note cependant une plus grande fréquence d'interventions non planifiées dans le groupe expectative seule³.

Le curetage « à l'aveugle » comme majoritairement pratiqué est connu pour être à risque de synéchies utérines, et dans sa forme extrême, de syndrome d'Asherman complet⁴. Il est aussi compliqué de restes post-curetage nécessitant régulièrement un deuxième geste endo-utérin. Ces complications compromettent le devenir obstétrical des patientes et sont retrouvées dans +/- 15 % des cas selon la littérature⁵, particulièrement fréquentes lors de curetage pour restes ou curetages répétés⁶. Afin de diminuer ces chiffres et suite aux avancées technologiques tant dans le domaine de l'imagerie que de la chirurgie endoscopique, des nouvelles stratégies chirurgicales ont été développées : le guidage échographique des curetages permet d'être plus précis sur la zone à aspirer et permet de contrôler l'épaisseur de l'endomètre afin de ne pas le décaper inutilement,

entraînant une diminution des restes post-curetage et des synéchies⁷. D'autre part, l'hystérocopie opératoire est depuis plusieurs années proposée comme premier choix dans le traitement des restes post fausse couche (« retained product of conception »)^{8,9}, et une étude prospective est actuellement en cours en France qui randomise l'hystérocopie et la dilation curetage « classique » pour des fausses couches spontanées incomplètes¹⁰. Il n'a jamais été publié à l'heure actuelle de prise en charge chirurgicale première de grossesses précoces arrêtées par hystérocopie opératoire.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'utilisation de l'hystérocopie opératoire (HsR) pour la prise en charge primaire des fausses couches, après une période d'expectative, est un standard depuis de nombreuses années dans le service de Gynécologie et Andrologie des Cliniques universitaires Saint-Luc (CUSL) et d'autre part, les dilatations curetages échoguidés, après échec du traitement médical sont systématiquement réalisés dans le service d'Obstétrique des Cliniques. Après accord du Comité d'éthique des CUSL, nous avons rétrospectivement analysé les données per-opératoires, l'évolution post-opératoire immédiate et à distance des deux groupes de patientes entre janvier 2010 et décembre 2014. L'objectif principal était le taux de grossesses, et le temps nécessaire à la conception. Les restes post-procédure ont également été évalués, avec la nécessité ou non de réintervenir. D'autre part, le taux de synéchies a également été calculé avec comme limitation que les patientes n'ont bénéficié dans aucun des deux groupes d'une hystérocopie systématique post-opératoire. Les données ont été collectées dans les dossiers Medical Explorer® et Diamm®. Ce travail étant un travail purement rétrospectif, les patientes n'ayant pas réalisé leur suivi aux CUSL n'ont pas été recontactées, ne nous permettant pas d'avoir un suivi complet de toute la cohorte. L'analyse statistique a été réalisée conjointement avec le Dr Patrice Forget du service d'Anesthésiologie des CUSL : la normalité des données a été vérifiée à l'aide du test de Kolmogorov-Smirnov. Les variables continues ont été comparées à l'aide du test de Student, et les variables catégorielles ont été comparées à l'aide d'un test de Chi carré. Une valeur de $P < 0,05$ est considérée comme significative. Toutes les analyses ont été réalisées à l'aide du logiciel STATISTICA (data analysis software system) version 7 (Statsoft, Inc., 2004).

