



imaging all the women®



EasyCare

Les applications cliniques





Pr. Hervé Fernandez,
 Chef de service de Gynécologie-Obstétrique
 à l'hôpital du Kremlin-Bicêtre

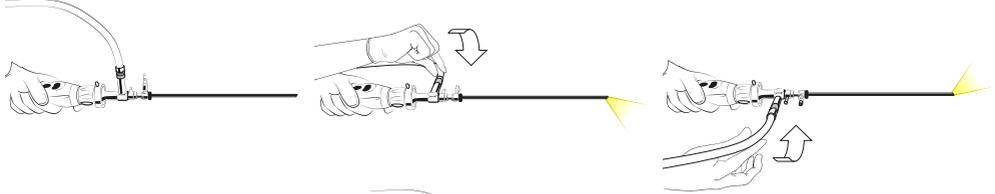
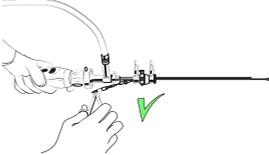
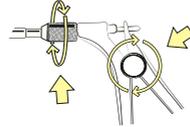
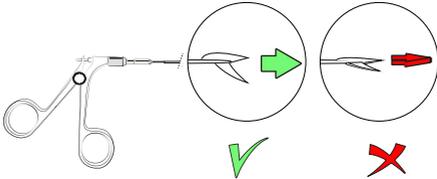
" EasyCare est un set d'instruments qui permet de traiter les différentes pathologies abordées dans ce document. Le faible diamètre de ces instruments, et l'absence d'énergie en font l'outil idéal pour les femmes nullipares, les couples infertiles, les femmes ménopausées ou avec un col sténosé. Dans le contexte actuel qui tend vers la réalisation d'actes de plus en plus nombreux en salle de consultation plutôt qu'au bloc opératoire, il est fondamental de se munir d'outils atraumatiques mais performants. Avec un diamètre externe contenu (5mm) 95% des patientes peuvent être traitées par vaginoscopie. Avec un canal opérateur permettant l'utilisation d'instruments efficaces (7Fr), vos gestes seront sûrs et rapides."

Composition du set

- 1 Un **hystéroscope HD de 2,9mm à 30°** pour visualiser efficacement l'ensemble de la cavité utérine. 
- 2 Une **chemise diagnostique de 4mm** de diamètre avec robinet rotatif. 
- 3 Une **chemise opératoire interne de 4,9mm** de diamètre, dotée d'un canal opérateur de 7Fr. permet d'avoir un outil idéal pour réaliser du «See & Treat» en salle de consultation. 
- 4 Une **chemise opératoire externe de 5,5mm** de diamètre pour la réalisation d'actes plus lourds en bloc opératoire. 
- 5 **4 instruments** pour appréhender toutes les situations. Ils sont gradués pour faciliter vos repères chirurgicaux. 
- 6 Un **câble de lumière** et ses adaptateurs. 

Comment manipuler correctement

Quelques recommandations et astuces qui vont vous assurer un meilleur confort de travail :

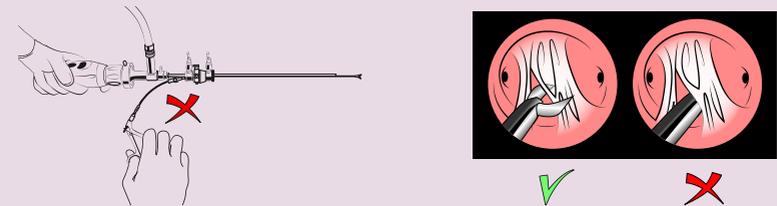
- 1 Tirer profit du 30° durant l'hystérocopie diagnostique. 
- 2 Bonne tenue de l'instrument et de la chemise opératoire. 
- 3 S'assurer que les 2 vis de l'instrument sont bien serrés avant utilisation. 
- 4 Cas particulier : s'assurer que la lame amovible de la paire de ciseaux est bien alignée avec la poignée avant de serrer. 

Ce qu'il faut éviter

Pour le bien être de votre patiente, mais aussi pour une meilleure longévité de vos instruments :

- Ne pas tordre les instruments lors de la manipulation dans le canal opératoire.

