

Pathologie bénigne de l'endomètre

PLAN DU CHAPITRE

Polypes de l'endomètre	109	Atrophie de l'endomètre	
Hyperplasie de l'endomètre	111	après la ménopause	118
Synéchies traumatiques	116		

OBJECTIFS

- Diagnostiquer et traiter un polype de l'endomètre. **(B)**
- Diagnostiquer et traiter une hyperplasie de l'endomètre. **(B)**
- Diagnostiquer et traiter une synéchie utérine. **(C)**
- Diagnostiquer et traiter une atrophie de l'endomètre. **(B)**

Nous voudrions dans ce chapitre faire le point sur :

- les polypes ;
- les hyperplasies ;
- les synéchies de l'endomètre ;
- l'atrophie.

Polypes de l'endomètre

Le polype de l'endomètre est fait de tissu endométrial, sa taille est variable, pouvant remplir toute la cavité utérine. Son pédicule est plus ou moins long, permettant la sortie du polype par l'orifice cervical.

Les polypes peuvent être soit uniques, soit multiples.

Aspect microscopique

Les polypes ressemblent à de l'endomètre fonctionnel ou non fonctionnel.

On les distingue facilement des fibromes pédiculés qui contiennent du muscle lisse. Il faut savoir que macroscopiquement un adénocarcinome, un sarcome peuvent avoir un aspect polypoïde.

Clinique

Les polypes entraînent la plupart du temps des hémorragies, surtout lorsqu'ils sont volumineux ou accouchés par le col. Il

s'agit en général de ménorragies, ou de ménométrorragies, en règle d'importance modérée, parfois importantes.

En cas de nécrose, ils peuvent s'accompagner de douleurs, de coliques expulsives, de pertes noirâtres.

Dans 6 à 10 % des cas, ils sont parfaitement asymptomatiques et découverts à l'échographie vaginale, à l'hystérocopie, à l'hystérogographie ou lors de l'examen de la pièce d'hystérectomie dont on a fait l'exérèse pour un autre motif.

L'association à un cancer de l'endomètre est fréquente après la ménopause (10 à 15 % des cas), en revanche le polype est rarement cancéreux proche de 5 % après la ménopause ou si la patiente saigne et moins de 2 % si elle est non ménopausée ou en l'absence de saignement.

Certains polypes montrent, à l'examen anatomopathologique, une hyperplasie de l'endomètre. Il s'agit d'une forme localisée d'hyperplasie qui peut alors récidiver, s'associer à un cancer ou faire le lit de ce dernier. Ils devront donc recevoir un traitement approprié.

Diagnostic

Diagnostic clinique

Le diagnostic peut être clinique :

- si le polype apparaît au niveau du col ; 5 % des polypes qui apparaissent au niveau du col sont des polypes de l'endomètre, l'orifice externe du col étant évasé et le col entrouvert ;
- un authentique polype du col peut être associé, dans 15 % des cas environ, à un polype endométrial. Il faudra donc toujours le rechercher.

Échographie vaginale (figure 8.1)

Elle permet parfois de voir le polype intracavitaire, d'en mesurer la taille, de localiser le pédicule. L'échosonographie

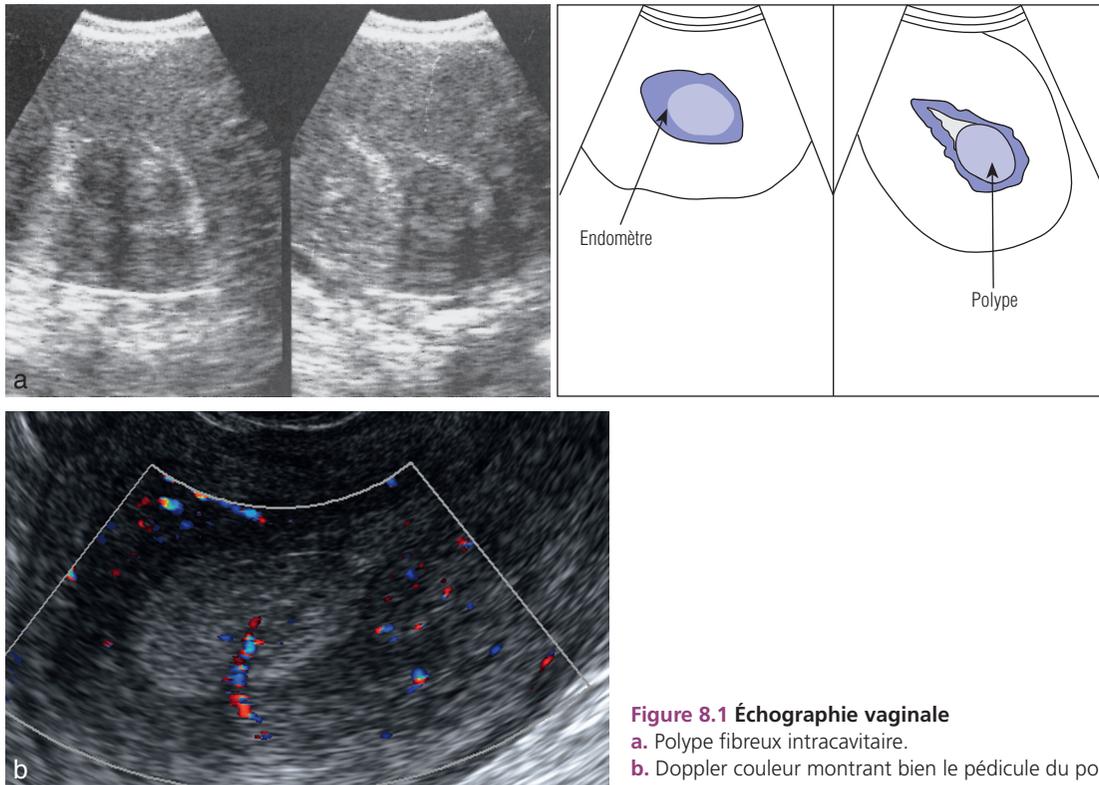


Figure 8.1 Échographie vaginale

a. Polype fibreux intracavitaire.

b. Doppler couleur montrant bien le pédicule du polype.

améliore les performances de l'échographie. Le doppler couleur permet de différencier le polype, qui a un pédicule vasculaire central, du fibrome dont la vascularisation principale est périphérique en couronne.

Hystérocopie (figure 8.2)

L'**hystérocopie diagnostique**, pratiquée en ambulatoire, permet de voir le polype, d'apprécier sa topographie, son unicité ou sa multiplicité.

L'**hystérocopie opératoire** faite sous anesthésie locorégionale ou générale permet l'exérèse du ou des polypes et la vérification de la vacuité utérine.

Hystérogaphie (figures 8.3 et 8.4)

Elle est moins utilisée actuellement sauf dans le cadre du bilan d'une infertilité.

