

FAISONS LE POINT SUR

LES SYNÉCHIES UTÉRINES

De la prévention à la prise en charge



Avec la collaboration du Pr Fernandez, du Pr Grynberg,
de la commission Infécondité, AMP, préservation de la fertilité du CNGOF
et du Dr Landowski

* Chef du service Gynécologie-Obstétrique - CHU Kremlin-Bicêtre. Conseiller spécial et membre du bureau du CNGOF.

** Chef du service Médecine de la reproduction et préservation de la fertilité. Hôpital Antoine Bécère - Clamart. Président de la commission Infécondité, AMP, préservation de la fertilité du CNGOF.

*** Membre du CNGOF. Ancien praticien attaché dans le service de chirurgie gynécologique du CHU Cochin Port Royal. Ancien enseignant au DU de chirurgie coelioscopique gynécologique et au DU de régulation des naissances, Paris V. Membre du réseau Gynécosphère. Rédacteur en chef des sites www.gynecosphere.com et www.hysteroscopie.org.

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.

SYNÉCHIES, FAISONS LE POINT

Les synéchies sont assez peu connues et parfois difficiles à traiter. Pourtant, les synéchies sont un facteur d'infertilité. Une cause d'infertilité que l'on peut traiter et dont la bonne prise en charge conditionne la fertilité des femmes qui en sont atteintes. Un point clé pour toutes les femmes en désir de grossesse.

Nous souhaitons donc faire le point sur la prise en charge de cette cause d'infertilité. L'objectif est d'exposer les principaux points de la cure de synéchie qui repose tout d'abord sur une technicité et une expertise que seul un chirurgien expérimenté dans la chirurgie par voie hystéroscopique peut maîtriser.

Un mot d'ordre : « *ne jamais lâcher une cavité utérine atteinte de synéchies* ». Pour les femmes, c'est ne jamais lâcher l'espoir d'une grossesse.

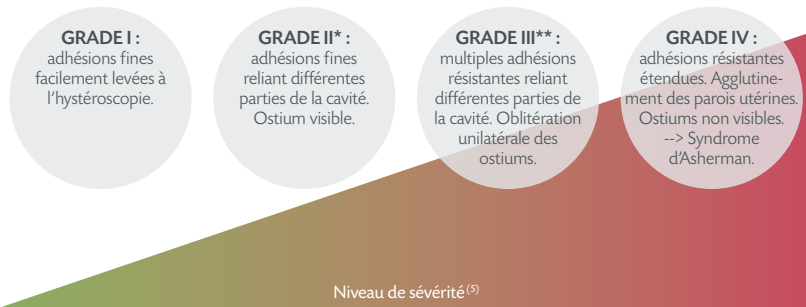


Pr Hervé Fernandez*
Pr Michaël Grynberg**
Dr Philippe Landowski***

LES SYNÉCHIES

Ce terme désigne une adhésion partielle ou complète des parois utérines. Les synéchies peuvent concerner différentes parties de l'utérus : corps utérin, isthme et canal cervical⁽¹⁻⁴⁾.

À terme, les synéchies évoluent habituellement vers un tissu fibreux qui rend leur traitement plus difficile. Les niveaux de sévérité sont les suivants⁽⁵⁾ :



* Grade IIa : adhésions occluant uniquement l'orifice cervical interne.

** Grade IIIa : parois utérines cicatricielles avec aménorrhée ou oligoménorrhée. Le grade IIIb correspond à l'association des grades III et IIIa.

