

# SYNDROME D'ASHERMAN

## PRISE EN CHARGE APRÈS CURETAGE SUITE À UNE RÉTENTION PLACENTAIRE POST-NATALE ET REVUE DE LA LITTÉRATURE

TCHENTE NGUEFACK C (1), BRICHANT G (2), NISOLLE M (3)

**RÉSUMÉ :** Le syndrome d'Asherman (SA) correspond à une oblitération plus ou moins complète de la cavité utérine et se développe après un traumatisme intra-utérin. Approximativement 90 % des cas de SA sévères surviennent après un curetage post-abortum ou post-partum. Il se manifeste par des anomalies du cycle (hypoménorrhée ou aménorrhée) et des troubles de la fertilité. Nous avons revu la littérature récente concernant le SA à la suite de la description d'un cas clinique exemplatif. La prise en charge du SA n'est pas aisée : elle doit se faire par les chirurgiens expérimentés et passe parfois par la réalisation de plusieurs chirurgies, avec l'utilisation des dispositifs anti-adhésifs entre les interventions. Sa prise en charge complexe incite à insister sur l'éviction des facteurs favorisant sa survenue.

**MOTS-CLÉS :** *Asherman - Curetage post-partum - Hystérocopie*

### ASHERMAN'S SYNDROME : MANAGEMENT AFTER CURETTAGE FOLLOWING A POSTNATAL PLACENTAL RETENTION AND LITERATURE REVIEW

**SUMMARY :** Asherman's syndrome (AS) is a partial or complete obliteration of the uterine cavity after intrauterine trauma. Approximately 90 % of severe AS cases occur after abortion curettage or postpartum curettage. Clinical signs and symptoms are abnormalities of the cycle (hypomenorrhoea or amenorrhoea) and fertility disorders. We have reviewed the recent literature on AS following the description of a typical clinical case. The management of AS is not easy. It must be done by experienced surgeons. Realization of several surgeries is sometimes mandatory, with the use of anti-adhesive devices between interventions. Its complex management encourages insistence on the avoidance of its risk factors.

**KEYWORDS :** *Asherman's syndrome - Post-partum curettage - Hysteroscopy*

## INTRODUCTION

Le syndrome d'Asherman (SA) se définit par la formation et la persistance d'adhérences ou d'accolements entre les parois utérines (synéchies) oblitérant la lumière de la cavité endométriale. Le traitement chirurgical est la technique de choix dans la prise en charge du SA chez les patientes désireuses de procréer. La technique chirurgicale n'est pas encore tout à fait standardisée, et plusieurs interventions peuvent s'avérer nécessaires jusqu'à l'obtention d'une cavité utérine permettant de mener une grossesse à terme, comme illustré dans ce cas clinique.

## CAS CLINIQUE

Nous rapportons le cas d'une patiente âgée de 28 ans, primipare, sans antécédents médico-chirurgicaux particuliers, ayant bénéficié, en janvier 2013, d'une césarienne pour présentation

du siège. En post-opératoire, il a été noté une rétention placentaire vascularisée de 33 x 36 mm dont la résection complète n'a pu être obtenue lors d'une première hystérocopie opératoire. Elle a donc bénéficié d'un curetage à large curette à la suite duquel la patiente a présenté une aménorrhée secondaire. A l'hystérosonographie (US-SIS), on notait un reflux important et une absence d'opacification de la cavité utérine, confirmant le diagnostic de SA.

Une première cure de synéchies par hystérocopie a été tentée le 22 avril 2014, avant que la patiente nous soit référée. Il a été réalisé un effondrement des synéchies latérales à l'aide de l'anse bipolaire, ouvrant partiellement la cavité. La patiente s'est présentée 4 mois plus tard en aménorrhée persistante. Une hystérosalpingographie (HSG) a permis de confirmer la persistance du syndrome d'Asherman (Figure 1).

Une cure de synéchies par hystérocopie opératoire a été effectuée au CHR de la Citadelle, en août 2014, avec résection des synéchies à l'aide d'une anse bipolaire jusqu'à l'obtention d'une cavité utérine satisfaisante et visualisation de l'ostium tubaire gauche. Le gel d'Hyalobarrier® a été mis en place en post-opératoire afin d'éviter la formation de nouvelles adhérences. L'hystérocopie diagnostique et l'HSG postopératoire à 2 mois ont montré la persistance d'un important remaniement de la cavité utérine avec des synéchies significatives,

(1) Gynécologue Obstétricienne, Chargée de cours à la Faculté de Médecine et des Sciences pharmaceutiques, Université de Douala, Cameroun. Postgraduate Training, CHR Citadelle, Liège, Belgique.

(2) Chef de Clinique, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHR Citadelle, Liège, Belgique.