Les polypes se traduisent par une lacune arrondie ou ovale, régulière à contour bien dessiné, de taille variable, visible sur plusieurs clichés en particulier ceux du remplissage, de l'évacuation ou de profil.

L'examen anatomopathologique permet seul de faire un diagnostic certain et d'affirmer la bénignité.

Traitement

Le traitement du polype est son ablation. Elle peut se discuter si la patiente est asymptomatique et non méno-



Figure 8.2 Aspect hystérocopique d'un polype de l'endomètre.

pausée. Elle est faite le plus souvent avec un résecteur hystérocopique (cf. figure 8.3) ce qui permet de ne pas faire un geste aveugle, et de bien vérifier l'exérèse de la totalité du polype.

Le curetage après dilatation du col peut aussi être utilisé. On vérifiera avec l'hystérocopie que l'exérèse a bien été complète. On peut aussi pour cela comparer le volume du polype retiré avec les dimensions du polype vu en échographie.

Le curetage peut être insuffisant, le polype peut se reproduire. On peut être amené à proposer une autre résection hystérocopique ou en cas d'échec une hystérectomie totale conservant ou non les ovaires en fonction de l'âge de la femme.

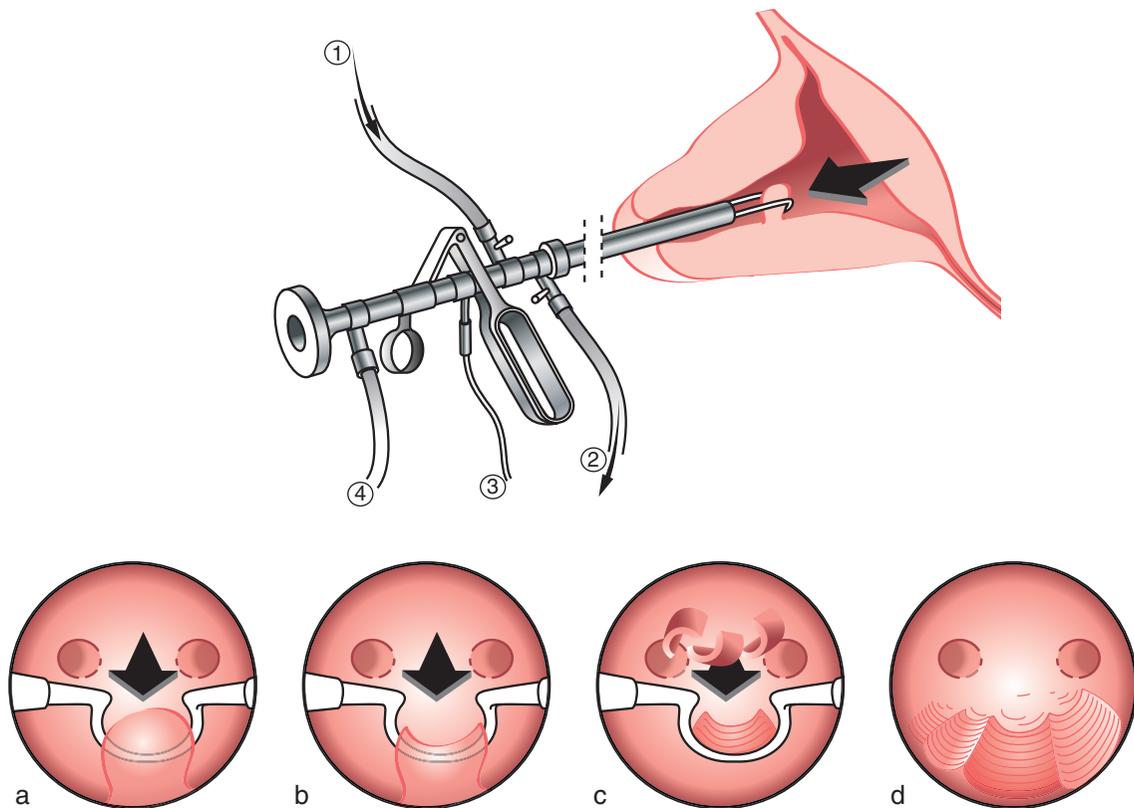


Figure 8.3 Résection à l'anse diathermique d'un polype sous-muqueux de 1 cm de diamètre. **Vue opératoire.** 1. Arrivée du glycocolle. 2. Sortie du glycocolle. 3. Branchement électrique. 4. Lumière froide. **a.** Vue endoscopique : la résection se fait en attirant l'anse vers l'opérateur. **b.** Deuxième résection. **c.** Résection de la portion intramyométriale du fibrome. Les copeaux sont refoulés au fond de la cavité pour ne pas gêner la vision. **d.** Aspect de la cavité à la fin de la résection.

Hyperplasie de l'endomètre

(planche 8.1.e à k)

L'hyperplasie endométriale correspond à une prolifération architecturale et cytologique des glandes et du stroma de l'endomètre. L'endomètre est épais dans tout ou partie de sa surface; la muqueuse « godronne » pouvant former des polypes qui s'échappent par le col. En général, l'épaississement de la muqueuse s'arrête au niveau de l'isthme.

L'étiopathogénie de ces hyperplasies est mal connue. Elle semble liée à une hyperstimulation œstrogénique endogène (dysovulation, OPK, obésité, tumeur ovarienne) ou exogène (traitement hormonal). D'autres facteurs de risque sont souvent associés : diabète, hypertension artérielle. Les causes fonctionnelles sont les plus fréquentes et liées aux dysovulations de la période pubertaire ou de la femme de plus de 40 ans.

Étude microscopique

Les hyperplasies se définissent par l'augmentation en nombre et en densité des éléments normaux de l'endomètre. Les tubes sont plus nombreux, le stroma cytogène plus riche.

Il faut séparer :

- **l'hyperplasie simple** qui correspond à une densification des glandes avec augmentation du rapport glande sur stroma;
- **l'hyperplasie complexe** qui correspond aux lésions comportant une très forte densification des glandes et une augmentation importante du rapport glandes/stroma avec hétérogénéité et complexité des structures glandulaires;
- **l'hyperplasie simple avec atypies** qui correspond aux lésions d'hyperplasie simple associées à des atypies cellulaires;
- **l'hyperplasie complexe atypique** qui correspond aux lésions d'hyperplasie complexe associées à des atypies cellulaires et nucléaires.

