

Faisons-nous trop d'hystérectomies?



Ph.Descamps, L.Delbos, M.Godefroy, L.Catala, C.Lefebvre, PE Bouet, G.Legendre



Enquête auprès des Chirurgiens gynécologues (Privé – Public CH – Public CHU) SCGP Lille 2019

Non (n=10) : Solution simple et efficace. Réticence par rapport aux traitements hormonaux, évite la surveillance.

Oui (n=77): Trop d'hystérectomies pour lésions bénignes.

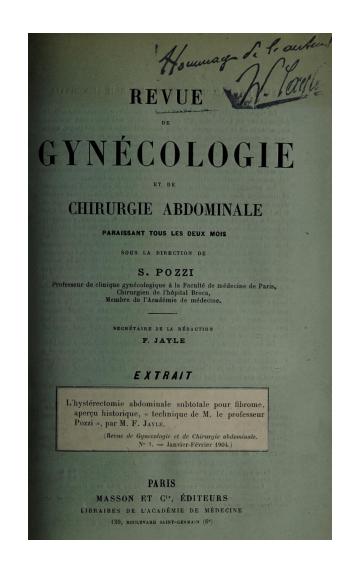
- Techniques alternatives insuffisamment proposées, méconnaissance, absence de matériel (HIFU) ou organisation défectueuse (embolisation), cotations défavorables.
- Alternatives médicamenteuses peu encouragées (HAS/Esmya)
- Nécessité d'une réactualisation des RPC (CNGOF 2008-2021)

De quoi parle-t-on?

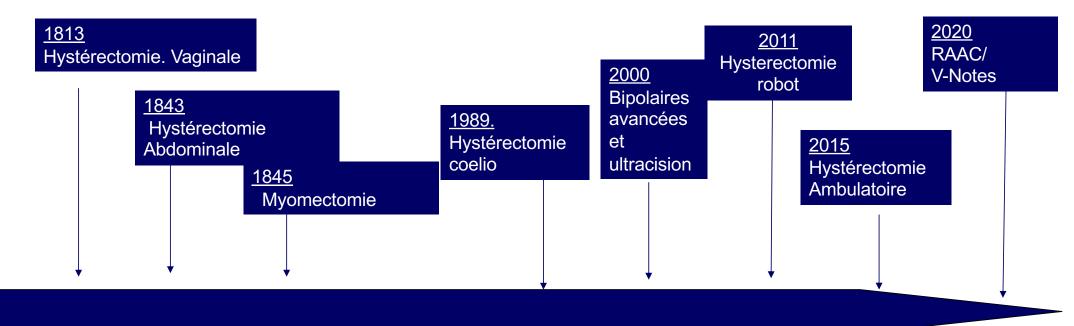
- Premières hystérectomies en France en 1850
- Que de progrès en 170 ans !
 - Voies d'abord : Vaginale, Coelioscopie, Robot, V-NOTES
 - Technique standardisée (10 étapes)
 - RAAC
 - Nouvelles énergies
 - Ambulatoire







HYSTERECTOMIE: 200 ans d'évolution















Pourquoi en parle-t-on? La presse grand public

- Intervention:
 - Souvent inutile
 - Conséquences sous-estimées





Pourquoi en parle-t-on ? Les conséquences psychosexuelles

Curr Sex Health Rep (2014) 6:244–251 DOI 10.1007/s11930-014-0029-3

FEMALE SEXUAL DYSFUNCTION AND DISORDERS (A GIRALDI AND L BROTTO, SECTION EDITORS)

Effects of Hysterectomy on Sexual Function

Risa Lonnée-Hoffmann · Ingrid Pinas

- Effets bénéfiques de l'hystérectomie
 - Disparition saignements anormaux, douleurs ...
 - Amélioration des scores de qualité de vie et sexualité
- Détérioration de la sexualité possible
 - Peu fréquente (10 à 20%)
 - Risque majoré si ovariectomie associée
 - (surtout si non ménopausée))
- Facteurs de risques de dysfonctions sexuelles :
 - Dépression
 - Insatisfaction sexuelle avant OP

L'hystérectomie ne perturbe pas la vie sexuelle







VOIR AUSSI

- · Les maladies d'amour
- · Les troubles sexuels féminins
- · Tout savoir sur le sexe de la femme
- Hystérectomie

Quel est l'impact réel de l'hystérectomie sur l'activité sexuelle ? Selon une vaste étude effectuée aux Etats-Unis, les conséquences sur la vie sexuelle seraient limitées.