(3) Chef du Service de Gynécologie-Obstétrique, CHR Citadelle. Liège, Belgique.

**Figure 1.** Hystérosalpingographie pré-opératoire



une absence d'opacification de la cornue utérine droite et de la trompe droite et une synéchie au niveau de la région inférieure de la cornue utérine gauche. La trompe gauche était à nouveau perméable (Figure 2). La deuxième hystérocopie dans notre service a été réalisée en octobre 2014 et a permis l'obtention d'une cavité utérine de morphologie presque normale et des trompes perméables (Figure 3).

Entre les chirurgies, la patiente a suivi un traitement hormonal par Cyclocur®. Après la 2<sup>ème</sup> hystérocopie, le cycle menstruel s'est normalisé. L'échographie a confirmé la présence d'un endomètre homogène et épais de 6 à 7 millimètres. En raison d'une infertilité secondaire malgré la normalisation des cycles, elle a bénéficié d'un bilan de réceptivité endométrial à la suite duquel un traitement par tocophérol et pentoxifylline a été prescrit. Trois mois après le début de ce traitement, soit un an après sa dernière hystérocopie, la patiente a obtenu une grossesse spontanément. Un nouveau-né en bonne santé est né à 38 semaines par voie basse. Une rétention trophoblastique a été à nouveau diagnostiquée en post-partum.

## REVUE DE LA LITTÉRATURE ET DISCUSSION

### EPIDÉMIOLOGIE

La fréquence du SA varie énormément en fonction de la population étudiée. Cette grande variation géographique peut résulter de plusieurs facteurs, y compris la fréquence des

**Figure 2.** Hystérosalpingographie après la première hystérocopie intra-muros



**Figure 3.** Hystérosalpingographie après la deuxième hystérocopie intra-muros



avortements légaux et illégaux, la technique d'évacuation des rétentions placentaires post-abortum et post-partum, les critères diagnostiques du SA, la sensibilisation du clinicien et l'incidence des complications infectieuses du postpartum. La prévalence varie de 1,5 % en cas de découverte fortuite lors des HSG, à 21 % chez des femmes ayant eu un curetage en post-partum (1). Ces adhérences sont souvent plus sévères lorsqu'elles surviennent dans cette dernière condition (2). Dans une méta-analyse qui comprenait plus de 900 femmes évaluées avec hystérocopie dans les 12 mois suivant un avortement spontané (86 % avaient subi un curetage), la prévalence des adhérences intra-utérines était de 19 % (3).

## ETIOLOGIE

Dans plus de 90 % des cas, les synéchies résultent du traumatisme de la muqueuse utérine après des curetages lors d'interruptions de grossesse aux premier, deuxième ou troisième trimestres (4, 5). Dans l'étude de Handstede et coll, 99,8 % des SA étaient secondaires à une intervention chirurgicale endo-utérine dans les suites d'une grossesse. Il a, par ailleurs, été observé que les adhérences sont plus sévères lorsqu'elles surviennent dans le post-partum par rapport au premier trimestre (2). Les causes de synéchie sur utérus non gravide sont la chirurgie utérine (hystérocopie pour polype, myomectomie, septum et hystérotomie) ou l'infection comme la tuberculose génitale. Cependant, les synéchies surviennent rarement après la chirurgie. Chez les patientes ayant bénéficié d'une hystérocopie opératoire, il a été observé 5,8 % de synéchies, surtout après myomectomie (6). Plus rarement, ont été incriminées les brûlures chimiques de l'endomètre, par l'injection des produits chimiques (utilisés pour les interruptions clandestines de grossesse) dans la cavité utérine, et les agressions physiques de la cavité utérine suivant une curiethérapie ou une radiothérapie.

## CLINIQUE

Sur le plan clinique, les patientes avec SA présentent des anomalies du cycle menstruel de type hypoménorrhée et aménorrhée secondaires, dysménorrhées, des troubles de la fertilité, un risque accru de pathologies obstétricales (avortements précoces ou tardifs à répétition, accouchements prématurés, présentations vicieuses du fœtus au cours du travail, anomalies de placentation de type *placenta praevia* et *accreta*). La majorité des patientes ont des ano-

malies du cycle dans le travail de Handstede et coll (94,5 % dont 64,4 % d'aménorrhée secondaire) (2).

Les problèmes liés à la fertilité et la dysménorrhée sont les principales indications du traitement. En effet, il n'est pas conseillé de faire courir le risque de complications chirurgicales aux patientes totalement asymptomatiques et sans désir de fertilité (7).