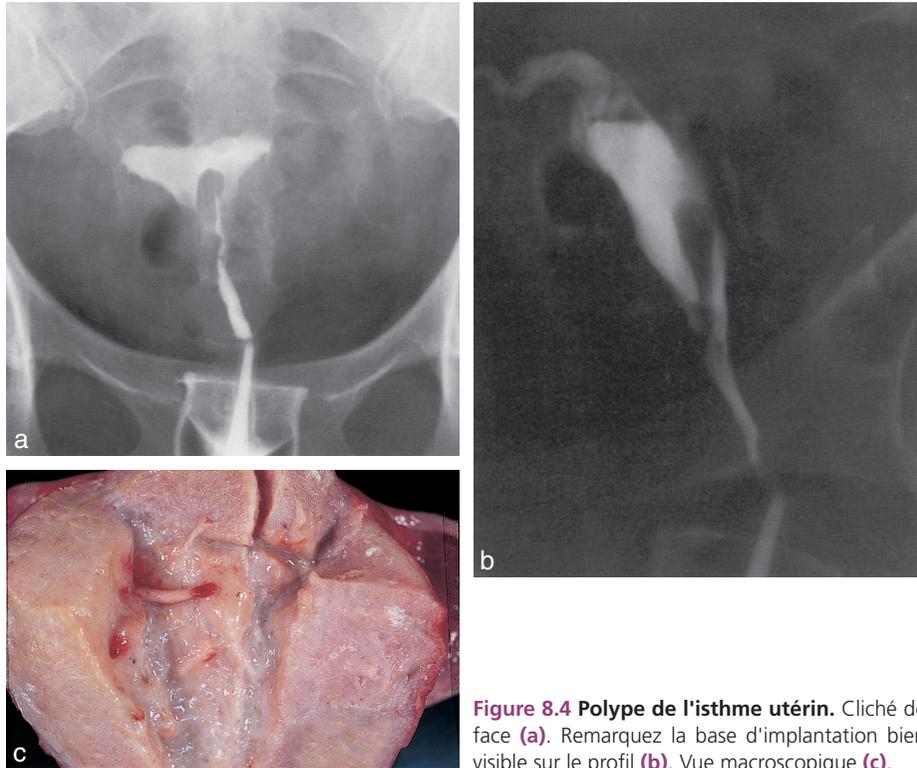


Figure 8.4 Polype de l'isthme utérin. Cliché de face (a). Remarquez la base d'implantation bien visible sur le profil (b). Vue macroscopique (c).

Étude clinique

L'hyperplasie se traduit par des ménorragies survenant de préférence à la période préménopausique (à cette période l'ovulation est absente), mais aussi à la période pubertaire ou au cours de la période d'activité génitale.

Un bilan s'impose pour faire le diagnostic, préciser le type histologique et définir le caractère organique ou fonctionnel de l'hyperplasie. Il repose sur la notion d'anovulation, de dysovulation (âge de la patiente, courbes thermiques), sur l'échographie, l'hystérocopie, voire l'hystérogographie et l'étude anatomopathologique.

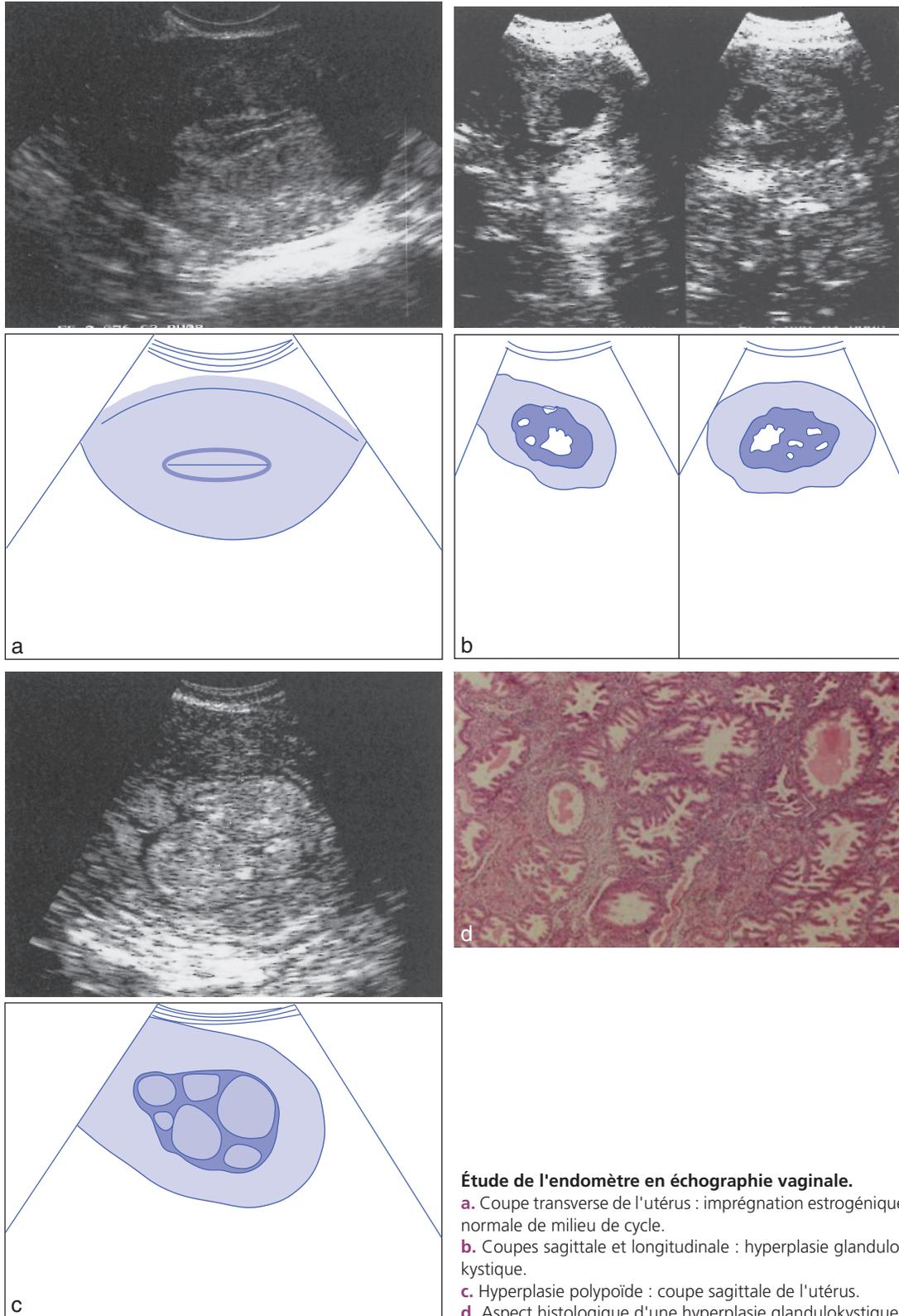
L'échographie (planche 8.1.a à d) surtout vaginale permet de mesurer l'épaisseur de l'endomètre. Les valeurs seuils maximales habituellement retenues sont : 8 mm en première partie de cycle, 12 mm en deuxième partie, 5 mm au cours de la ménopause sans TSH et 8 mm avec TSH (Merviel *et al.*, 2000). On peut aussi observer une hyperéchogénéité franche et des microkystes en cas d'hyperplasie glandulokystique. Cette hyperplasie est visible sur toutes les coupes sagittales ou transversales. Elle n'est cependant pas la preuve du diagnostic qui ne peut être apportée que par l'histologie.