Protocoles chirurgicaux

- Dilatation et curetage aspiration (D/C) : l'intervention est réalisée sous rachianesthésie ou légère anesthésie générale (AG). Dilatation cervicale jusqu'à la bougie de Hégar N°10. Sous contrôle d'échographie, exérèse du tissu trophoblastique à la canule d'aspiration, puis passage de la curette sur les 4 faces utérines pour s'assurer de la bonne vacuité utérine. En cas de saignement important, 10 UI de Syntocinon sont administrées en IVD. Antibiothérapie dans +/- 40 % des cas

- Hystérocopie résection (HsR) : l'intervention se réalise habituellement sous une légère AG. Dilatation cervicale jusqu'à la bougie de Hégar numéro 10. Une solution de glycine est utilisée pour la distension et l'irrigation de la cavité. Introduction de l'hystéro-résectoscope (STORZ) avec l'anse courbe et décollement complet du sac sans y pénétrer, en suivant les différentes parois utérines. Pas de courant monopolaire utilisé. Lorsque le sac est totalement décollé, extraction de ce dernier à la pince à polypes par voie transcervicale. Contrôle de la vacuité utérine en repassant l'hystérocopie. En cas de résorption importante de glycine, contrôle biologique en salle de réveil pour exclure une hyponatrémie majeure. En cas de saignement important, 10 UI de Syntocinon sont rajoutées à la perfusion.

RÉSULTATS

Dans le groupe des patientes curetées, au total 228 patientes ont été prises en charge dans la période étudiée, 170 pour des fausses couches précoces et 56 pour des restes placentaires (*retained product of conception*). Toutes les interventions ont été réalisées sous échoguidage. Dans le groupe « fausses couches », le terme moyen de la fausse couche était de 8,42 semaines d'aménorrhée (SA). Nous retrouvons très peu de complications per-opératoires avec 1 déchirure du col et 4 hémorragies immédiates. Pas de perforation utérine relatée. 42 % des patientes ont reçu des antibiotiques en per-opératoire. 178 patientes de la cohorte ont été revues à un mois (21,93% de *lost in follow-up*) et on ne retrouve aucune complication tardive (infection, hémorragie, péritonite). Dans le groupe « fausses couches », 75% des patientes ont reçu une pilule oestroprogestative. 6 patientes dans le groupe fausses couches ont présenté des restes placentaires (4,44 %), dont deux reprises par curetage et 4 par voie transhystérocopique. Dans le groupe « restes placentaires », 6 patientes ont encore présenté des restes (13,95%), 5 traitées par hystérocopie et une sans traitement. Au niveau des synéchies, dans le groupe « fausses couches », 3 patientes ont présenté des synéchies (2,22%) traitées par hystérocopie. Une seule avait présenté des restes post-opératoires qui avaient été traités par hystérocopie, mais étaient très accretés. Dans le groupe « restes placentaires », 2 patientes seulement (4,65%) ont présenté des synéchies, qui n'ont pas été traitées.

Dans le groupe « hystérocopie », 226 patientes ont été prises en charge dans la période donnée, avec 183 patientes prises en charge pour des fausses couches non expulsées après expectative, 43 pour des restes post fausses couches spontanées et 17 pour des restes post-partum. Le terme moyen de diagnostic des fausses couches était de 9,43 SA. Nous retrouvons également très peu de complications, avec une déchirure cervicale et une brèche vaginale. Lors de l'hystérocopie, des anomalies de la cavité utérine ont été diagnostiquées dans 6,55% des cas. Huit patientes ont présenté des restes pour HsR de leur fausse couche (3,5%), toutes après prise en charge de fausses couches non expulsées. Aucun reste résiduel n'a été mis en évidence chez les

patientes reprises pour des restes post expulsion spontanée. Dans le groupe « fausses couches », 1 patiente (0,5%) a présenté des synéchies avec une évaluation de la cavité post-intervention dans 18 % des patientes, alors que post D/C, seulement 12 % des patientes ont eu une évaluation. Des synéchies ont été retrouvées chez 5 autres patientes, toutes prises en charge pour des restes post fausse couche (10%), 3 spontanées, 1 traitée précédemment par D/C et 1 traitée précédemment par HsR.

En termes de grossesses il y a plus de grossesses dans le groupe HS que dans le groupe D/C, avec respectivement 75% et 58 % ($p<0,05$) en analyse univariée, et une obtention d'une grossesse plus rapidement. La différence semble s'amoinrir avec le temps.