## MISE AU POINT

L'HSG, l'US-SIS et l'hystérocopie sont les examens permettant de mettre en évidence les synéchies utérines. L'hystérocopie diagnostique est considérée comme la référence. L'échographie endovaginale a un rôle limité. Une étude chez les femmes infertiles a comparé l'HSG, l'US-SIS et l'échographie endovaginale avec l'hystérocopie comme méthode de référence. L'HSG et l'US-SIS avaient une bonne sensibilité pour le diagnostic des adhérences intra-utérines (75 %). L'échographie endovaginale n'a détecté aucun cas (8).

## TRAITEMENT

Le SA est traité par résection hystérocopie. La résection des adhérences modérées ou sévères doit être effectuée par un chirurgien expérimenté. Des précautions doivent être prises lors de la dilatation du col utérin chez les femmes présentant des adhérences sévères afin d'éviter une fausse route et une perforation utérine. La réalisation de la chirurgie sous contrôle échographique ou laparoscopique permet d'éviter cette complication (2, 9). Un hystéroscope rigide de 5 mm peut aussi être utilisé pour réduire ce risque. L'utilisation de ciseaux pour disséquer les adhérences empêche la destruction de l'endomètre par l'énergie électrique. A notre connaissance, aucune étude n'a comparé l'utilisation des ciseaux et celle de l'énergie thermique pour la cure de synéchie.

## TAUX DE RÉUSSITE

Le taux d'obtention d'une cavité normale après la chirurgie est élevé dans des mains expertes et est estimé à 95 % après 1 à 3 chirurgies par patiente dans l'étude de Handstede et coll (2). D'autres auteurs vont jusqu'à 5 chirurgies chez la même patiente (10). Le taux global de retour des règles ou d'obtention d'une cavité utérine satisfaisante varie de 65 à 84 % dans d'autres séries (4, 10-12). Par contre, le taux de grossesses et d'enfants nés vivants est plus difficile à

évaluer. D'après quelques petites séries, il varie de 27,2 % à 45,9 % (10, 12). Il est aussi fonction de la sévérité des adhérences. Valle et Sciarra ont montré une corrélation entre l'étendue des adhérences de l'utérus et le taux de grossesses ultérieures (13). Cette étude fait état de taux de grossesses à terme de 81,3 %, 66 % et 31,9 %, respectivement chez les femmes avec synéchies légères, modérées, et sévères (13).

## PRÉVENTION

Le taux de récurrence après une première intervention chirurgicale réussie varie de 28,7 % à 35 % (2, 9). Il est essentiellement lié à la sévérité des adhérences. Plusieurs méthodes ont été mises au point pour réduire ce risque de récurrence. La réalisation de plusieurs chirurgies peut s'avérer nécessaire pour obtenir une cavité satisfaisante (2, 9, 10). L'intervalle entre les chirurgies est variable d'une étude à l'autre et est fonction du dispositif intra-utérin utilisé (ballonnet, gels ou stérilet) pour prévenir la récurrence. Dans ces études, cet intervalle était, globalement, de 1 à 2 mois, voire 2 mois et demi.

A l'heure actuelle, le traitement hormonal, en particulier, l'oestrogénothérapie est bénéfique chez les patients avec SA, quelle que soit la sévérité des adhérences. Cependant, cette hormonothérapie doit être combinée à d'autres mesures (dispositifs intra-utérins, par exemple) pour obtenir des résultats optimaux, en particulier chez les patients avec SA modéré à sévère (14). Certaines études rétrospectives ont relevé la supériorité du ballonnet intra-utérin comparé au stérilet dans la prévention des récurrences (15); cependant une étude prospective randomisée n'a pas confirmé ces résultats, de même qu'une publication de la Cochrane Database (9, 16). L'étude de Lin et coll. a relevé la supériorité du ballonnet ou du stérilet par rapport aux gels anti-adhésifs (15).

Si aucune technique n'a réellement montré un avantage, les différentes techniques utilisées (ballonnet, stérilet, gels) ont été associées à une diminution des synéchies lors de la 2<sup>ème</sup> hystéroscopie par rapport à l'absence de traitement ou au placebo. Cependant, elles n'ont pas montré leur supériorité sur l'obtention de nouveaux vivants (16). Des études randomisées avec suivi au long cours sont encore nécessaires.

La prévention primaire est essentielle pour le SA. La prudence devrait être de mise lorsqu'une révision utérine ou un curetage après une grossesse doit être réalisé. L'utili-

sation des gels comme l'acide hyaluronique ou d'estrogène après le curetage n'a pas prouvé son efficacité.

## CONCLUSION

Environ une femme sur cinq développera des adhérences après révision utérine ou curetage suite à une grossesse. Cependant, ces synéchies sont de degré et de sévérité variables. Chez les patientes désireuses de procréer, une chirurgie doit généralement être proposée, sans que la technique soit parfaitement standardisée. Il apparaît que plusieurs chirurgies peuvent être nécessaires chez la même patiente, qu'il est préférable de privilégier la résection des adhérences aux ciseaux pour ne pas compromettre les îlots endométriaux résiduels, qu'il convient de prescrire un traitement hormonal oestrogénique post-opératoire systématique pour favoriser la croissance de l'endomètre.