LE RÔLE DES SYNÉCHIES DANS L'INFERTILITÉ⁽⁶⁾

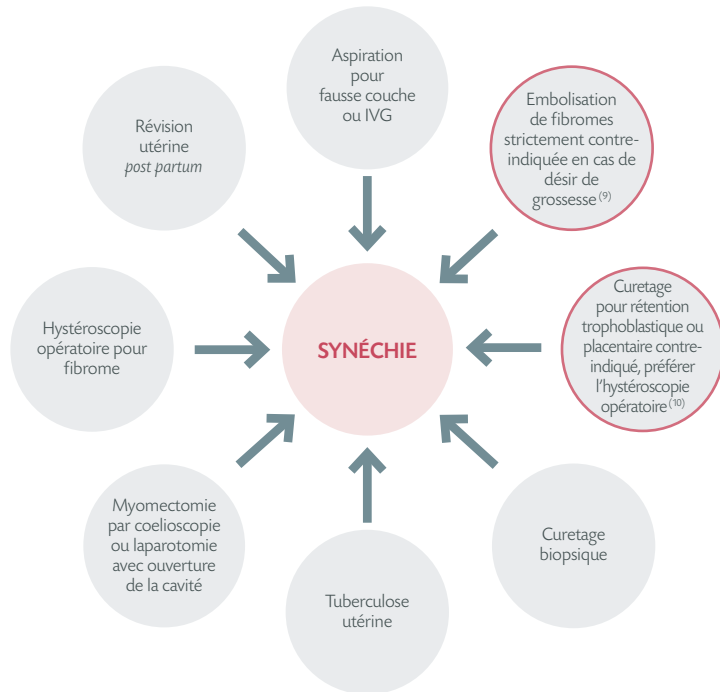
Les synéchies ont un impact majeur sur la fertilité, c'est pourquoi il est important d'être attentif à ce potentiel diagnostic chez les femmes ayant un désir de grossesse.

En effet, les synéchies sont à l'origine **d'un défaut d'implantation de l'embryon**, notamment quand elles touchent le fond utérin. Elles peuvent également agir **en amont de la fécondation**, du fait de leur impact potentiel sur :

- L'altération de la migration des spermatozoïdes ;
- l'altération vasculaire endométriale ;
- La réduction de la taille et de l'expansion de la cavité utérine.

UNE ORIGINE TRAUMATIQUE OU INFECTIEUSE, SUR UTÉRUS GRAVIDE OU NON (3,7)

Les synéchies trouvent leur origine dans les événements suivants. En cas de désir de grossesse, certains actes sont à proscrire, les autres situations doivent faire l'objet d'un suivi par hystéroscopie diagnostic 6 semaines après (8).



LA CONDUITE À TENIR

Face à ces situations, avoir à l'esprit le possible développement d'une synéchie car son diagnostic précoce permet un meilleur traitement.

LE DIAGNOSTIC

Le diagnostic des synéchies repose à la fois sur la **symptomatologie** et l'**imagerie** qui permet de diagnostiquer concrètement les synéchies et leur étendue.

1. Signes cliniques^(7,11,12)

Les symptômes rapportés par les patientes et qui doivent alerter sont les suivants :

- Aménorrhée
- Oligoménorrhée
- Infertilité
- Fausses couches à répétitions

En présence de l'un de ces symptômes, il est important **d'investiguer grâce à une ou plusieurs techniques d'imagerie.**

2. Place de l'imagerie^(1,4,11)

Trois techniques d'imagerie permettent d'évaluer la vacuité de la cavité utérine et des trompes :

- **Hystéroscopie diagnostique**
- Echographie pelvienne tridimensionnelle
- Hystérosonographie

Ces différentes techniques sont également des outils nécessaires au suivi. Suivi capital pour éviter les récidives.



© Dr Philippe Landowski

→ Le gold standard reste l'hystérocopie diagnostique avant tout. Elle permet de poser le diagnostic, elle a également l'intérêt de permettre parfois le traitement immédiat des synéchies, notamment lorsqu'elles sont légères.

LE SUIVI APRÈS DES ACTES POUVANT GÉNÉRER DES SYNÉCHIES ⁽¹³⁾

L'hystérocopie diagnostique peut notamment être envisagée précocement dans certains contextes comme une infertilité en cours de traitement, des infections ou des actes qui ont été compliqués et pouvant générer les synéchies : révision utérine après un accouchement, aspiration pour fausse couche ou IVG, curetage biopsique, curetage pour rétention placentaire post-partum, hystérocopie opératoire pour fibrome, myomectomie par laparotomie ou cœlioscopie avec ouverture de la cavité, tuberculose utérine. Une fièvre au décours de ces infections ou de ces actes, même s'ils ont été simples, est également un signal d'alarme.

L'objectif étant de poser précocement le diagnostic ce qui est gage d'une meilleure prise en charge.

LA CONDUITE À TENIR

Devant un des signes d'alertes des synéchies, il est recommandé d'interroger la patiente sur ses antécédents médicaux et de prescrire un examen d'imagerie avant de demander l'avis d'un spécialiste expérimenté dans la prise en charge des synéchies.