L'échographie permet aussi de rechercher une autre cause de saignements : polypes, fibromes, adénomyose, voire cancer de l'endomètre, qui peuvent aussi être associés à l'hyperplasie. Enfin, elle permet de rechercher une cause d'hyperplasie comme une tumeur sécrétante de l'ovaire ou un ovaire micropolykystique.

L'hystérosonographie permet d'améliorer la sensibilité diagnostique de l'échographie. Le doppler couleur associé au doppler énergie permet de réaliser une cartographie vasculaire fine de l'utérus. La présence dans l'endomètre de néovaisseaux et une baisse de résistance des artères utérines, avec disparition du notch protodiastolique associé à une irrégularité muqueuse, font craindre l'apparition d'un cancer. Au contraire, un flux à moyenne résistance avec notch protodiastolique est plus rassurant.

L'échographie associée au doppler voire à l'hystérosonographie permet une approche du diagnostic, des facteurs de gravité et élimine une autre cause de saignement utérine ou ovarienne. Elle est insuffisante pour apprécier le type de gravité des lésions qui ne sera fourni que par l'anatomie pathologique.

Planche 8.1 Imagerie de l'hyperplasie de l'endomètre



Étude de l'endomètre en échographie vaginale.

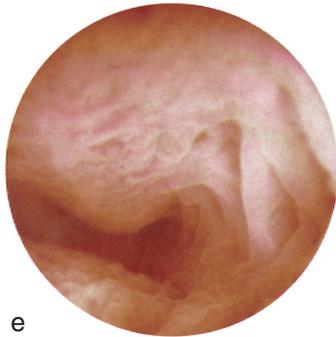
a. Coupe transverse de l'utérus : imprégnation estrogénique normale de milieu de cycle.

b. Coupes sagittale et longitudinale : hyperplasie glandulokystique.

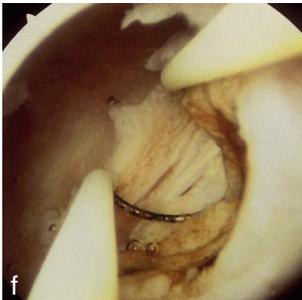
c. Hyperplasie polypoïde : coupe sagittale de l'utérus.

d. Aspect histologique d'une hyperplasie glandulokystique.

Planche 8.1 Suite



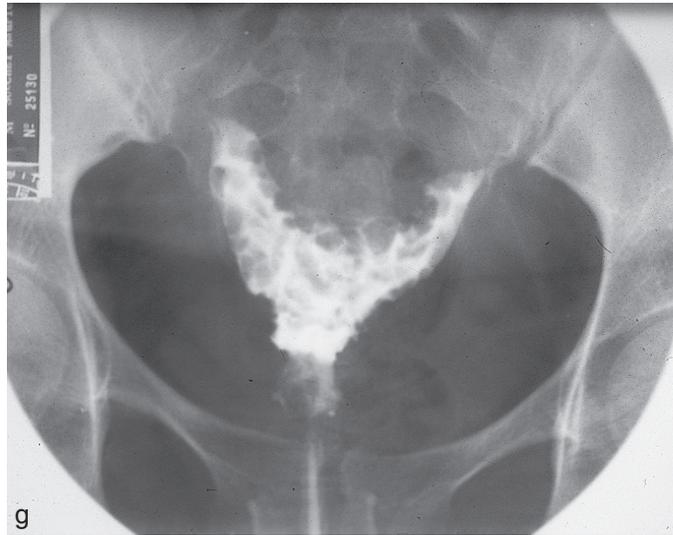
e



Aspect hystéroscopique d'une hyperplasie de l'endomètre.

e. Avant résection.

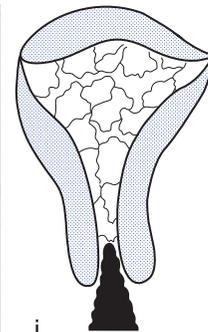
f. Au cours de la résection.



g



h



i

Madame D. a 40 ans, des ménorragies, un utérus un peu gros au toucher vaginal.

g, h, i. L'hystérographie montre une cavité utérine agrandie, les bords sont festonnés. Il existe des images de tonalité variable polycycliques occupant toute la cavité utérine; ceci est constant sur tous les clichés. Cet aspect réalise l'image dite en fromage de gruyère, en nid d'abeilles, signant l'hyperplasie de l'endomètre.



j



k

Même malade que sur les figures g, h, i.

j et k. On remarque une hyperplasie typique. j, qui disparaît après un traitement progestatif. k.

L'hystérocopie (planche 8.1.e et f) permet une visualisation complète de la cavité utérine, de faire le diagnostic d'hyperplasie diffuse ou polypoïde et de prélever les zones les plus douteuses. Malgré la visualisation de la cavité utérine et la réalisation de biopsies dirigées, il persiste 3 % de faux négatifs dans le diagnostic des hyperplasies atypiques voire des cancers (Sorenson *et al.*, 1996).

L'hystérogaphie (planche 8.1.g à k) est actuellement moins employée mais peut montrer :

- des images lacunaires polycycliques de tonalité variable à contours nets, réalisant une image en fromage de gruyère ou pseudo-polypoïde ;
- des anomalies du contour utérin de tonalité variable réalisant une cavité à bords festonnés, ondulés ou dentelés.

Ces images peuvent être localisées ou diffusées à tout l'utérus.

Une image radiologique normale n'élimine pas le diagnostic. Les images que nous avons décrites sont plus visibles sur les premiers clichés lors de l'imprégnation en couche mince de la cavité utérine, et sur les derniers lors de l'évacuation.

Évolution

Après un curetage, l'hyperplasie récidive dans 30 % des cas si on ne met pas fin à l'hyperestrogénie. L'hyperplasie peut coexister avec un cancer dans 15 % des cas environ. Le risque majeur de ces hyperplasies est l'évolution vers le cancer de l'endomètre. Le potentiel prénéoplasique est de 1 à 3 % pour les hyperplasies simples ou complexes et de 10 à 27 % pour les hyperplasies atypiques (Terakawa, 1997).

C'est dire que le traitement et la surveillance de la maladie hyperplasiantes sont liés et placés sous le signe du diagnostic précoce du cancer de l'endomètre.

Traitement

Traitement médical

Il doit être utilisé en premier.