Des études avaient montré que le principal souci des femmes devant subir une hystérectomie (cette intervention chirurgicale qui consiste à enlever l'utérus) pour une pathologie bénigne portait sur les conséquences de cette intervention sur leur vie sexuelle ultérieure. Les études menées sur le vécu subjectif de femmes après cette intervention



étayaient cette anxiété. Selon les études en effet, 13 à 37 % des femmes mentionnaient une détérioration de leur sexualité, mais, paradoxalement, certaines femmes (16 à 47 %) remarquaient une amélioration de leur vie sexuelle.

La suspicion est lancée



POLITIQUE SOCIETE INTERNATIONAL ECO PARIS CULTURE SPORT SOI

Opérations inutiles : comment faire le ménage et des économies

12h00, le 27 novembre 2017

Par Anne-Laure Barret 💆

Gouvernement et praticiens lancent la chasse aux actes chirurgicaux injustifiés.



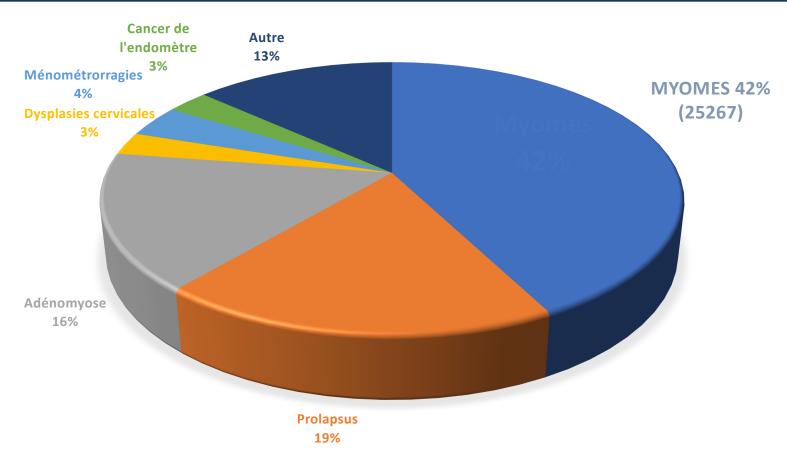
Combien d'hystérectomies en France?

2019

60 159 HYSTÉRECTOMIES

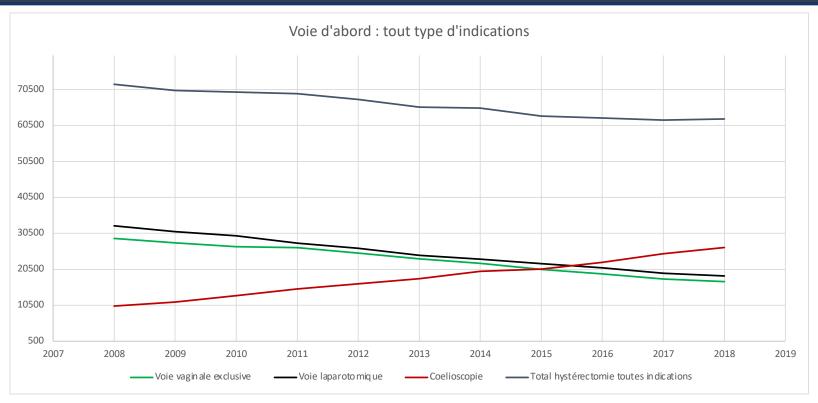
33 981 Public/PSPH 26 178 Privé

HYSTÉRECTOMIES EN 2019



Cyrille HUCHON, Audrey CHEVROT, Arnaud FAUCONNIER. CHI Poissy-Saint-Germain-en-Laye, Université Versailles / Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ), EA 7285 'RISCQ'

Voies d'abord : évolution toutes indications confondues



Source ATIH

Cyrille HUCHON, Audrey CHEVROT, Arnaud FAUCONNIER. CHI Poissy-Saint-Germain-en-Laye, Université Versailles / Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ), EA 7285 'RISCQ'

Evolution des procédures en France de 2015-2018

https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/actes-techniques-de-la-ccam.php

