



*Les Hôpitaux
Universitaires
de STRASBOURG*

Les morcellateurs hystéroscopiques: une nouvelle approche dans la prise en charge des polypes utérins

Dr François STOLL

Hôpitaux universitaires de Strasbourg - FRANCE

Introduction



- Incidence élevée des polypes endométriaux dans la population générale
- Gold standard actuel pour le traitement des pathologies utérines endocavitaires : la résection hystéroscopique
- Nouveaux dispositifs, les morcellateurs hystéroscopiques

Les morcellateurs hystérocopiques

- Dispositifs mini invasifs de nouvelle génération constitués d'un générateur, d'une pédale, d'un hystéroscope et d'un morcellateur
- Actuellement 3 dispositifs sur le marché



3 dispositifs

- Myosure (société Hologic)



- Truclear (société Smith and Nephew)

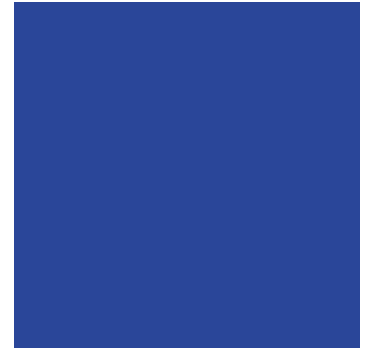


Le morcellateur IBS®

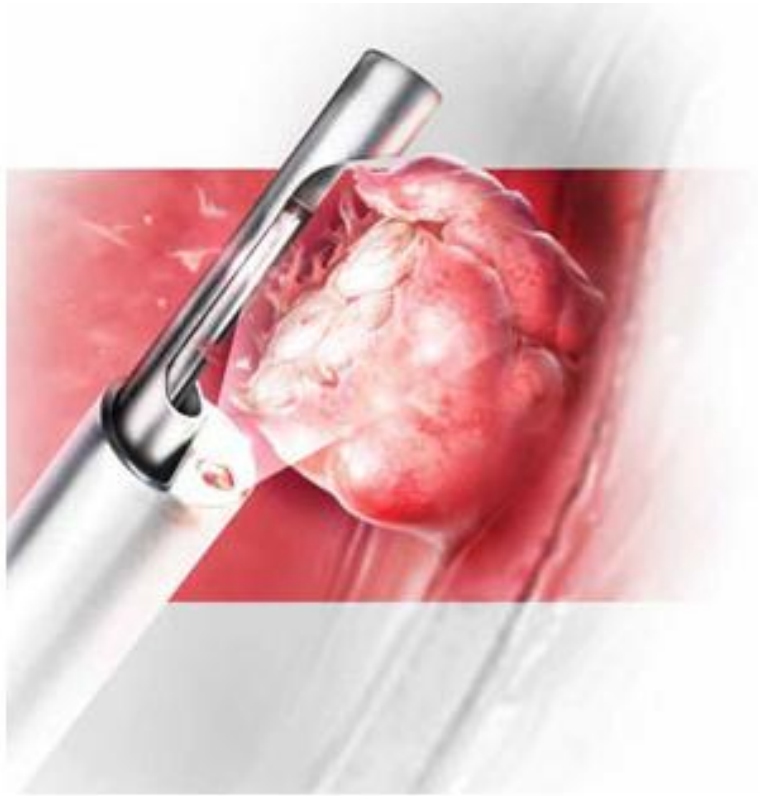


La morcellation hystéroscopique

- VIDEO 1



La morcellation hystéroscopique



La morcellation hystéroscopique

- VIDEO 2



Avantages théoriques

- Diamètre généralement plus petit de l'instrument
- Utilisation de sérum physiologique
- Risque d'accident électrique écarté
- Diminution du risque d'embolie gazeuse
- Extrémité toujours sous contrôle de la vue
- Vision non obscurcie par copeaux ou bulles
- Traitement des pathologies cornéales facilité
- Absence d'effet thermique : respect endomètre
- Absence de gestion des copeaux
- Apprentissage facile