Progestatifs. Deux types de progestatifs peuvent être utilisés :

- les dérivés de la progestérone naturelle : progestérone micronisée (Utrogestan[®]), dydrogestérone (Duphaston[®]) et les dérivés de la 17-hydroxyprogestérone : médrogestone (Colrone[®]) et démégestone (Lutionex[®]). Ils sont donnés surtout chez la jeune fille du 15^e au 25^e jour du cycle ;
- les progestatifs antagonistes : le noméggestrol (Lutény[®]), la proméggestone (Surgestone[®]), le chlormadinone acétate (Lutéran[®] ; cf. tableau 5.1) sont surtout utilisés chez la femme en préménopause du 10^e au 25^e jour du cycle ou du 5^e au 25^e jour si la patiente souhaite une contraception.

Le stérilet au lévonorgestrel (Miréna[®]) peut et doit être utilisé dans cette indication, car il a un effet atrophiant sur l'endomètre, il constitue la première intention devant des ménorragies fonctionnelles (CNGOF, 2008).

Les analogues de la LHRH n'ont pas l'AMM dans cette indication.

L'efficacité du traitement médical est de 85 % après 6 mois de traitement dans les hyperplasies simples ou complexes sans atypies. L'efficacité n'est que de 50 % dans les formes avec atypies, avec 25 % de récidives et 25 % d'évolution vers le cancer (Ferenczy *et al.*, 1986).

Traitement chirurgical

Curetage

Il connaît plusieurs types d'indications, qu'il soit imposé par l'hémorragie, par le doute diagnostique, ou du fait de la résistance au traitement progestatif mais son efficacité est peu durable car ne traitant pas l'étiologie.

Résection endométriale

Faite à l'anse diathermique sous hystérocopie, elle peut être faite chez la femme qui ne veut plus d'enfants. Elle a pour but de réaliser l'ablation totale de l'endomètre en allant jusqu'aux couches profondes régénératrices. La résection à l'anse électrique a pour avantage de permettre un examen anatomopathologique des fragments retirés.

Les résultats fonctionnels rapportés par les auteurs utilisant l'une ou l'autre des techniques sont très satisfaisants : disparition des ménométrorragies dans 93 % des cas (Baggich *et al.*, 1988).

Ces résultats immédiats s'amenuisent avec le temps, passant de 90 % à 6 mois à 85 % à 1 an, 75 % à 2 ans et 60 % à 5 ans (Cosson, 1994). Les chances de gagner la ménopause sans hystérectomie seront d'autant plus élevées que l'âge de la femme sera plus élevé. Le taux d'échec augmente si l'utérus est gros (> 10,5 cm), il existe des lésions associées (fibromes, adénomyose).

L'existence d'une aménorrhée ne dispense pas d'une surveillance car des cancers de l'endomètre peuvent survenir après une résection même bien faite. En effet, la résection n'est jamais totale comme le montre le fait que la femme garde souvent des menstruations.

Thermo-ablation de l'endomètre par procédure de 2^e génération, par ballonnet intra-utérin (*thermablation*), radiofréquence (Novasure[®]) ou micro-onde

Plus simple que la résection, cette technique consiste à détruire l'endomètre sur une profondeur de 4 à 6 mm par un instrument introduit dans la cavité utérine : soit un ballonnet gonflé avec une solution de glucose à 5 %, chauffé à 87 °C pendant 8 minutes, soit pour le Novasure[®] un treillis chauffant pendant 2 minutes. Cette technique se réalise sous anesthésie générale ou rachianesthésie en hospitalisation de jour. Cette technique nécessite une étude histologique préalable de l'endomètre, il est donc nécessaire de faire en un premier temps une biopsie d'endomètre. Elle est contre-indiquée en cas d'allergie au latex, d'association de l'hyperplasie à un polype, un fibrome, une malformation utérine. Elle est plus facile à réaliser que la résection et a moins de complications. Le taux d'efficacité de ces méthodes est bon, proche de 85 %, avec un taux d'aménorrhée définitive supérieur à 50 %.

Le système Versapoint[®] permet la coagulation de l'endomètre par vaporisation avec un endoscope de 5 mm sous anesthésie locale. Il nécessite une étude histologique préalable de l'endomètre. La **photocoagulation au laser Yag** détruit l'endomètre sans permettre un examen histologique. L'efficacité sur les saignements est de 94 % (Loffer, 1987), mais le coût élevé de la technique en limite l'utilisation.

Hystérectomie

Les techniques endoscopiques ne font pas disparaître les hystérectomies, comme il a pu être dit du fait des échecs de ces méthodes et du fait que l'hystérectomie reste indiquée en cas d'hyperplasie atypique, ou de pathologie associée : fibromes, adénomyose, prolapsus. Elle est en général réalisée par voie vaginale car l'utérus n'est pas volumineux. Il est licite de conserver les ovaires chez la femme avant la ménopause ou en l'absence de pathologie hormono-dépendante jusqu'à 60 ans.

Indications

Dans les **hyperplasies simples** ou complexes sans atypies, le traitement médical est le traitement de choix. Chez la femme sous traitement hormonal de la ménopause, il faudra diminuer les œstrogènes ou augmenter les progestatifs ou l'arrêter. En cas d'échec, on proposera une destruction de l'endomètre (CNGOF, 2008).

Dans les **hyperplasies avec atypies**, les traitements conservateurs n'ont pas leur place sauf chez la femme jeune qui désire une grossesse. Dans cette indication, on propose les analogues

du LHRH ou les progestatifs, mais il faut un contrôle par biopsie à 6 mois et avant une grossesse survenant rapidement.

Surveillance après traitement conservateur

Elle sera assurée par la clinique et l'échographie associée ou non au doppler. La réapparition des saignements ou l'apparition de signes suspects à l'échographie doppler nécessitera une hystérocopie avec biopsie et examen anatomopathologique.

Synéchies traumatiques (planche 8.2)

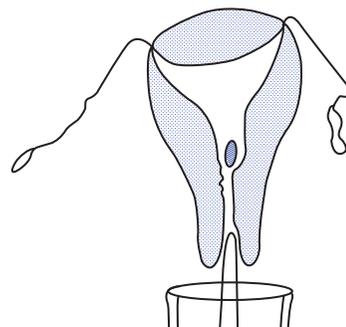
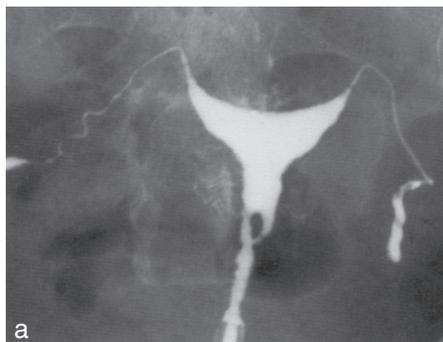
Il s'agit ici d'un accolement du myomètre des faces de l'utérus à la suite de l'arrachage de l'endomètre par un curetage abrasif.

Étiologie

Elle est toujours traumatique. La synéchie pouvant se produire à la suite :

- d'un curetage pour fausse couche spontanée;
- d'une IVG par curetage ou aspiration;
- d'un curetage biopsique;
- et surtout d'un curetage pratiqué dans le post-partum. Sa survenue est majorée par un contexte infectieux.