LA PLACE DE L'HYSTÉROSCOPIE DIAGNOSTIQUE DANS LA CURE DE SYNÉCHIE (2)

L'hystéroscopie diagnostique permet de confirmer le diagnostic, mais elle a également un **intérêt curatif**. Au cours de l'examen, la distension de l'utérus par le sérum physiologique et l'effondrement mécanique par l'extrémité de l'hystéroscope peuvent suffire à lever les synéchies récentes et superficielles.

L'HYSTÉROSCOPIE OPÉRATOIRE (2)

Après confirmation du diagnostic et si l'hystéroscopie diagnostique n'a pas suffi à lever la synéchie, **l'intérêt d'une intervention se discute notamment en fonction d'un désir de grossesse**. Dans ce cas, le **goldstandard est l'hystéroscopie opératoire** sous contrôle échographique per opératoire. Fiable et peu contraignante, l'hystéroscopie opératoire est efficace même si elle est parfois difficile. Une oestrogénothérapie préopératoire est parfois utile pour identifier des foyers résiduels d'endomètre⁽⁴⁾.

En pratique, le résectoscope bipolaire permet d'effectuer la cure de synéchie. Cette cure débute par la région isthmique en progressant vers le fond de la cavité.

SYNÉCHIES MINCES ET CENTRALES

Levées dans un **premier temps** pour permettre une distension plus importante de l'utérus.

ADHÉSIONS PLUS DENSES, LATÉRALES

- Traitées à la **fin de l'intervention**
- Plusieurs interventions peuvent être possibles en cas de **synéchie complexe** ; il s'agit alors d'une véritable chirurgie de reconstruction

RISQUE OPÉRATOIRE : PERFORATION UTÉRINE

Pour diminuer ce risque, il est recommandé d'opérer sous contrôle échographique pour les synéchies de types 3 et 4⁽³⁾.

OBJECTIFS

Obtenir une cavité utérine normale. Dans l'idéal, les ostiums doivent être visibles. Si ce résultat n'est pas atteint, une cavité utérine restaurée peut permettre une grossesse par FIV.

PRÉVENTION DES RÉCIDIVES ⁽¹⁾

Prévenir les récidives de synéchies, après hystéroscopie opératoire ou après un acte ayant pu générer des synéchies ⁽⁷⁾, passe par 3 mesures :

1. **Hystéroscopie diagnostique de contrôle six semaines post opératoire** pour lever les accolements superficiels.
 2. Parfois dans les synéchies très complexes, intérêt de **l'hystérosonographie** afin de rechercher un passage tubaire témoin des limites de la cavité utérine.
- Autre artifice éventuel pour éviter les récidives : gel hyaluronique.

→ Il est à noter que **les récidives sont surtout éviter par l'expertise du chirurgien lors du geste opératoire, le matériel utilisé et le suivi par hystéroscopie diagnostique.**

LA CONDUITE À TENIR

Orienter la patiente vers un chirurgien expérimenté. Le suivi de la patiente en post opératoire, grâce à l'hystéroscopie diagnostique, permet de s'assurer de l'absence de récurrence ou de lever les synéchies récidivantes.

LA RESTAURATION DE L'ENDOMÈTRE EST LA CLÉ DE LA FERTILITÉ EN POST-SYNÉCHIE ⁽¹⁴⁾

Retrouver une cavité utérine intègre est la première étape vers le regain de fertilité. Une première étape nécessaire mais pas suffisante. L'évolution de l'endomètre est la clé de la restitution de la fécondité.

Il est donc nécessaire de surveiller son épaisseur par échographie en phase folliculaire (>7 mm* en fin de phase folliculaire). Si l'épaisseur endométriale n'atteint pas ce seuil, le traitement repose sur une oestrogénothérapie.



ÉVALUER

PAR ÉCHOGRAPHIE
L'ÉPAISSEUR DE
L'ENDOMÈTRE
AVANT LA PRISE EN
CHARGE ⁽⁴⁾



OBJECTIFS

OBTENIR
UN ENDOMÈTRE >
7 MM

Bien entendu, les synéchies et ses conséquences peuvent ne représenter qu'une partie du tableau de l'infertilité. **La vigilance est donc de mise, il ne faut pas oublier les facteurs associés d'infécondité** féminine mais aussi masculine qui sont à traiter dans le même temps.

* De 6 à 9 mm selon les publications.