DISCUSSION

Nous avons pour la première fois décrit une prise en charge chirurgicale initiale par hystérocopie pour les fausses couches du premier trimestre après expectative et l'avons comparée avec une prise en charge classique par traitement médical et en cas d'échec de dilatation curetage sous contrôle d'échographie. Nous avons montré que la technique est faisable, avec dans les deux groupes, très peu de complications per-opératoires et post-opératoires. Les taux de synéchies sont nettement moins importants dans le groupe HsR que dans le D/C pour les fausses couches non expulsées (0,5 vs 2,22%) ainsi que pour les restes post expulsion spontanée de fausse couche ou précédemment opérées (10,06% vs 13,95%), avec cependant une évaluation de la cavité plus fréquente dans le groupe HsR. Les taux de grossesses sont un peu plus élevés dans le groupe HsR, qui était l'objectif primaire de l'étude et une obtention plus rapide de cette grossesse également. L'utilisation de l'hystérocopie a permis de dépister des anomalies cavitaires dans 6,5 % des cas.

L'hystérocopie est maintenant bien reconnue comme traitement de choix pour la prise en charge des restes post-partum/post fausse couche avec des meilleurs résultats en termes d'échec du traitement et de complications cavitaires⁷. On trouve également dans certaines études des meilleurs taux de grossesse⁸. Pour les prises en charge de fausses couches il n'y a pas un traitement qui a clairement montré sa supériorité par rapport aux autres lors des différentes études randomisées publiées actuellement, avec un peu plus d'hospitalisations non programmées dans le groupe d'expectative. En terme d'impact psychologique, les différentes études ne montrent pas de différence entre les différentes stratégies, en termes de score de dépression et d'anxiété ni d'impact majeur sur leur vie quotidienne¹¹. La stratégie de l'expectative suivie d'une hystérocopie est une alternative intéressante au vu des résultats présentés ici, avec de très bons taux de grossesses et très peu de complications, particulièrement 1 seule patiente avec des synéchies post opératoire (0,5 %). Un autre gros avantage par rapport à un traitement médical, est d'avoir un produit de fausse couche à pouvoir analyser qui dans certaines

situations, en particulier chez les patientes de FIV, est un avantage intéressant. D'autre part, dans cette même population qui a parfois un long et difficile parcours, le traitement médical avec expulsion à domicile est parfois éprouvant et refusé par ces patientes plus fragiles. Le curetage échoguidé montre ici aussi des chiffres de complications nettement moindres que dans des techniques plus classiques, particulièrement les perforations utérines classiquement décrites autour de 5 %¹². Les taux de synéchies sont particulièrement bas dans cette série, probablement liés au fait que la majorité des chiffres retrouvés dans la littérature concernent les curetages post-restes, qui tournent plutôt autour de 10-15 %, ce que nous retrouvons également dans cette sous-population.

Une grosse limitation de cette étude est l'absence de suivi systématique des patientes dans les deux groupes, avec probablement plus de patientes suivies dans le groupe HsR vu le rendez-vous post-opératoire donné systématiquement, ce qui n'est pas le cas dans le groupe D/C et donc un potentiel bas pour le taux de grossesses. D'autre part, il est regrettable pour obtenir une idée plus précise du taux de synéchies dans les deux groupes que les patientes n'aient pas réalisé une hystérocopie systématique post-opératoire.

CONCLUSIONS

La prise en charge des fausses couches du premier trimestre reste un challenge quotidien, avec différentes prises en charge possibles dont les études randomisées n'ont pu montrer de supériorité de l'une par rapport à l'autre. Nous décrivons ici pour la première fois une série de prises en charge hystérocopiques premières après expectative en la comparant à une prise en charge classique par traitement médicamenteux, puis, si échec, dilatation et curetage sous contrôle échographique. L'hystérocopie résection permet un taux de synéchies très bas, parfois dans des situations difficiles avec un taux de grossesses de 75% (vs 58 % dans le groupe D/C) et une obtention plus rapide de celles-ci. Le caractère rétrospectif de cette étude et l'absence de suivi systématique des patientes sont une source de bas potentiel. Une étude prospective randomisée devrait être proposée pour obtenir des réponses statistiquement plus solides. Il s'agit cependant d'une alternative intéressante chez certaines patientes, en particulier les patientes de FIV, et surtout les patientes ayant des antécédents de pathologie cavitaires ancienne et/ou de curetages répétés, très à risque de synéchies utérines.