Objectifs de l'étude



I. Comparer le temps de traitement hystéroscopique des polypes utérins entre

- ❑ Un morcellateur hystéroscopique, l'Integrated Bigatti Shaver ® (IBS), société Storz
- ❑ Un résectoscope classique

II. Comparer l'efficacité, le confort et les complications de ces techniques

Patientes et méthodes



- Etude prospective monocentrique non randomisée
- Inclusion de toutes les patientes traitées
 - Polype utérin unique
 - Sans limite de taille
 - Entre septembre 2014 et juillet 2015
 - Au CHU de Strasbourg – Service de chirurgie du CMCO

Patientes et méthodes

■ Exclusion

- Polypes multiples
- Myome sous muqueux associé
- Hyperplasie polypoïde
- Infection génitale évolutive
- Grossesse en cours
- Suspicion de malignité avant chirurgie
- Présence d'une pathologie gynécologique maligne évolutive

Patientes et méthodes

- Procédure au bloc opératoire
 - Hystérocopie diagnostique première
 - Dilatation cervicale adaptée
 - Traitement de la pathologie par morcellation ou résection
 - Choix entre les 2 techniques dépendant des habitudes des chirurgiens du service et de la disponibilité des appareils
 - Sous anesthésie générale ou rachianesthésie

Résultats

- 73 patientes au total
 - 27 traitées par morcellation
 - 46 traitées par résection
- Âge moyen : 53,7 ans
- Circonstances de découverte
 - 1) Ménométrorragies (44,4% et 52,2%)
 - 2) Découverte échographique fortuite (37% et 26,1%)
 - 3) Infertilité (14,8% et 19,6%)
 - 4) Autres (3,7% et 2,2%)
- Taille moyenne des polypes : 14,4 mm
- 2 groupes comparables



Résultats



■ Le temps de traitement du polype

- Morcellation : 5,8 (3,9-7,7) minutes
- Résection : 10,2 (8,1-12,3) minutes ($p < 0,001$)

→ soit une diminution de la durée de traitement de la pathologie de **43%**

Résultats



	Morcellation (n=27)	Résection (n=46)	p
Durée de morcellation/résection (min)	5,8 (3,9-7,7)	10,2 (8,1-12,3)	<0,001
Durée opératoire totale (min)	14,6 (11-18,2)	21 (17,8-24,1)	0,002
Nombre d'insertions de l'hystéroscope	1,2 (1-1,5)	6,4 (4,8-8)	<0,001
Quantité totale de fluide utilisée (ml)	419 (308-529)	1308 (1051-1565)	<0,001
Déficit du bilan entrées-sorties (BES) (ml)	24 (0-49)	208 (132-283)	<0,001
Confort de l'opérateur (0-10)	9,5 (9,2-9,9)	7,6 (7,2-8,1)	<0,001

Résultats

	Morcellation (n=27)	Résection (n=46)	p
Qualité de la vision (0-5)	4,6 (4,4-4,8)	3,9 (3,6-4,1)	<0,001
Résection complète	26 (96,3%)	45 (97,8%)	1
Complications per opératoires	0	1 (2,2%)	1
Conversion vers l'autre technique	1 (3,7%)	0	0,78
Complications post opératoires immédiates	1 (3,7%)	1 (2,2%)	1
Durée d'hospitalisation (jours)	1,2 ± 1,2	1,1 ± 0,4	0,93

Résultats

- 77,8% des morcellations par un opérateur sénior
- 58,7% des résections par un opérateur junior



Analyses en sous-groupes
comparant les résultats des 2 techniques
opératoires uniquement chez les internes puis chez
les opérateurs séniors