- Toujours garder en vision directe les instruments opératoires.





Qu'est ce qu'un polype ?

Définition

Les polypes utérins sont des excroissances de l'endomètre ou de l'endocervix. Leur taille varie de quelques millimètres à plusieurs centimètres. Ils sont souvent asymptomatiques mais peuvent être la cause de saignements anormaux ou d'une infertilité.

Que faire ?

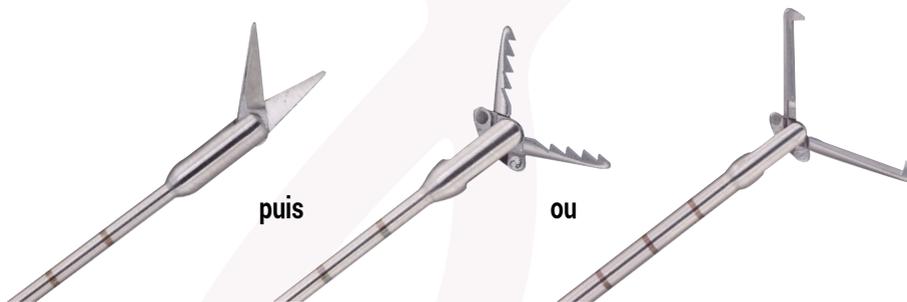
En termes d'infertilité ou d'âge > 40 ans ils doivent être retirés. Dans les autres cas, et surtout pour les polypes < 15mm, ils peuvent se résorber et nécessitent d'être recontrôlés avant toute indication opératoire.

Technique opératoire

Le slicing

Pour tous les polypes de volume supérieur au diamètre de l'endocervix, il faut pratiquer la technique du slicing facilitée par l'utilisation de ciseaux de 7Fr.

Instruments à utiliser

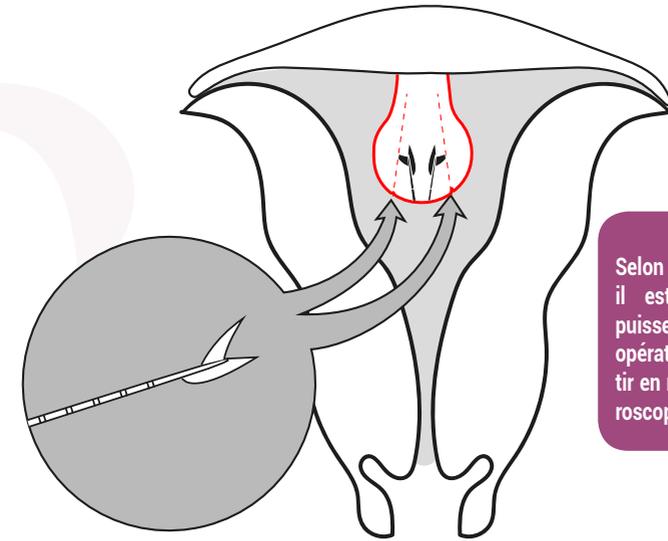


Méthode opératoire

Il faut couper les tranches transversalement et ne pas les laisser se détacher de leur pôle d'implantation dans la cavité utérine. Le nombre de tranches est à adapter en fonction de la taille du polype.

Ne coupez pas le pied du polype en premier, il vous sera alors difficile de le trancher en plusieurs morceaux pour l'extraction.

L'extraction est réalisée à l'aide de pinces de 7Fr., de type pozzi ou classique.

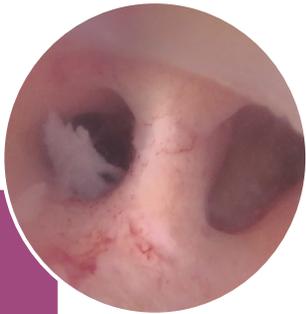


 Selon les tranches effectuées, il est possible qu'elles ne puissent pas sortir par le canal opératoire. Dans ce cas, les sortir en même temps que l'hystéroscope.

En salle de consultation

Sur une patiente non anesthésiée, il est possible d'effectuer l'ablation de tous les polypes de moins de 15mm par la technique du slicing.