	2018	2017	2015
	1001	2.027	4.444
Embolisation	1991	2 037	1441
Endométrectomie + curetage hystéroscopique	31 779	35 077	31 665
Myomectomie	11 933	11 536	12 388
Myoniectonie	11 933	11 330	12 300
Exérèse polype hystéro/VB	30 862	29 403	30 151
Thermoablation	5 153	1 960	1 921



VOIES d'ABORD DE L'HYSTERECTOMIE









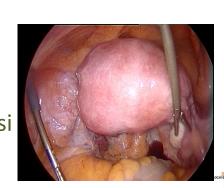
Voies d'abord pour l'hystérectomie

La voie vaginale est la technique de référence

Voie coelioscopique est à privilégier si vaginale non possible

Voie laparotomique

Aarts JW et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. Cochrane Database Syst Rev. 2015







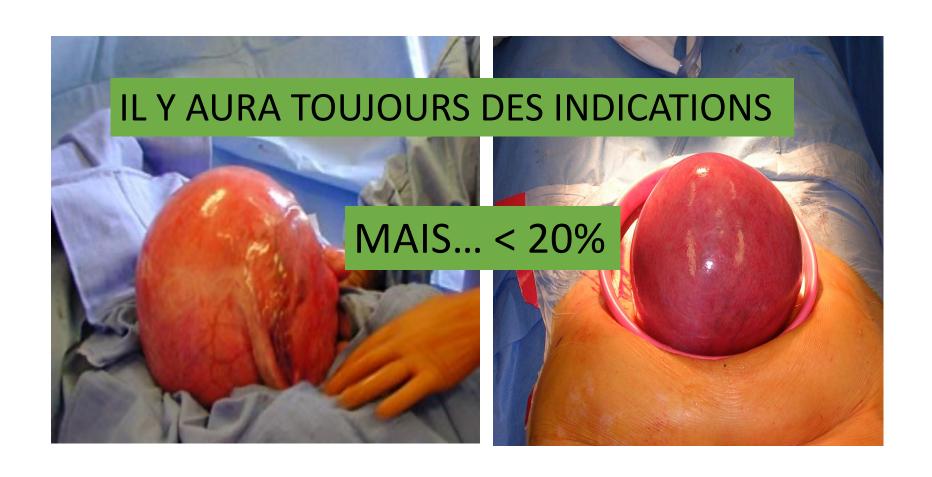


RPC CNGOF 2015



√En cas d'hystérectomie pour pathologie bénigne, il est recommandé de préférer la voie vaginale ou la coelioscopie (grade B)

HYSTERECTOMIE ABDOMINALE



Hystérectomies, voies d'abord et structures de soin en 2019 (source ATIH)

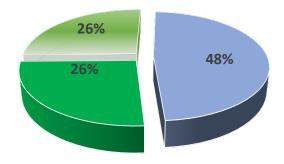
	Hôpitaux publics + PSPH		Hôpitaux privés		Total	
Voie d'abord	N	%	N	%	N	%
Vaginale	7986	23,7%	7259	27,8%	15245	25,5%
Laparotomie	9910	29,4%	7572	29,0%	17482	29,2%
Coelioscopie	11126	33,0%	7073	27,0%	18199	30,4%
Coelio-vaginale	4724	14,0%	4225	16,2%	8949	14,9%
Total	33746	100,0%	26129	100,0%	59875	100,0%

Cyrille HUCHON, Audrey CHEVROT, Arnaud FAUCONNIER. CHI Poissy-Saint-Germain-en-Laye, Université Versailles / Saint-Quentin-en-Yvelines (UVSQ), EA 7285 'RISCQ'

Les voies d'abord

voie d'abord des HT en 2018





European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology 231 (2018) 262-267



Contents lists available at ScienceDirect

European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/ejogrb



Review article

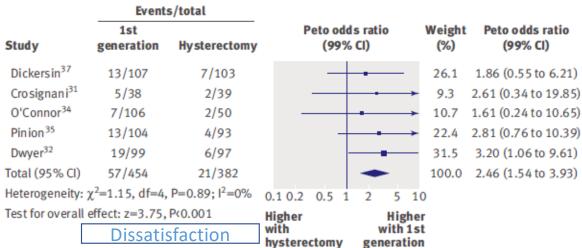
Evidence-based guidelines for vaginal hysterectomy of the International Society for Gynecologic Endoscopy (ISGE)



Andreas Chrysostomou^a, Dusan Djokovic^{b,c,*}, William Edridge^d, Bruno J. van Herendael^{e,f}