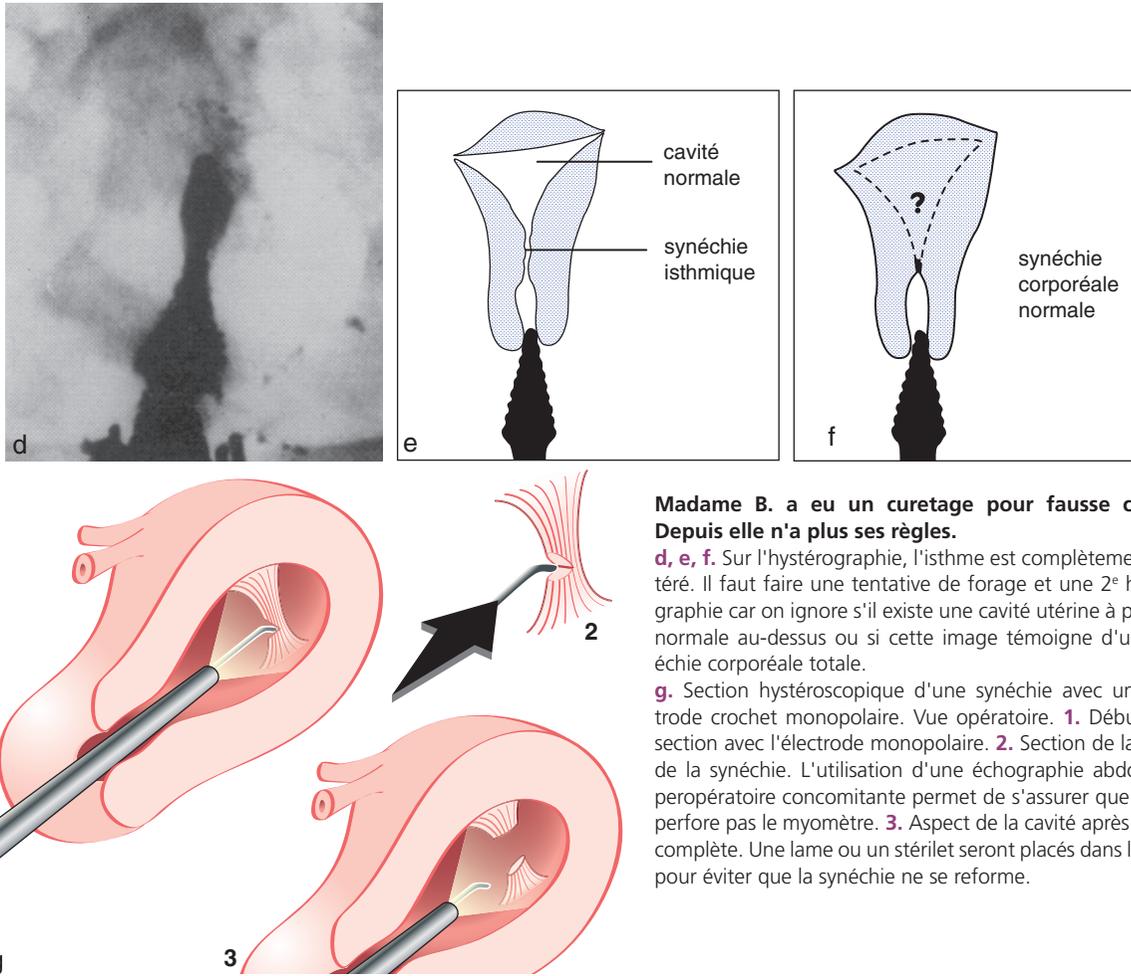
Planche 8.2 Les synéchies traumatiques



Synéchie utérine.

- a. Aspect hystérographique d'une synéchie de l'isthme
- b. Aspect hystérocopique d'une synéchie du fond utérin.
- c. Aspect d'une synéchie de l'isthme sur une pièce d'hystérectomie.

Planche 8.2 Suite



Madame B. a eu un curetage pour fausse couche. Depuis elle n'a plus ses règles.

d, e, f. Sur l'hystérographie, l'isthme est complètement oblitéré. Il faut faire une tentative de forage et une 2^e hystérographie car on ignore s'il existe une cavité utérine à peu près normale au-dessus ou si cette image témoigne d'une synéchie corporeale totale.

g. Section hystéroscopique d'une synéchie avec une électrode crochet monopolaire. Vue opératoire. **1.** Début de la section avec l'électrode monopolaire. **2.** Section de la moitié de la synéchie. L'utilisation d'une échographie abdominale peropératoire concomitante permet de s'assurer que l'on ne perforé pas le myomètre. **3.** Aspect de la cavité après section complète. Une lame ou un stérilet seront placés dans la cavité pour éviter que la synéchie ne se reforme.

Conséquences de la synéchie

La synéchie entraîne :

- une oligoménorrhée : la surface d'endomètre fonctionnel étant réduite ;
- une aménorrhée en cas de synéchie totale ou de synéchie de l'isthme (syndrome d'Ashermann) ;
- une dysménorrhée ;
- une stérilité secondaire vraie ou à type de fausses couches à répétition, d'accouchement prématuré, de mort *in utero*.

La gravité de la synéchie dépend de son étiologie (celles provoquées dans le post-partum sont les plus graves), de la surface, et surtout de l'ancienneté. Il faut donc penser à cette pathologie et en faire le diagnostic tôt.

Diagnostic de la synéchie

L'hystéroscopie permet de voir la synéchie, d'en apprécier la taille, la topographie, l'épaisseur et aussi d'en faire le traitement (planche 8.2.b).

L'échographie permet parfois de suspecter le diagnostic devant une disparition de la ligne de vacuité et l'existence de densifications muqueuses. Elle est utile en cas d'aménorrhée

pour s'assurer de l'absence de grossesse ou d'hématométrie. Il est possible de s'aider d'une échographie en 3D avec hystérosonographie.

L'hystérographie a encore ici des indications. Le cliché de profil est indispensable (planche 8.2.a à f).

La synéchie se traduit par :

- une image lacunaire ou de soustraction homogène aux contours bien dessinés (souvent déchiquetés), irrégulière, constante sur tous les clichés, y compris la réplétion complète. Cette image est visible sur le profil sous forme d'un rapprochement localisé des faces utérines, d'étendue variable, allant de la simple encoche d'un bord à l'atrésie complète de la cavité. Ces images sont localisées soit au niveau du corps utérin, soit au niveau de l'isthme ;
- des images d'atrésie utérine peuvent se voir. La cavité est alors déformée et rétrécie.

Traitement

Il est chirurgical. Il doit être fait le plus tôt possible.