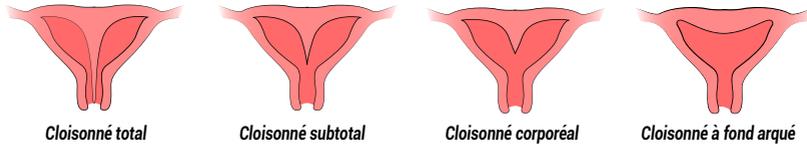
L'expérience du chirurgien acquise au bloc opératoire sous AG va lui permettre de réaliser les mêmes gestes sans anesthésie en consultation.



Qu'est ce qu'une cloison?

Définition

Une cloison ou septum est une malformation utérine séparant la cavité en deux par son milieu, composée d'un tissu fibreux et/ou musculaire. Selon l'importance de cette cloison, on parle de :



Elles sont responsables de 40% de fausses couches précoces, de malposition fœtale source de césarienne et d'accouchements prématurés en cas d'association à une béance fonctionnelle diagnostiquée par échographie du col entre 16 et 20 semaines d'aménorrhée. Le lien entre infertilité et cloison utérine n'est pas établi.

Que faire ?

Quand le diagnostic de cloison utérine est fait, au mieux par la réalisation d'une échographie 3D avec coupe coronale pour éliminer un utérus bicorne en visualisant la séreuse fundique, il faut réaliser une section de la cloison.

Technique opératoire

La section est réalisée soit par des instruments froids type Easycare limitant le taux de synéchies soit par un couteau bipolaire installé sur un résecteur de 6mm type Resecare en fonction de l'expérience de l'opérateur.

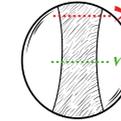
Instrument à utiliser



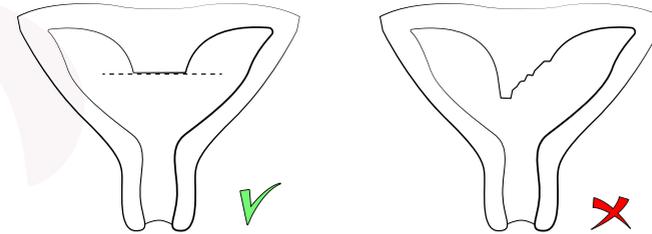
Méthode opératoire

1 Placez-vous à l'extrémité basse de la cloison.

2 Insérez le ciseau et coupez la cloison en son milieu de proche en proche.



3 Plus vous avancez dans la découpe plus la cloison sera large. Ainsi, il faut changer régulièrement de compartiment utérin pour toujours avoir le fond de la cavité utérine aligné.



4 L'objectif est d'aligner les deux ostia tubaires en fin d'intervention. Si des saignements apparaissent avant cela, il est conseillé d'interrompre l'intervention car cela traduit la jonction entre la nature fibreuse et musculaire de la cloison. Cette dernière ne nécessite pas toujours d'être sectionnée.

5 A 2 mois de l'intervention un contrôle d'échasonographie est nécessaire pour éliminer une synéchie et mesurer la taille d'un éventuel résidu de cloison (habituellement < 10mm).

 • Toujours placer la lame non amovible du côté de la paroi utérine et non de la cloison.
• Il est impératif d'utiliser l'aide échographique dans le cas d'une cloison totale.

En salle de consultation

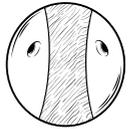
Sur une patiente non anesthésiée, il est possible d'effectuer la cure des cloisons corporelles et des fonds arqués. La méthode opératoire est identique. En moyenne, trois minutes seulement sont nécessaires pour enlever 10mm de cloison.



Qu'est ce qu'une synéchie ?

Définition

Une synéchie est une adhérence intra-utérine. Elle peut être plus ou moins étendue. L'approche pragmatique de la classification présentée ci-dessous permet de les catégoriser.



Grade I

Adhérences fines, avec les 2 ostia visibles.
Levée facilement par l'extrémité de l'hystéroscope. Région cornuale normale.



Grade IIa

Adhésion dense unique bloquant l'orifice tubaire.
Reliant différentes régions de la cavité utérine. Ne pouvant pas être levée par l'hystéroscope seul.



