



Contexte épidémiologique, clinique et limites diagnostiques dans la prise en charge hystéroscopique des synéchies dans un hôpital public de la ville de Yaoundé

Epidemiology, clinical profile and limitations of hysteroscopic management at a public health facility in Yaoundé

Ngono Akam MV^{1,2}, Mpono Emenguele P^{1,2}, Mendoua M², Nyada S^{1,2}, Metogo Ntsama JA^{1,2}, Nsahlai C², Edimo WN¹, Kasia Onana YB¹, Adjessa Abega¹, Belinga E^{1,2}, Noa Ndoua CC^{1,2}, Kasia JM^{1,2}

Article original

¹Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine

²Département de Gynécologie et Obstétrique, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1

Auteur correspondant :

Ngono Akam Marga Vanina.
Département de Gynécologie et Obstétrique, Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales, Université de Yaoundé 1. B.P. 1364.
Tel : (+237) 671.996.446.
Email : yakam24@yahoo.fr

Mots-Clés : Synéchies utérines, Facteurs de risque, Diagnostic, Hystéroscopie.

Keywords: Uterine Synechiae, Risk Factors, Diagnosis, Hysteroscopy

RESUME

Introduction : les synéchies utérines correspondent à une coalescence anormale totale ou partielle des parois utérines, secondaire à un traumatisme de l'endomètre. Notre objectif était de ressortir le profil épidémiologique, clinique et les limites diagnostiques des synéchies utérines dans notre contexte.

Méthodologie : Nous avons mené une étude transversale, avec collecte rétrospective des données sur la période allant du 1^{er} janvier 2017 au 31 mai 2022, au Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine (CHRACERH). Les variables étudiées étaient démographiques, cliniques et paracliniques. Les données ont été analysées grâce au logiciel SPSS 26.0.

Résultats : Nous avons recensé 759 cas d'hystéroscopie et la proportion de synéchies utérines était de 20,9% (n=159). Seuls 62 dossiers et vidéos étaient exploitables. L'âge moyen était de 43,1 ± 6,8 ans. La majorité des patientes avaient réalisé au moins un avortement 71% (n=44), étaient nullipares 72,6% (n=45). Les facteurs de risque retrouvés étaient la myomectomie par laparotomie soit 36 patientes (58,1%), les curetages et les aspirations utérines (45,2%). On retrouvait un cas (1,6%) de tuberculose génitale. Les symptômes étaient présents chez 30 patientes (48,4%) et chez 24 patientes (51,6%), le diagnostic était posé lors d'un bilan de fertilité. Une échographie endovaginale a été réalisée chez toutes les patientes avec une sensibilité de 9,7% (6/62). Une hystérosalpingographie a été réalisée chez 32 patientes avec une sensibilité de 59,4% (19/32).

Conclusion : le traitement des synéchies était réalisé à un âge avancé. Le facteur de risque le plus retrouvé était la laparotomie indiquée pour myomectomie. L'hystérosalpingographie avait une faible sensibilité diagnostique.

ABSTRACT

Introduction: Uterine synechiae are abnormal partial or total adhesions of the uterine wall, caused by endometrial trauma.

Methods: We conducted a retrospective cross-sectional study comprising data from 1st January 2017 to 31st May 2022 at CHRACERH. Variables consisted of demographic, clinical and paraclinical data. Data were analyzed using SPSS version 26.

Results: A total of 759 cases of hysteroscopy were examined, with uterine synechiae representing 20.9% (n=159). Among these, 62 files and videos were suitable for use. The mean age was 43.1±6.8 years. Most patients had a history of at least one abortion (71%; n=44), and were nulliparous (72.6%; n=45). Risk factors identified included myomectomy via laparotomy (58.1%; n=36), and curettage and aspiration (45.2%). A case of genital tuberculosis was found (1.6%). Uterine synechiae were suspected and confirmed based on symptoms presented in 48.8% of patients, while in 51.6% of patients, it was made following infertility work-up. Transvaginal ultrasound was performed in all patients with a sensitivity of 9.7% (6/62). Hysterosalpingography was performed in 32 women and showed a sensitivity of 59.4% (19/32).