La synéchie est sectionnée le plus souvent par voie basse sous hystéroscopie, en associant un contrôle échographique pour éviter les perforations (planche 8.2.g à i).

La prévention d'un nouvel accolement est réalisée par la mise en place d'un stérilet. Les résultats sont bons en termes de règles mais médiocres pour la fertilité : retour des règles dans 75 % des cas, des grossesses sont obtenues une fois sur deux, elles évoluent jusqu'au terme dans 35 % des cas (Roge *et al.*, 1996).

En cas de grossesse après le traitement d'une synéchie

Le généraliste devra :

- rechercher une béance du col ;
- prescrire assez facilement un repos supplémentaire ;
- rechercher une menace d'accouchement prématuré, un placenta prævia ou accreta ;
- des complications peuvent survenir au cours du travail, surtout lors de la délivrance, le placenta pouvant être accreta. L'accouchement devra donc se produire dans un centre bien équipé pour une réanimation qui peut être lourde (niveau II ou III).

Atrophie de l'endomètre après la ménopause

L'atrophie est l'aspect normal de l'endomètre après la ménopause, lorsque les sécrétions estrogéniques et progestatives ont cessé.

Sur le plan anatomopathologique

Les glandes sont rares, de petit calibre, aux contours réguliers, elles s'abouchent directement à la surface par un orifice modérément dilaté. Elles sont bordées par une seule assise de petites cellules cubiques. Le nombre des glandes est restreint, elles sont orientées parallèlement à la surface.

Des érosions mettent parfois en rapport directement la cavité et le myomètre.

Sur le plan clinique

L'atrophie étant un état physiologique dans la postménopause, elle n'entraîne en principe aucun signe clinique. Cependant dans certains cas, on peut observer :

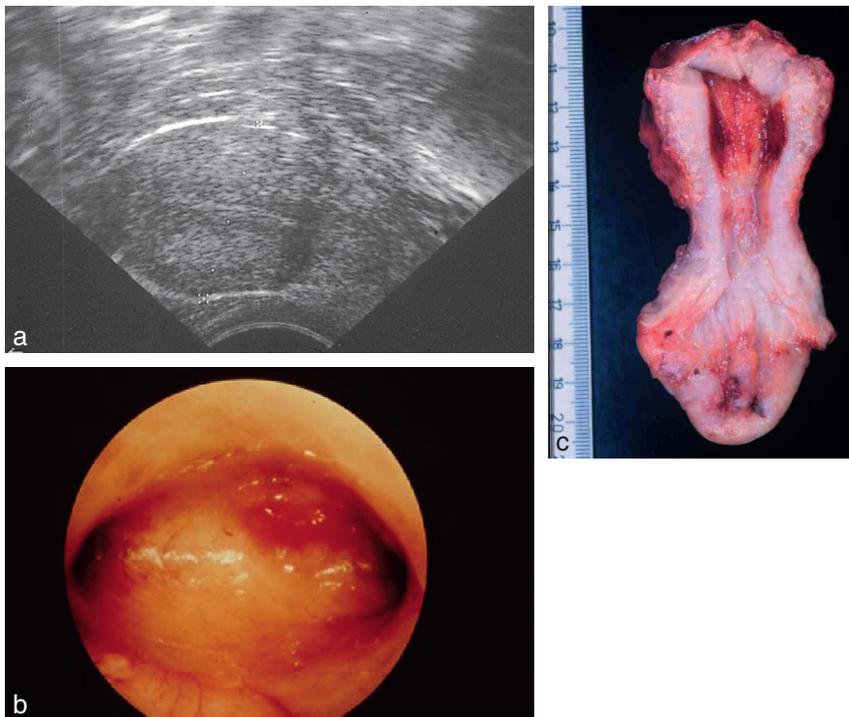
- des métrorragies minimales ;
- des pertes séropurulentes, voire purulentes.

L'examen clinique montre un vagin atrophique, un utérus petit.

Examens complémentaires

L'échographie en particulier vaginale (planche 8.3.a) permet de mesurer les dimensions de la cavité utérine, et l'épaisseur de l'endomètre. Un utérus dont la largeur est inférieure à 4 cm, la longueur inférieure à 8 cm et l'épaisseur de l'endomètre inférieure à 5 mm est typique d'une atrophie. La valeur prédictive positive est de 100 %. L'hystérosonographie peut la confirmer.

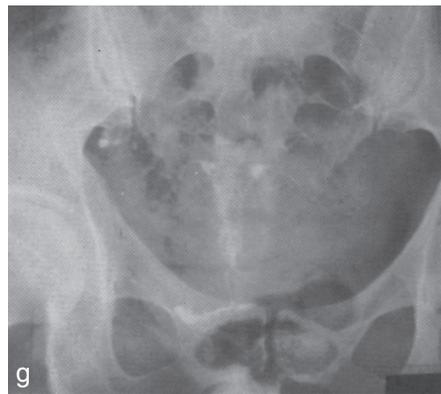
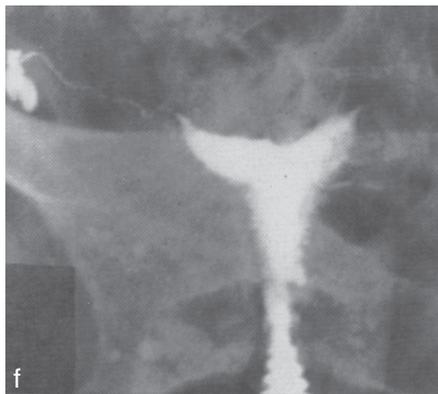
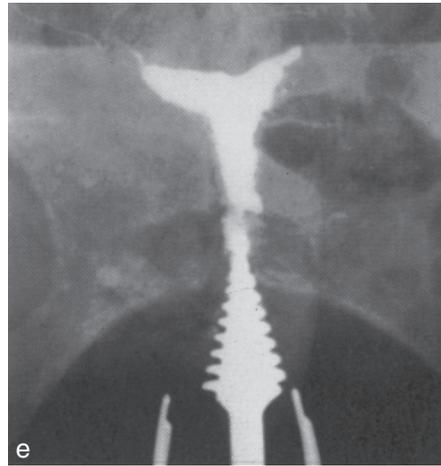
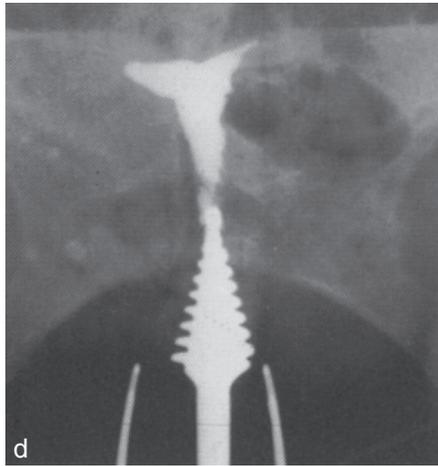
Planche 8.3 Imagerie de l'atrophie de l'endomètre



Atrophie de l'endomètre.