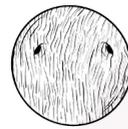
Grade IIb

Adhérences denses et multiples.
Reliant différentes régions de la cavité utérine. Oblitération unilatérale d'une corne.



Grade III

Adhérences denses et étendues avec oblitération partielle de la cavité utérine.
Oblitération bilatérale (partielle) de la région ostiale tubaire.



Grade IV

Cicatrice et fibrose endométriale étendue.
Aménorrhée.

Que faire ?

Le meilleur moyen de traiter les synéchies est avant tout la prévention, basée sur la limitation ou la suppression des curetages (préférer l'hystérocopie pour le traitement des retentions de trophoblaste). Si elles interfèrent dans le processus de procréation ou si elles sont symptomatiques (hypoménorrhée, aménorrhée, douleurs cycliques), une cure de synéchies doit être effectuée.

Technique opératoire

L'utilisation d'instruments froids pour traiter les synéchies est indispensable car l'utilisation d'énergie pourrait détruire les petits îlots d'endomètre restant, qui favorisent la repousse de l'endomètre pour une meilleure restitution de la cavité.

Instrument à utiliser



Méthode opératoire

Dans le cas des synéchies type I et IIa, leur levée nécessite seulement quelques gestes. Dans le cas de synéchies denses type IIb, III, IV, la première étape est de trouver un trajet prudent au sein de la cavité jusqu'à si possible visualisation des deux ostia.

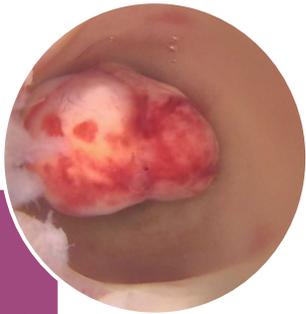
La paire de ciseau de 7Fr. est d'une grande aide car plus efficace : elle permet de retrouver une cavité normale lors du premier temps opératoire.

La paire de ciseau, ayant des lames plus grandes, permet également d'effectuer un geste irréalisable avec des ciseaux 5Fr. : une découpe en glissant la paire de ciseaux tenue ouverte. On a donc une meilleure maniabilité de l'instrument.

- Il est impératif d'utiliser l'aide échographique dans le cas de synéchies III et IV.
- Toujours placer la lame non amovible contre la paroi utérine et non l'inverse.

En salle de consultation

Sur une patiente non anesthésiée, il est possible d'effectuer une cure de synéchies quand elles sont de type I et IIa.

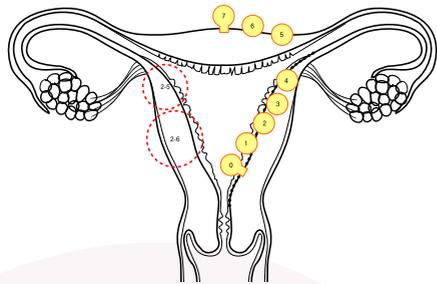


Qu'est ce qu'un fibrome?

Définition

Un fibrome utérin est une tumeur bénigne qui se forme à partir du tissu musculaire de l'utérus. Sa taille peut varier de quelques millimètres à plusieurs centimètres. Selon son positionnement, le fibrome est classé par type allant de 0 jusqu'à 7.

La présence d'un fibrome peut causer des saignements anormaux, des douleurs, mais aussi interférer dans la fertilité pour ceux situés dans la cavité utérine.



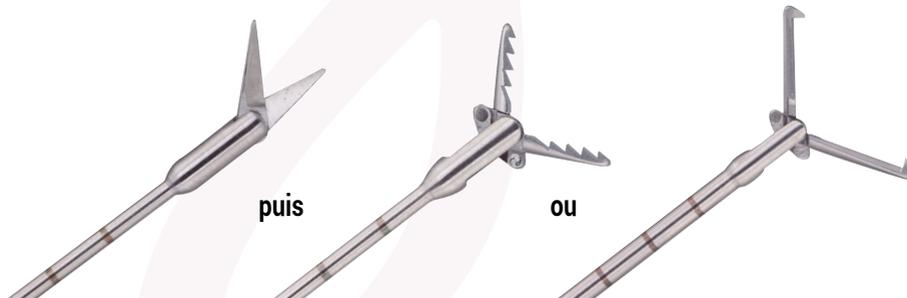
Que faire ?