Promotion de la voie vaginale

Satisfaction – facteurs d'échec de la chirurgie



• Pas de facteur prédictif du risque d'échec (NS pour âge, taille cavité utérine, présence polypes/fibromes, parité, score de saignements)



2010

RESEARCH

Hysterectomy, endometrial destruction, and levonorgestrel releasing intrauterine system (Mirena) for heavy menstrual bleeding: systematic review and meta-analysis of data from individual patients

L J Middleton, medical statistician, ¹ R Champaneria, research associate, ¹ J P Daniels, research fellow, ¹ S Bhattacharya, professor of reproductive medicine, ² K G Cooper, consultant gynaecologist, ³ N H Hilken, IT co-coordinator, ¹ P O'Donovan, consultant gynaecologist, ⁴ professor of medical innovation, ⁵ M Gannon, consultant senior lecturer in obstetrics and gynaecology, ⁶ R Gray, unit director, ¹ K S Khan, professor of obstetrics-gynaecology and clinical epidemiology on behalf of the International Heavy Menstrual Bleeding Individual Patient Data Meta-analysis Collaborative Group

Individual estimates†	Hysterectomy	1st generation endometrial destruction	2nd generation endometrial destruction
Uterine cavity length (≤8 <i>v</i> >8 cm)	_	0.97 (0.38 to 2.4), P=0.9	0.59 (0.38 to 0.93), P=0.02
Age (≤40 v >40 years)	2.3 (0.66 to 7.9), P=0.2	1.2 (0.81 to 1.8), P=0.4	1.3 (0.87 to 1.9), P=0.2
Fibroids/polyps (absence v presence)	0.51 (0.14 to 1.9), P=0.3	1.2 (0.55 to 2.4), P=0.7	0.36 (0.12 to 1.1), P=0.07
Parity (nullparous v parous)	_	1.3 (0.36 to 4.4), P=0.7	0.84 (0.33 to 2.2), P=0.7
Baseline bleeding score (≤350 v 350)	_	0.73 (0.27 to 1.97), P=0.5	0.96 (0.48 to 1.9), P=0.9

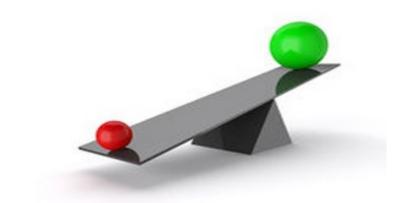
^{*}Odds ratio <1 favours first subgroup listed—that is, women have reduced dissatisfaction. †After adjustment for study.



Comparatif selon les pays

Nombre de procédures / 100 000 femmes

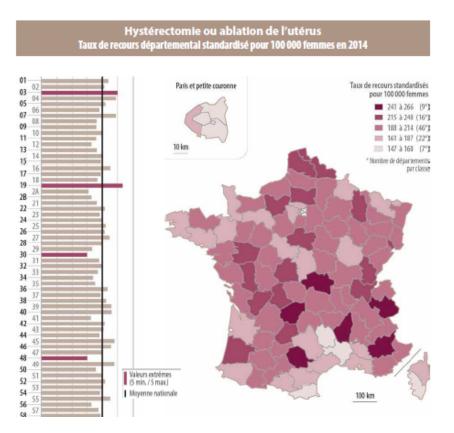
•	République tchèque	295
•	Australie	255
•	Allemagne	253
•	Belgique	249
•	Canada	231
•	Autriche	205
•	Italie	182
•	France	178
•	Finlande	162
•	Irlande	102

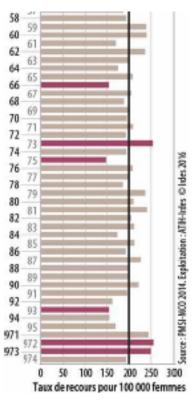


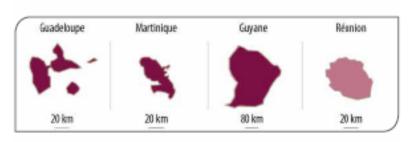
Mais sommes-nous comparables ??

et USA: > 500/100 000

Mais aussi des disparités régionales....