- a. Aspect échographique.
- b. Aspect hystéroscopique.
- c. Aspect sur une pièce d'hystérectomie.

Planche 8.3 Suite



Madame V. a 70 ans et des métrorragies postménopausiques.

d à i. Sur l'hystérographie, on remarque : une diminution des dimensions de la cavité utérine; un allongement du col (inversion rapport col/corps); des images de spicules qui apparaissent au fur et à mesure de la réplétion, réalisant progressivement une image de double contour d'épaisseur inégale. Cet aspect persiste après l'évacuation. C'est une atrophie typique de l'endomètre.

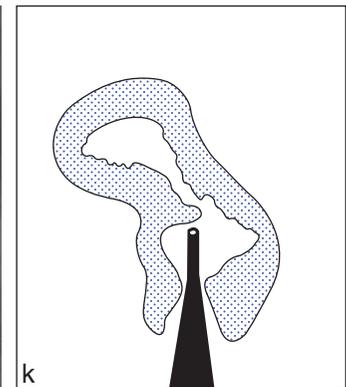
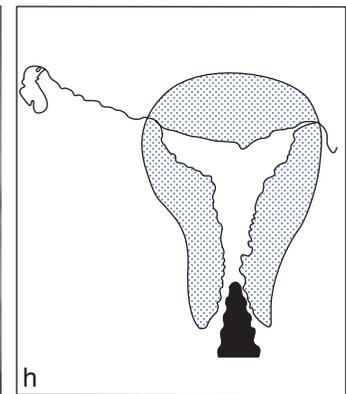
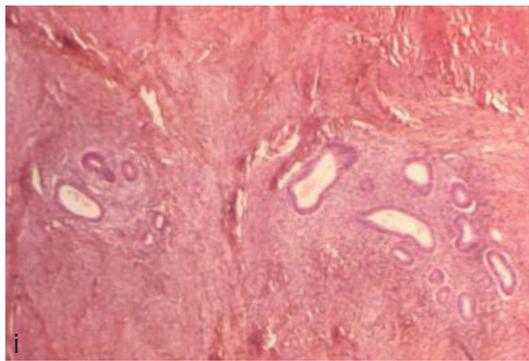


Image d'atrophie postménopausique.

j et k. On remarque un élargissement du canal cervical puis un rétrécissement au niveau de l'orifice interne. Il s'agit d'une sténose atrophique postménopausique.

L'**hystérocopie** est aussi une excellente indication. Elle permet de faire très facilement le diagnostic. La cavité utérine est bien visible ainsi que les ostiums tubaires. L'endomètre est très mince sans aucun relief (planche 8.3.b).

Hystérographie (planche 8.3.d à k)

Elle n'a plus beaucoup d'indications.

Elle peut être faite s'il n'existe pas de signes infectieux; elle montre :

- **une diminution de la taille de la cavité utérine;**
- **une perte de l'élasticité utérine** qui fait que la cavité ne varie pas de taille au cours de l'injection;
- **des anomalies des contours** qui témoignent directement de l'atrophie de l'endomètre. Les contours de la cavité sont : soit lisses, nets et précis, soit surtout spiculés. On remarque alors des petits spicules en épines de rosier plus ou moins saillants dont l'extrémité est renflée en tête d'épingle; d'abord peu nombreux sur le cliché

(planche 8.3.e), ces diverticules se multiplient au cours du remplissage. Ils confluent sous forme d'une ligne aux contours plus nets, réalisant une image en double contour qui souligne la cavité utérine extérieurement. Cet aspect est particulièrement net sur les clichés évacuateurs (planche 8.3.g);

- **des passages vasculaires** pouvant être observés (planche 8.3.d à i);
- **une sténose de l'orifice** interne de l'isthme avec dilatation de l'endocol pouvant donner une image en poire de la cavité endocervicale (planche 8.3.j et k);
- **des amputations du col**, des anomalies des bords pouvant être confondues avec un cancer.

Curetage biopsique

Celui-ci, fait en cas de saignement ou associé au drainage en cas de rétention infectieuse, sera la preuve de l'atrophie par l'examen anatomopathologique des débris ou par l'absence de tout endomètre, à envoyer aux pathologistes.

La curette crisse alors sur le muscle utérin, il faut lui préférer la biopsie dirigée sous contrôle hystéroscopique.

Traitement

Le traitement médical sera le suivant :

- si la femme n'a pas de traitement hormonal substitutif, il faut lui en donner un sauf contre-indication;
- si la femme est sous traitement hormonal substitutif, il faut augmenter la dose d'estrogènes en prescrivant par exemple de l'Estraderm TTS® à 50 µg au lieu de 25 µg.

Le traitement chirurgical peut nécessiter une destruction endométriale voire une hystérectomie en cas de rétention purulente ou de récurrence.

Bibliographie

- Baggish MS, Baltoyannis P. New techniques for laser ablation of the endometrium in high risk patients. *Am J Obstet Gynecol* 1988; 159(2) : 287-92.
- CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique : prise en charge des ménorragies en préménopause. Mises à jour en gynécologie obstétrique. Paris : CNGOF/Vigot; 2008.
- Daraï E, Deval B, Benifla JL. Synéchies utérines. *Encycl Méd Chir (Elsevier, Paris). Gynécologie, 1555-A-30*. 1996.
- Ferenczy A, Gelfand M. Hyperplasia versus neoplasia : two tracks for the endometrium. *Contemp Obstet Gynecol* 1986; 28 : 79-96.
- Lee SC, Kaunitz AM, Sanchez-Ramos L, Rhatigan RM. The oncogenic potential of endometrial polyps : a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2010; 116(5) : 1197-205.
- Loffer FD. Hysteroscopic endometrial ablation with the Nd-YAG laser using a nontouch technique. *Obstet Gynecol* 1987; 69 : 679-82.
- Marret H, Fauconnier A, Chabbert-Buffet N, et al. Clinical practice guidelines on menorrhagia : management of abnormal uterine bleeding before menopause. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2010; 152(2) : 133-7.
- Merviel P, Mergui JL, Sananes S. Les hyperplasies de l'endomètre : traitement hystéroscopique et régénération endométriale. *Reprod Hum Hormones* 2000; 13 : 671-80.
- Orazi G, Narducci F, Daraï E. Les hyperplasies endométriales. *Lettre du Gynécologue* 2001; 263 : 26-30.
- Roge P, D'Ercole C, Cravello L, Boubli L, Blanc B. Hysteroscopic management of uterine synechiae : a series of 102 observations. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1996; 65 : 189-93.
- Sorenson SS, Colv NP. Endometrial ablation and potential risk of subsequent malignancy. *Gynecological Endoscopy* 1996; 5 : 97-100.