LA PRISE EN CHARGE PLURIDISCIPLINAIRE À ENVISAGER ⁽¹⁵⁾

Dans le cas des synéchies simples, récentes et superficielles la qualité de l'endomètre peut être préservée : **d'où la nécessité d'intervenir tôt, avant l'ancrage de la synéchie.**

Dans le cas des synéchies complexes, récidivantes, la restitution d'une cavité normale et d'un endomètre trophique est la réelle difficulté.

LA CONDUITE À TENIR

Notamment dans le cas des synéchies complexes, récidivantes, une collaboration précise entre le chirurgien et le médecin de la reproduction est nécessaire.

ENVISAGER LES RISQUES PENDANT LA GROSSESSE ⁽¹⁶⁾

Les complications liées à d'anciennes synéchies sont exceptionnelles et ne sont à évoquer qu'une fois le premier trimestre de la grossesse passé.

Ces complications sont les suivantes :

- Placenta accreta
- Placenta praevia
- Déhiscence utérine

ENVISAGER LES RISQUES À L'ACCOUCHEMENT ⁽¹⁷⁾

Les complications liées aux synéchies survenant lors de l'accouchement ne concernent que les synéchies récidivantes, anciennes qui ont été difficiles à traiter. Ce type de synéchies est en effet un facteur de risque d'anomalies de l'insertion placentaire donc un facteur de risque d'hémorragie postnatale.

LA CONDUITE À TENIR

Suivi obstétrical simple et échographique de qualité associé à une anticipation du mode et du lieu d'accouchement.

→ En l'absence de délivrance spontanée ou naturelle : délivrance artificielle.

1. **March CM.** Management of Asherman's syndrome. *Reprod Biomed Online.* 2011;23:63-76.
2. **Conforti A et al.** The management of Asherman syndrome: a review of literature. *Reprod Biol Endocrinol.* 2013;11:118.
3. **Bricou A et al.** Synéchies utérines. *EMC - Gynécologie* 2009:1-13 [Article 158-A-10].
4. **Myers EM, Hurst BS.** Comprehensive management of severe Asherman syndrome and amenorrhea. *Fertil Steril.* 2012;97:160-4.
5. **Wamsteker K.** European Society for Hysteroscopy (ESH) classification of IUA. 1989.
6. **Copin H et al.** Comment améliorer l'implantation? *JTA* 2011.
7. **Fjgin MD et al.** Retained Placental Tissue as an Emerging Cause for Malpractice Claims. *Am J Med Assoc J.* 2014;16:502-5.
8. **Di Spezio A et al.** Efficacy of hysteroscopy in improving reproductive outcomes of infertile couples: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update.* 2016;22:479-96.
9. **Gupta JK et al.** Uterine artery embolization for symptomatic uterine fibroids. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012;5:CD005073.
10. **Sroussi J, Benifla JL.** Résection de résidu trophoblastique et placentaire. *CNGOF.*
11. **AAGL** Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide. *AAGL. Practice Report: Practice Guidelines for Management of Intrauterine Synechiae.* *J Minim Invasive Gynecol.* 2010;17:1-7.
12. **Hanstede MM et al.** Results of centralized Asherman surgery, 2003–2013. *Fertil Steril.* 2015 Dec;104:1561-8.e1.
13. **Guriet B, Cravello L.** Treatment of uterine synechiae. *La Lettre du Gynécologue - n° 307 - décembre 2005.*
14. **Shufaro Y et al.** Thin unresponsive endometrium—a possible complication of surgical curettage compromising ART outcome. *J Assist Reprod Genet.* 2008;25:421-5.
15. **Cicek N et al.** Vitamin E effect on controlled ovarian stimulation of unexplained infertile women. *J Assist Reprod Genet.* 2008;25:421-5. *J Assist Reprod Genet (2012) 29:325–328.*
16. **Fernandez H et al.** Fertility after treatment of Asherman's syndrome stage 3 and 4. *J Minim Invasive Gynecol.* 2006;13:398-402.
17. **Benifla JL.** Place de l'hystérocopie dans la prise en charge de l'infertilité. *JTA.* 2010.

A series of horizontal dotted lines for writing notes.

POINTS CLÉS (1)

La prise en charge des synéchies repose sur :

- la prévention,
- l'anticipation,
- un traitement global
- une surveillance adaptée des grossesses ultérieures,
- une surveillance régulière et une formation permanente.

DISPOSITIF DE L'OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES SYNÉCHIES

BROCHURE
PATIENTE

DOSSIER
WEB