Conclusion: Uterine synechiae were treated at an advanced aged. The most common risk factor was laparotomy indicated for myomectomy. Hysterosalpingography had a low sensitivity in diagnosing synechiae.

Introduction

Les synéchies utérines correspondent à une coalescence anormale totale ou partielle des parois utérines, secondaire à un traumatisme de l'endomètre. Décrites initialement par Fitsh en 1894, puis, Asherman a décrit dès 1948 ce syndrome d'accolement des parois qui porte aujourd'hui son nom (1). Un grand nombre d'entre elles sont asymptomatiques. Les principaux symptômes imputables aux synéchies sont : les désordres du cycle menstruel, une infertilité ou des complications survenant durant la grossesse. Les synéchies sont secondaires le plus souvent à des gestes endo-utérins traumatiques sur utérus gravide ou non (2). Il s'agit d'une pathologie adhérentielle mettant en jeu le pronostic de fertilité des patientes. Sa prévalence est probablement sous-estimée du fait de l'hétérogénéité de la symptomatologie et varie entre 2 % et 40 % en fonction du geste initial effectué (2).

Le principal facteur de risque de leur survenue est la réalisation d'un geste endo-utérin avec en tête de liste les curetages/aspirations dans le cadre des avortements, et la chirurgie des myomes sous muqueux. Au Cameroun, le statut illégal de l'interruption volontaire de grossesse entraîne une forte proportion d'avortements pratiqués par des personnes non qualifiées (3), incitant parfois les femmes à éviter les milieux spécialisés en cas de complications. En outre, si la littérature est unanime sur les principales causes de cette affection, il n'en demeure pas moins que certaines étiologies initialement décrites par Asherman en 1956 comme la tuberculose génitale reste une étiologie de synéchies dans les pays endémiques (4).

L'hystéroscopie constitue la méthode de référence pour le diagnostic des synéchies utérines, mais sa disponibilité dans les pays à faibles ressources financières laisse une grande place pour le bilan d'imagerie (échographie, hystérosonographie, hystérosalpingographie), nécessitant une interprétation minutieuse et entraînant un gros risque de sous - estimation de la pathologie et de diagnostic tardif. D'où l'intérêt de mener cette étude dans notre contexte dont les objectifs étaient de

ressortir l'âge des patientes au moment de la prise en charge, les facteurs étiologiques propres à notre contexte, et enfin la sensibilité des modalités diagnostiques alternatives à l'hystéroscopie.

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude transversale, avec collecte des données rétrospective sur une période de 5 ans 4 mois allant du 1^{er} janvier 2017 au 31 Mai 2022. Elle s'était déroulée au Centre Hospitalier de Recherche et d'Application en Chirurgie Endoscopique et Reproduction Humaine (CHRACERH), situé dans la ville de Yaoundé (Cameroun). Étaient enrôlées toutes les patientes auprès desquelles le diagnostic de synéchie utérine était posé et confirmé lors d'une hystéroscopie au CHRACERH. Étaient exclues de l'étude, les patientes n'ayant pas de dossiers médicaux exploitables ou n'ayant pas de confirmation à l'hystéroscopie d'une synéchie utérine (compte-rendu opératoire ou vidéos de l'intervention).

Les variables étudiées étaient l'âge au moment de la prise en charge, l'indice de masse corporelle, les données reproductives (gestité, parité et nombre d'avortements), les facteurs de risque de synéchies utérines (antécédents de curetage endo-utérin, myomectomie par laparotomie et hystéroscopie) et les circonstances de découverte (fortuite ou décours des troubles du cycle ou de complications obstétricale) et paracliniques (moyens diagnostiques à savoir échographie, hystérosonographie et hystérosalpingographie).