Source: PMSI-NICO 2014. Exploitation: ATH-lides © Irdes 2016

Données synthétiques

Hystérectomie	Nombre de séjours	64 612
ou ablation de l'utérus en 2014	Taux de recours national	192
EII 2014	Taux de recours minimum*	147
	Taux de recours maximum*	266
	Ratio (P90-P10)	1,46
	Coefficient de variation (%)	13,5
	Écart-type	0,27
Source : PMSI-MC0 2014	Ratio maximum/minimum	1,81
ploitation : ATIH-Irdes * Les taux par département sont standardisés par sexe et âge.		



Objectif:

Identifier les indications et l'évaluation préopératoire de l'hystérectomie et les différentes possibilités de traitement à envisager avant de pratiquer une hystérectomie.



Recommandations Maladie bénigne

- 1.
 - Léiomyomes: En cas de fibromes symptomatiques, l'hystérectomie apporte une solution permanente à la ménorragie et aux symptômes de pression lies a un utérus agrandi (I-A).
- 2.
- Saignement utérin anormal : Les lésions a l'endomètre doivent être écartées et des traitements médicaux doivent être envisages comme traitement de première ligne (III-B).
- 3.
- **Endométriose**: Une hystérectomie est souvent indiquée en présence de symptômes graves lorsque les autres traitements échouent et que la fécondité n'est plus un facteur de décision (I-B).
- 4.
- Relâchement pelvien: Une solution chirurgicale comprend normalement une hystérectomie vaginale, mais doit comporter des interventions pour assurer le support du pelvis (II-B).
- 5.
- **Douleur pelvienne :** Une approche pluridisciplinaire est recommandée puisqu'il y a peu de preuves scientifiques indiquant qu'une hystérectomie guérisse une douleur pelvienne chronique. Lorsque la douleur se limite à une dysménorrhée ou est liée à une maladie pelvienne importante, une hystérectomie peut apporter un soulagement (II-C).

Maladie préinvasive

- 1.
- L'hystérectomie est normalement indiquée pour une hyperplasie de l'endomètre atypique (I-A).
- 2.
- Une néoplasie intra-épithéliale du col n'est pas, en soi, une indication pour l'hystérectomie (I-B).
- 3.
- L'hystérectomie simple est une option thérapeutique pour un adénocarcinome in situ du col lorsque la possibilité de maladie invasive a été écartée (I-B).

Conditions aigues

3.

Une hystérectomie peut être nécessaire pour des cas de ménorragie grave, réfractaire à un traitement médical ou chirurgical conservateur (II-C).

Autres indications

1.

On recommande de consulter un oncologue ou un généticien lorsqu'une hystérectomie et une ovariectomie prophylactique sont envisagées en cas d'antécédents familiaux de cancer ovarien (III-C).

Approche chirurgicale

1.

La voie vaginale doit être envisagée comme premier choix pour toutes les indications bénignes. L'approche laparoscopique devrait être envisagée lorsqu'elle fait diminuer le besoin d'une laparotomie (III-B).

RPC hystérectomie 2014 (CNGOF)

- Revue exhaustive de la littérature
- Evidence Based Medicine
- Recommandations:
 - Chirurgien effectuant au moins 10 H/an
 - Désinfection vaginale
 - ATBprophylaxie pré-OP
 - Pas de préparation digestive
 - Préférer voie vaginale ou coelioscopique (grade B) même si l'utérus est gros et/ou si la patiente est obèse (grade C).
 - choix entre voies vaginale et coelioscopique dépendra d'autres paramètres dont l'expérience de l'opérateur, le mode d'anesthésie et les contraintes organisationnelles (durée opératoire et aspect médico-économique)
 - Pas de technique d'hémostase préférentielle
 - Conserver les ovaires chez les femmes non ménopausées
 - Hystérectomie subtotale non recommandée

L'application de ces recommandations devrait contribuer à diminuer la prévalence des complications associées aux hystérectomies.

Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2015) 44, 1219-1227





HYSTÉRECTOMIE POUR PATHOLOGIE BÉNIGNE

Hystérectomie pour pathologie bénigne : recommandations pour la pratique clinique



Hysterectomy for benign pathology: Guidelines for clinical practice

X. Deffieux ^{a,*}, B. de Rochambeau^b, G. Chêne^c, T. Gauthier^d, S. Huet^d, G. Lamblin^c, A. Agostini^e, M. Marcelli^e, F. Golfier^f



Choisir avec soin (V. Villefranque)

Le **dialogue singulier** entre les patientes et le praticien reste le socle principal de notre pratique quotidienne.

Il permet aux patientes de choisir avec discernement les explorations et les traitement les mieux adaptés.