Résultats pour les internes

	Morcellation (n=6)	Résection (n=27)	p
Durée de morcellation/résection (min)	4,7 (2,8-6,5)	10,3 (8,2-12,4)	0,02
Durée opératoire totale (min)	13,7 (7,6-19,8)	17,9 (14,9-20,8)	0,15
Nombre d'insertions de l'hystéroscope	1	5 (3,7-6,3)	<0,001
Quantité totale de fluide utilisée (ml)	358 (181-535)	1343 (1025-1660)	0,003
Déficit du BES (ml)	0	219 (93-344)	0,009
Confort de l'opérateur (0-10)	9,5 (8,6-10)	7,6 (7-8,2)	0,01
Qualité de la vision (0-5)	5	4,1 (3,8-4,4)	0,007
Complications per opératoires	0	1 (3,7%)	1
Complications post opératoires immédiates	0	1 (3,7%)	1

Résultats pour les séniors



	Morcellation (n=21)	Résection (n=19)	p
Durée de morcellation/résection (min)	6,1 (3,7-8,6)	10,1 (5,7-14,5)	0,04
Durée opératoire totale (min)	14,9 (10,3-19,4)	25,4 (19,2-31,5)	0,003
Nombre d'insertions de l'hystéroscope	1,3 (1-1,6)	8,3 (4,9-11,8)	<0,001
Quantité totale de fluide utilisée (ml)	436 (297-575)	1258 (792-1724)	<0,001
Déficit du BES (ml)	31 (0-63)	192 (134-250)	<0,001
Confort de l'opérateur (0-10)	9,5 (9,1-10)	7,7 (7,1-8,3)	<0,001
Qualité de la vision (0-5)	4,5 (4,2-4,8)	3,6 (3,1-4)	0,001
Complications per opératoires	0	0	nc
Complications post opératoires immédiates	1 (4,8%)	0	1

Discussion



- Littérature peu abondante et récente : 4 essais randomisés, 4 études rétrospectives et 2 registres
- Résultats comparables concernant
 - Le temps de coupe et le temps opératoire total
 - La quantité totale de fluide et le déficit du BES
 - Le confort de l'opérateur
 - Le taux de succès

Discussion: complications

- Pas de sur-risque lié à l'utilisation du morcellateur
 - Un cas de syndrome OHIA pendant une résection avec utilisation de glycoColle, mais quelques cas décrits avec du sérum physiologique



Monitoring soigneux du BES dans tous les cas

- Aucun cas d'embolie gazeuse ni de perforation utérine

Discussion

- Points forts de l'étude
 - Étude prospective
 - Nombre de patientes incluses
 - Significativité claire de la plupart des résultats



Discussion

- Points faibles et limites de l'étude
 - Étude non randomisée et monocentrique
 - Absence de suivi à distance de l'intervention
 - Biais lié à l'opérateur



Discussion

- L' étude RESMO menée aux Hôpitaux Universitaires de Strasbourg (PRI 2014 – 6043) depuis août 2015
 - Étude prospective randomisée en simple aveugle
 - Hystérocopie de contrôle à 6-10 semaines de l' intervention
 - caractère complet de la résection
 - synéchies

Discussion

- Intérêt des morcellateurs pour le traitement des fibromes (type 0 ou 1)
 - Intérêt discuté
 - Pas de supériorité prouvée actuellement (en comparaison aux résectoscopes)
 - Utilisation limitée en cas de volumineux fibromes ou de fibromes avec une importante composante intramyométriale

Garbin.O, New in hysteroscopy: hysteroscopic morcellators, *Gynecol Obstet Fertil.*, 2014; 42(12):872-6

Hamidouche A. et al., Operative hysteroscopy for myoma removal: Morcellation versus bipolar loop resection, *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 2015; 44(7):658-64

Conclusion

- Morcellation plus rapide, comparée à la résection classique: 5,8 versus 10,2 minutes ($p < 0,001$)
- Efficacité comparable aux résectoscopes standard
- Aucune complication
- Quantité de fluide utilisée, déficit du BES, qualité de vision, confort de l'opérateur, nombre d'insertions du dispositif significativement améliorés
- Le surcoût net engendré pourrait en partie être amorti par la réduction des temps opératoires
- L'étude RESMO pourrait confirmer ces résultats
- L'intérêt dans la prise en charge des myomes sous-muqueux reste à démontrer