Après avoir obtenu l'autorisation administrative ainsi qu'une clairance éthique, les données étaient recueillies dans les dossiers médicaux des patients. Les données d'imagerie étaient obtenues par la lecture directe des clichés d'échographie et d'hystérosalpingographie ou par le compte-rendu de d'hystérosalpingographie. Les variables étaient présentées sous forme d'effectifs, de fréquences, de moyennes et écart-type. L'analyse des données était faite à l'aide du logiciel SPSS version 23.0. Le seuil de significativité était fixé à une valeur $p < 0,05$.

Résultats

Au total, 759 hystérosopies ont été réalisées au CHRACHERH de janvier 2017 à mai 2022, au cours desquelles le diagnostic de synéchies utérines a été posé chez 159 patientes correspondant à une prévalence des synéchies de 20,9% au CHRACHERH. Quatre-vingt-dix-sept patientes avaient des dossiers introuvables, des comptes rendu/vidéo introuvables ou étaient perdues de vue, ainsi seulement 62 dossiers étaient retenus. L'âge moyen de la population d'étude était de $43,1 \pm 6,8$ ans avec des extrêmes allant de 26 à 56 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de 42 ans et plus ($n=36$, 58,1%). Ces patientes avaient un indice de masse corporelle moyen de $28,6 \pm 5,4$ kg/m². La majorité des patientes avaient déjà obtenue une grossesse ($n= 47$, 75,8%), réalisé au moins un avortement ($n=44$, 71%). La grande majorité était nullipare ($n=45$, 72,6%), et aucune d'entre elles n'avaient plus de deux enfants (**Tableau I**).

Les facteurs de risque retrouvés étaient la myomectomie par laparotomie ($n= 6/62$, 58,1%), les curetages et les aspirations utérines ($n=28/62$, 45,2%) et les hystérosopies pour pathologies intra-cavitaires (10/62). On retrouvait cependant un cas (1,6%) de tuberculose génitale. Dans notre série, 58/62 soit 87,1% avaient un problème d'infertilité. Les symptômes évocateurs étaient présents chez 30 patientes (48,4%) et chez les 32 autres le diagnostic avait été posé de manière fortuite lors d'un bilan d'infertilité.

Les symptômes les plus fréquents étaient l'hypoménorrhée ($n=20$, 32,2%), les aménorrhées ($n=7$, 11,3%) et les douleurs pelviennes cycliques soit trois patientes sur 62 ($n=3/62$ 4,8%). Concernant les moyens diagnostiques, 100% des patientes avaient réalisé une échographie, 51,6% ($n=32$) avaient réalisé une hystérosalpingographie et 12,5% ($n=4$) une hystérosoneographie (**Tableau III**). Seulement six échographies sur 62 avaient permis d'évoquer le diagnostic de synéchies utérines soit une sensibilité de 9,7%. Et l'anomalie la plus décrite était une encoche endométriale soit 4,8% ($n=3$).

Parmi les 32 patientes ayant réalisé l'hystérosalpingographie, 19 patientes présentaient des anomalies, soit une sensibilité 59,4%.

Tableau I : Profil reproductif des patientes

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Facteurs de risque (N=62)		
Myomectomie par laparotomie	36	58,1
Curetage/Aspiration	28	45,2
Hystérocopie	10	16,1
Césarienne	7	11,3
Tuberculose	1	1,6
Révision utérine	1	1,6
Pose de stérilet	1	1,6
Endométrite	1	1,6
Bilharziose	0	0
Présentation clinique		
Désir de maternité	54	87,1
Hypoménorrhée	20	32,3
Aménorrhée	7	11,3
Douleurs pelviennes	3	4,8

Tableau II : Facteurs de risque et présentation clinique

Variables	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Gestité		
0	15	24,2
1 – 2	28	45,2
> 2	19	30,6
Nombre d'avortement		
0	18	29,0
1 – 2	32	51,6
> 2	12	19,4
Parité		
0	45	72,6
1 – 2	17	27,4
> 2	0	0