Il nous semble primordial que **l'information donnée se fonde sur des données probantes**, et n'entraîne des examens ou des interventions inutiles ou inadaptées.

Le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français voudrait déterminer les interventions ou les examens accomplis couramment dans son domaine, mais dont la nécessité devrait être remise en question et faire l'objet d'une discussion.

Nous avons élaboré la liste ci-dessous à partir des recommandations du CNGOF et sollicitons l'ensemble des adhérents afin d'obtenir un consensus le plus large possible.

Chirurgie Gynécologique

(V. Villefranque)



- Ne pas proposer d'hystérectomie aux femmes ayant un fibrome utérin asymptomatique.
- Ne pas donner d'antibioprophylaxie pour les hystéroscopies opératoires.
- Ne pas pratiquer d'intervention chirurgicale, dont l'ablation, pour des saignements utérins anormaux avant qu'une prise en charge médicale (y compris un dispositif intra-utérin contenant de la progestérone) n'ait été offerte et refusée ou ne se soit avérée inefficace.

CHOIX DES PATIENTES

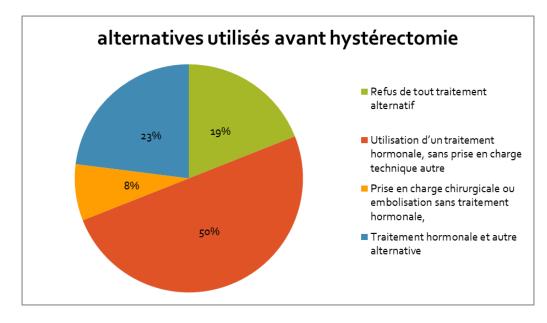
Peu de donnée disponible, sur l'information donnée aux patientes consultant pour HUF ou fibromes symptomatiques, avant de débuter la prise en charge chirurgicale.

Etude canadienne (Nancy T. Nguyen, 2019)

A étudié le taux d'utilisation de traitements alternatifs avant l'hystérectomie pour les indications gynécologiques bénignes. Il s'agissait d'une étude de cohorte rétrospective de patientes ayant subi une hystérectomie pour des affections gynécologiques bénignes entre 2012 et 2014 :

- Avant l'hystérectomie, 99,3 % des patientes avaient été informées sur les traitements alternatifs existant. 81,2 % des patients ont essayé de au moins 1 type de traitement alternatif (33,8 % avec 1 traitement et 47,4 % au moins 2 traitements).
- Les femmes âgées de 45 à 49 ans étaient moins susceptibles de recourir aux traitements alternatifs avant l'hystérectomie par rapport aux femmes < 40 ans, (odds ratio ajusté : 0,41 ; IC 95 % 0,21 à 0,76).

Type of alternative treatment,	Aged <40	Aged 40-50	Aged >50	P
% (n)	y	у	у	value
	n = 637	n = 1115	n = 364	
Hormonal therapy	51.5 (328)	46.8 (522)	40.1 (146)	,002
Levonorgestrel IUD	12.7 (81)	12.4 (138)	9.3 (34)	.234
Endometrial ablation	44.1 (281)	48.3 (538)	31.6 (115)	< .001
Hysteroscopic surgery	32.7 (208)	33.3 (371)	44.8 (163)	< .001
Pain management	25.4 (162)	20.6 (230)	16.5 (60)	.003







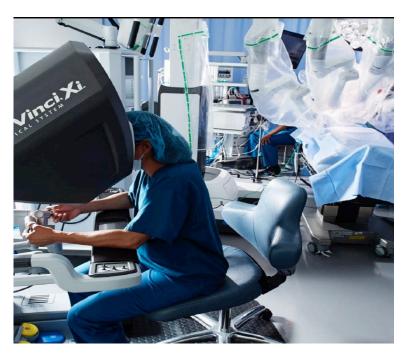
LES VRAIS PROGRES











LA ROBOTIQUE





Hystérectomie ambulatoire

- Faisabilité démontrée (coelioscopie / vaginale)
- Satisfaction des patientes ++
- Suppose environnement/organisation adaptés



Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2015) 44, 870-876





TRAVAIL ORIGINAL

Prise en charge ambulatoire de l'hystérectomie laparoscopique: évaluation de la faisabilité et de la satisfaction des patientes