RÉFÉRENCES

1. Hemminki E. Treatment of miscarriage: current practice and rationale. *Obstet Gynecol* 1998;91:247-53.
2. Sur S, Raine-Fenning N. The management of miscarriage. *Best practice Res Clin Obstet Gynaecol* 2009; 23(4):479-491.
3. Nanda K, Lopez L, Grimes D, Peloggia A, Nanda G. Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. *Cochrane Database of Systematic review* 2012; Issue 3. Art No.: CD003518.
4. Gilman Barber A, Rhone S, Fluker M. Curettage and Asherman's syndrome-lessons to (re)learn? *J Obstet Gynaecol Can* 2014;36(11):997-1001.
5. Salzani A, Yela D, Gabiatti J, Bedone A, Monteiro I. Prevalence of uterine synechia after abortion evacuation curettage. *Sao Paulo Med J* 2007;125:261-264.
6. Hooker A, Lemmers M, Thukow A, Heymans M, Opmeer B, Broilmann H, Mol B, Huime J. Systematic review and meta-analysis of intrauterine adhesions after miscarriage: prevalence, risk factors and long-term reproductive outcome. *Human Reprod Update* 2013; 0(0): 1-17.
7. Rein D, Schmidt T, Hess A, Volkmer A, Schöndorf T, Breidenbach M. Hysteroscopic management of residual trophoblastic tissue is superior to Ultrasound-guided Curettage. *J Minim Invasive gynecol* 2011;18(6):774-778.
8. Cohen S, Kalter-Ferber A, Weisz B, Zalel Y, Seidman D, Mashiach S, Lidor A, Zolti M, Goldenberg M. Hysteroscopy may be the method of choice for management of residual trophoblastic tissue. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 2001 May;8(2):199-202.
9. Ben-Ami I, Melcer Y, Smorgick N, Schneider D, Pansky M, Halperin R. A comparison of reproductive outcomes following hysteroscopic management versus dilatation and curettage of retained products of conception. *Int J Gynaecol Obstet* 2014 Oct;127(1):86-9.2014;127: 86-89.
10. Huchon C, Koskas M, Agostini A et al. Operative hysteroscopy versus vacuum aspiration for incomplete spontaneous abortion (HY-PER): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* (2015) 16:363. DOI 10.1186/s13063-015-0900-1.
11. Trinder J, Brocklehurst P, Porter R, Read M, Vyas S, Smith L. Management of miscarriage: expectant, medical or surgical? Results of randomised controlled trial (miscarriage treatment (MIST) trial). *BMJ* doi:10.1136/bmj.38828.593125.55 (published 17 May 2006).
12. Rock J, Jones H. *Telinde's Operative Gynecology*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/ Lippincott Williams & Wilkins; 2008.

AFFILIATIONS

- ¹ Service de Gynécologie et Andrologie, Cliniques universitaires Saint-Luc.
- ² IREC institut Recherche Clinique, Université Catholique de Louvain
- ³ Service d'Anesthésiologie, Cliniques universitaires Saint-Luc
- ⁴ Service d'Obstétrique, Cliniques universitaires Saint-Luc

Correspondance

DR. MATHIEU LUYCKX

Cliniques universitaires Saint-Luc
Service de Gynécologie et Andrologie
Avenue Hippocrate 10
B-1200 Bruxelles
mathieu.luyckx@uclouvain.be