Tableau III : Examens paracliniques réalisés et trouvailles

Type d'examen	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Echographie	n=62	100
Détection des anomalies	6	9,6
Encoches endométriale	3	4,8
Endomètre déformé	1	1,6
Lacunes	1	1,6
Microcalcification endométrial	1	1,6
Pas de détection d'anomalie	56	90,4
Hystérosalpingographie	n = 32	51,6
Détection des anomalies	19	59,3
Lacunes	16	50,0
Endomètre festonné	1	3,1
Filaments de fibrine du fond utérin	1	3,1
Image en doigt de gant	1	3,1
Pas de détection d'anomalie	13	40,7
Hystérosonographie	n = 4	6,5
Encoche isthmique	1	25
Filaments de fibrine du fond utérin	1	25
Moignon utérin postérieur	1	25
Lacune + calcification linéaire	1	25

Discussion

La prévalence des synéchies est probablement sous-estimée du fait de l'hétérogénéité de la symptomatologie. Il s'agit d'une pathologie iatrogène, secondaire à un traumatisme endo-utérin. La prévalence des synéchies varie entre 2 % et 40 % en fonction du geste initial effectué. Les étiologies sont nombreuses et l'approche diagnostique peut varier en fonction du contexte socio-économique. Nos objectifs étaient donc de ressortir l'âge des patientes au moment de la prise en charge, les facteurs étiologiques propres à notre contexte, et enfin la sensibilité des modalités diagnostiques alternatives à l'hystéroscopie.

L'âge moyen au moment de la prise en charge était avancé dans notre série soit de $43,1 \pm 6,8$ ans. Ce qui était nettement au-dessus des âges rapportés par Elbahi *et al* au Maroc ou de Koudous *et al* (6) qui rapportaient respectivement des âges de 34 et 33,2 années. Ce retard peut être attribué à plusieurs facteurs, dont le premier serait lié à l'hétérogénéité des symptômes cliniques et parfois même l'absence de symptôme nécessitant un praticien qualifié et rigoureux pour en arriver au diagnostic. En outre l'inaccessibilité économique et géographique aux soins de qualité, et enfin la peur de rattacher les symptômes à un événement interdit comme l'interruption volontaire de grossesse dans notre pays.

Les synéchies endo-utérines sont susceptibles de survenir après tout geste endo-utérin via une dysrégulation de la chaîne d'activation de la coagulation liée au processus inflammatoire (7). L'une des causes les plus fréquentes de synéchies était historiquement la tuberculose, mais cette étiologie a pratiquement disparu dans les pays développés. Néanmoins dans notre série, nous avons eu un cas de tuberculose. Les facteurs de risque le plus retrouvé était la myomectomie par laparotomie (58,1%) cette forte proportion des myomectomies par laparotomie pourrait être lié d'une part à la forte prévalence des myomes chez le sujet noir africain, qui y sont plus nombreux et de grandes tailles et l'inaccessibilité de la chirurgie mini-invasive pour tous dans notre contexte. Les myomectomies sont pourvoyeuses d'adhérence en fonction de leur volume, leur nombre et leur localisation. Taskin *et al*, décrivaient un taux de synéchies postopératoires jusqu'à 45,5% après résection hystéroscopique de multiples myomes (8).

Le rôle de l'imprégnation hormonale est largement décrit : un utérus grévise est plus à risque de développer des synéchies car l'endomètre est plus fin et plus fragile au traumatisme (9). La prévalence des adhérences intra-utérines après avortement spontané incomplet varie de 15 à 19% selon les auteurs. En revanche, la prévalence est plus élevée, de 15 à 40 %, après curetage pour rétention placentaire (8,10). En rétrospectif, nous n'avons pas

pu faire la différence entre le curetage et l'aspiration manuelle intra-utérine. Les curetages-aspirations étaient retrouvés dans 45,2% des cas. Ce qui fait soulever le problème de la clandestinité des avortements et de ce fait la peur de la consultation lors des complications. En effet, les synéchies sont principalement responsables d'une hypoménorrhée voire d'une aménorrhée et peuvent être associées à des douleurs pelviennes chroniques ou dysménorrhées.