Seuls les myomes sous-muqueux symptomatiques sont opérables par hystérocopie (type 0 à 2), s'ils ne dépassent pas 50mm, avec un mur de sécurité postérieur supérieur à 5mm ou avec contrôle échographique si <5mm.

Technique opératoire

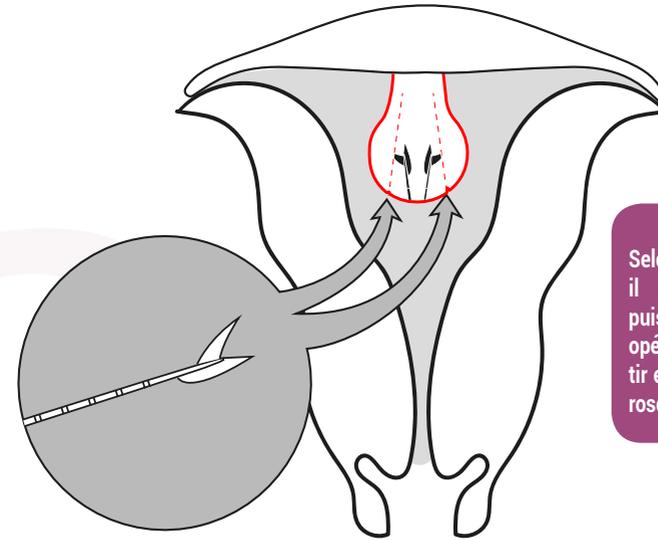
Réaliser une myomectomie avec EasyCare doit être envisagée dans le cas de myomes de type 0 inférieur à 20mm.

Instruments à utiliser



Méthode opératoire

La méthode opératoire utilisée est le slicing, vu pour la polypectomie.



 Selon les tranches effectuées, il est possible qu'elles ne puissent pas sortir par le canal opérateur. Dans ce cas, les sortir en même temps que l'hystérocopie.

En salle de consultation

Sur une patiente non anesthésiée, il est possible de traiter les myomes de type 0 de moins de 15mm par la technique du slicing.

Il existe également la technique en 2 temps proposée par le Pr. Bettocchi, nommé OPPIUM où le premier temps se réalise en salle de consultation. Il consiste à réaliser avec une chemise opératoire équipée de la paire de ciseau, une incision de l'endomètre le long de sa zone de réflexion sur le myome. Cet acte est réalisé dans le même temps que l'hystérocopie diagnostique, selon le principe du «See & Treat».

Le second temps, lui est réalisé en bloc opératoire deux mois plus tard. Et pendant cette intervalle, les myomes de type 1 ou 2 sont réduits à des types 1 et 0 dans 93% des cas, facilitant la résection.

Autres applications



Biopsie dirigée

Les biopsies sont réalisées en cas de suspicions de cancer de l'endomètre ou pour un bilan d'infertilité. Cependant, selon la méthode utilisée les résultats sont différents :

- Biopsie dirigée sur la zone concernée ➔ 90% de bons résultats
- Biopsie à la pipelle de Cornier ➔ pas plus de 50%
- Curetage biopsique ➔ pas plus de 50% et risques importants de synéchies

Le plus : la pince de biopsie 7Fr. Elle permet de récolter un volume de matériel nettement plus important et ainsi un diagnostic facilité.



Rétention trophoblastique

Il s'agit de la persistance de tissus anormaux au sein de la cavité utérine suite à une fausse couche ou parfois même un accouchement responsable de saignements au moins un mois après l'évènement initial.

On récupère le tissu avec une pince de préhension de 7Fr. qui donne plus d'efficacité car plus de préhension.

Le curetage n'est pas recommandé car à risque de synéchie.



Le retrait de DIU

Dans le cas où le fils du DIU n'est plus visible et donc impossible à retirer directement, l'hystérocopie est la solution. On peut visualiser le DIU dans la cavité utérine et l'attraper grâce à la pince de Pozzi ou la pince à préhension. Là encore une pince de 7Fr. donne plus d'efficacité.

Livret réalisé en collaboration avec le Prof. Hervé Fernandez