Par ailleurs, différentes techniques de prévention des récurrences ont été mises au point et permettent, globalement, de les réduire, sans avoir un effet sur le nombre de naissances vivantes. Les études actuelles ne concluent pas formellement à la supériorité d'une technique par rapport à une autre. Il semble que l'utilisation des dispositifs intra-utérins (ballonnet et stérilet) soit supérieure à celle des gels antiadhésifs. La prévention primaire de la formation des adhérences garde donc toute sa place. Il faut y penser lors de chaque intervention chirurgicale endo-utérine chez des patientes en âge de procréer. Les curetages dans le post-partum sont à éviter quand cela est possible et il faudra leur préférer les résections hystéroscopiques électives par du personnel bien formé.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Deans R, Abbott J.— Review of intrauterine adhesions. *J Minim Invasive Gynecol*, 2010, **17**, 555.
2. Hanstede MM, van der Meij E, Goedemans, et al.— Results of centralized Asherman surgery, 2003-2013. *Fertil Steril*, 2015, **104**, 1561-8.e1.
3. Hooker AB, Lemmers M, Thurkow AL, et al.— Systematic review and meta-analysis of intrauterine adhesions after miscarriage: prevalence, risk factors and long-term reproductive outcome. *Hum Reprod Update*, 2014, **20**, 262-278.
4. Bougie O, Lortie K, Shenassa H, et al.— Treatment of Asherman's syndrome in an outpatient hysteroscopy setting. *J Minim Invasive Gynecol*, 2015, **22**, 446-450.

5. Berman JM.— Intrauterine adhesions. *Semin Reprod Med*, 2008, **26**, 349-355.
6. Ramírez-Sánchez LR, Alanis-Fuentes J, Morales-Domínguez L.— Intrauterine synechiae after use of monopolar resectoscope. *Ginecol Obstet Mex*, 2015, **83**, 340-349.
7. AAGL Advancing Minimally Invasive Gynecology Worldwide.— AAGL practice report: practice guidelines for management of intrauterine synechiae. *J Minim Invasive Gynecol*, 2010, **17**, 1.
8. Soares SR, Barbosa dos Reis MM, Camargos AF.— Diagnostic accuracy of sonohysterography, transvaginal sonography, and hysterosalpingography in patients with uterine cavity diseases. *Fertil Steril*, 2000, **73**, 406.
9. Lin XN, Zhou F, Wei ML, et al.— Randomized, controlled trial comparing the efficacy of intrauterine balloon and intrauterine contraceptive device in the prevention of adhesion reformation after hysteroscopic adhesiolysis. *Fertil Steril*, 2015, **104**, 235-240.
10. Fernandez H, Peyrelevade S, Legendre G, et al.— Total adhesions treated by hysteroscopy: must we stop at two procedures? *Fertil Steril*, 2012, **98**, 980-985.
11. Li C, Wei ML, Lin XN, et al.— Effects of early intervention of second-look office hysteroscopy in the prevention of adhesion reformation for moderate-severe Asherman's syndrome. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*, 2013, **93**, 3617-3619.
12. Yu D, Li TC, Xia E, et al.— Factors affecting reproductive outcome of hysteroscopic adhesiolysis for Asherman's syndrome. *Fertil Steril*, 2008, **89**, 715-722.
13. Valle RF, Sciarra JJ.— Intrauterine adhesions: hysteroscopic diagnosis, classification, treatment, and reproductive outcome. *Am J Obstet Gynecol*, 1988, **158**, 1459-1470.
14. Johary J, Xue M, Zhu X, et al.— Efficacy of estrogen therapy in patients with intrauterine adhesions: systematic review. *J Minim Invasive Gynecol*, 2014, **21**, 44.
15. Lin X, Wei M, Li TC, et al.— A comparison of intrauterine balloon, intrauterine contraceptive device and hyaluronic acid gel in the prevention of adhesion reformation following hysteroscopic surgery for Asherman syndrome: a cohort study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2013, **170**, 512-516.
16. Bosteels J, Weyers S, Kasius J, et al.— Anti-adhesion therapy following operative hysteroscopy for treatment of female subfertility. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015, **11**, CD011110.

Les demandes de tirés à part doivent être adressées au Pr M. Nisolle, Service de Gynécologie-Obstétrique, CHR Citadelle, Boulevard du XII<sup>ème</sup> de Ligne, 4000 Liège, Belgique.

Email : [Michelle.Nisolle@chuliege.be](mailto:Michelle.Nisolle@chuliege.be)