Dans notre série le symptôme le plus fréquent était l'hypoménorrhée soit dans 32,2% des cas, suivi des aménorrhées dans 11,3% des cas et enfin des douleurs pelviennes cycliques. Elles peuvent aussi être asymptomatiques et diagnostiquées lors d'un bilan d'infertilité systématique comme il était le cas dans notre série. Cependant le désir de maternité constituait le principal motif de consultation, parfois même chez des patientes chez qui après interrogatoire présentaient un profil de synéchies utérines, laissant croire que le désir de maternité primait sur les symptômes fonctionnels des synéchies. Schenker et al. rapportent que les synéchies sont responsables d'infertilité dans 43 % des cas (6,11). Les mécanismes de cette infertilité sont encore mal connus. La principale hypothèse est que l'oblitération de la cavité limite la migration des spermatozoïdes en particulier si les adhérences concernent les ostiums tubaires et le col utérin. De plus, une cavité de taille réduite implique une diminution de la capacité à développer un endomètre fonctionnel avec une morphologie correcte.

L'échographie pelvienne est mise à défaut dans le diagnostic des synéchies (12). Cependant lorsqu'elle est effectuée par des mains expertes et un œil aguerri, elle peut à elle seule permettre de suspecter la présence de synéchies devant une disparition de la ligne de vacuité et l'existence de densifications muqueuses visualisées sous l'aspect de lignes hyperéchogènes (calcifications) ou hématométrie comme c'était le cas chez quelques patientes (12). La sensibilité médiocre de l'échographie dans notre série nous interpelle sur une meilleure interprétation des échographies et

peut être la qualité des appareils d'échographie.

L'hystérosalpingographie permet le diagnostic positif de synéchie. Elle en précise le nombre, le siège et l'exacte étendue. L'image radiologique affirmant l'existence d'une synéchie peut correspondre à une lacune à l'emporte-pièce à bords nets centrale, un aspect en ilot, en cœur, des images en doigt de gant (13). Les lacunes étaient la description la plus retrouvée. Les images peuvent être subtiles comme des synéchies de la corne utérine entraînent une amputation plus ou moins complète de celle-ci évoquant soit un utérus unicorne, soit une exceptionnelle malformation utérine avec asymétrie des cornes. Aucune anomalie pareille n'avait été décrite dans notre série. L'hystérogographie permet le diagnostic de pathologie intra-cavitaire avec une sensibilité proche de 100 % (14). Nos résultats montrent une sensibilité de l'hystérosalpingographie bien plus basse (59,6%). Ceci interpelle à une seconde lecture systématique des clichés hystérosalpingographiques d'une part et à une lecture soigneuse des différents temps de l'hystérogographie d'autre part.

Il existe une complète corrélation entre les résultats obtenus par l'hystérosonographie et l'hystérosalpingographie (13). Cependant chez les patientes avec désir de maternité, l'hystérosalpingographie était préférentiellement prescrite après l'échographie au profit de l'hystérosonographie car elle permet en outre l'évaluation de la perméabilité tubaire.

L'examen de référence est l'hystéroscopie diagnostique en précisant le caractère de l'adhérence, en évaluant l'endomètre adjacent et en situant les synéchies par rapport aux orifices tubaires, l'hystéroscopie permet d'objectiver les possibilités opératoires et d'évaluer le pronostic de fertilité de la patiente (2). Ce qui nous interpelle à la vulgarisation de l'hystéroscopie, qui dans ce cadre peut être réalisée en ambulatoire (office hysteroscopy) et pourrait être mieux adaptée au contexte africain. En attendant, une meilleure implication des gynécologues dans l'interprétation des examens d'imagerie permettrait d'éviter les

diagnostics tardifs.

La principale limite de notre étude reposait sur l'indisponibilité des clichés de d'hystérosalpingographie pour une seconde analyse pour l'étude réelle de la sensibilité de l'hystérosalpingographie.

Conclusion

Le traitement des synéchies était réalisé à un âge avancé. Le facteur de risque le plus retrouvé était la laparotomie indiquée pour myomectomie. La majorité des patientes avaient réalisé au moins un avortement et étaient nullipares 72,6%. L'hystérosalpingographie avait une faible sensibilité diagnostique.

Conflit d'intérêt :

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Contribution des auteurs

Conception et design : Ngon Akam M.V, Mpono Emenguele P, Mendoua M, Nyada S, Metogo Ntsama J.A, **Acquisition des données, ou analyse et interprétation des données :** Ngon Akam M.V, Edimo W.N, Kasia Onana Y.B, **Révision critique du contenu intellectuel important:** Ngon Akam M.V, Mpono Emenguele P, Mendoua M, Nyada S, Metogo Ntsama J.A, Nsahlai C, Belinga E, Noa Ndoua CC, Kasia JM, **Approbation finale de la version à publier:** Belinga E, Noa Ndoua CC, Kasia JM

Références

1. Asherman JG. Amenorrhoea traumatica (atretica). J Obstet Gynaecol Br Emp. 1948 Feb;55(1):23-30.
2. Piketty M, Lesavre M, Prat-Ellenber L, Benifla JL. Synéchie utérine : le jeu chirurgical en vaut-il la chandelle ? Gynécologie Obstétrique Fertil. 2010 Sep 1;38(9):547-9.
3. Gourbin C. Santé de la reproduction au Nord et au Sud : Actes de la Chaire Quetelet 2004. Presses univ. de Louvain; 2010. 505 p.
4. Jegaden M, Capmas P, Debras E, Neveu ME, Pourcelot AG, Fernandez H. Traitements des synéchies associées à une infertilité. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 2021 Dec;49(12):930-5.
5. Kdous M, Hachicha R, Zhioua F, Ferchiou M, Chaker A, Meriah S. Fertilité après cure hystéroscopique de synéchie. Gynécologie obstétrique Fert. 2003 Mai ;31(5): 422-428.
6. Stadtmayer L, Grunfeld L. The significance of

endometrial filling defects detected on routine transvaginal sonography. J Ultrasound Med Off J Am Inst Ultrasound Med. 1995 Mar;14(3):169-72; discussion 173-174.

7. Taskin O, Sadik S, Onoglu A, Gokdeniz R, Erturan E, Burak F, et al. Role of Endometrial Suppression on the Frequency of Intrauterine Adhesions after Resectoscopic Surgery. J Am Assoc Gynecol Laparosc. 2000 Aug 1;7(3):351-4.
8. De Wilde RL, Brölmann H, Koninckx PR, Lundorff P, Lower AM, Wattiez A, et al. Prevention of adhesions in gynaecological surgery: the 2012 European field guideline. Gynecol Surg. 2012 Nov;9(4):365-8.
9. Jegaden M, Capmas P, Debras E, Neveu ME, Pourcelot AG, Fernandez H. Traitements des synéchies associées à une infertilité. Gynécologie Obstétrique Fertil Sénologie. 2021 Dec 1;49(12):930-5.
10. Vernet M, Delbos L, Bouet PE, Catala L, Delbos L, Descamps P, et al. Synéchies utérines et infertilité. Médecine Reprod. 2021 Jan 1;23(1):34-47.
11. Stephens JD. Ultrasonography's role in detection of intrauterine synechiae. Am J Obstet Gynecol. 1990 Sep;163(3):1106-7.
12. Widrich T, Bradley LD, Mitchinson AR, Collins RL. Comparison of saline infusion sonography with office hysteroscopy for the evaluation of the endometrium. Am J Obstet Gynecol. 1996 Apr;174(4):1327-34.
13. A. Bricou, F. Demaria, B. Boquet, J.-M. Jouannic, J.-L. Benifla. Synéchies utérines. Dans Encyclo Méd Chir, Gynécologie[158-A-10] 2009. 463-465