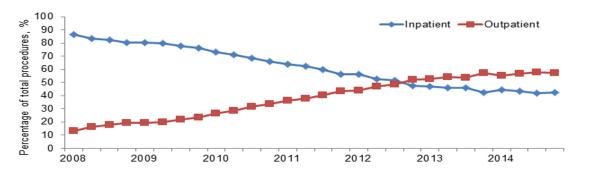
Total laparoscopic hysterectomy and same-day discharge: Satisfaction evaluation and feasibility study

L. Bruneau^{a,*}, M. Randet^a, S. Evrard^a, A. Damon^b, F.-X. Laurent^a

Voie d'Abord Chirurgicale et Ambulatoire - RAAC

N=200	Median (range) or N (%)
Age (années)	52 (30-78)
Indications Hystérectomie	
Cancer	95 (47%)
Bénignes	105 (53%)
Tx Ambulatoire (Avt minuit)	78%
Tx de Sortie J1	15%
Tx de Sortie > J1	17%

Open/abdom inal -Vaginal Percentage of total procedures, % 50 -Laparoscpic Robotic-assisted 40 10 0 2009 2010 2011 2012 2013 2014 2008 Time, y



Lee SJ et al, Gynecol Oncol, 133 (2014) 552-555.

The feasability and safety of same-day discharge after robotic-assisted hysterectomy alone or with other procedures for benign and malignant indications



Moawad G et al PlosOne. 2017. Movement to outpatient hysterectomy for benign indications in ISA 2008-2014.







V-NOTES:

Une avancée irréversible mais pour quelles indications ?







ALTERNATIVES A L'HYSTERECTOMIE









• Adénomyose • Coagulopathies, traitement anticoage MAINTENIR LA PROCREATION • In indiqué en cas de : Cibrome sous-muqueux olype perplasie atways the more of the company of the compa

- Indications:
- Non indiqué en cas de :

 - Dans ces contra l'endomètre de l'e

RPC CNGOF 2008

Quelles alternatives à l'hystérectomie ?

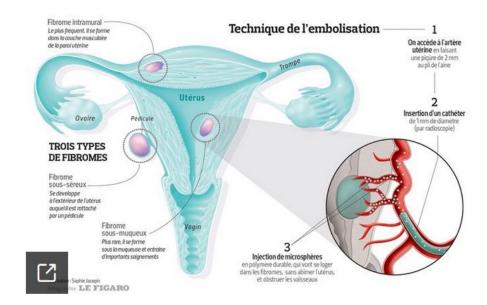
- SPRM (Esmya®)
- Progestatifs
- Embolisation des artères utérines (EAU)
- Myomectomie
- Résection endométriale (1G)/ thermodestruction (2G)
- HIFU

EAU (embolisation)



Cochrane review, Gupta et al., 2014

- Satisfaction patientes UAE =chirurgie
- - Taux de complications majeures faible
- Taux d'intervention chirurgicale 15 à 30% après UAE vs 7% après myomectomie dans les 2 ans
- Cl si souhait préservation fertilité



« L'embolisation pourrait être proposée à un bien plus grand nombre de femmes (...) mais certains chirurgiens n'y pensent pas toujours »

Pr Vincent Lavoué, chef du service de gynécologie du CHU de Rennes.

Quelles alternatives à l'hystérectomie ?

- SPRM (Esmya®)
- Progestatifs
- Embolisation des artères utérines (EAU)
- Myomectomie
- Résection endométriale (1G)/ thermodestruction (2G)
- HIFU

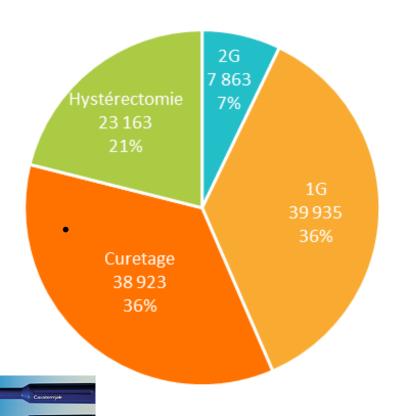
Répartition des techniques opératoires pour le traitement des COEIN-O-E ou N sans désir de grossesse

N inclusion = 109 884

57% des patients traitées le sont en dehors des recommandations du CNGOF 2008 (1ère ligne de traitement)

2G: balloons, Novasure, HTA, microwaves





Plos one 2019 L.De Leontoing, Ph. Descamps...H.Fernandez

Échecs

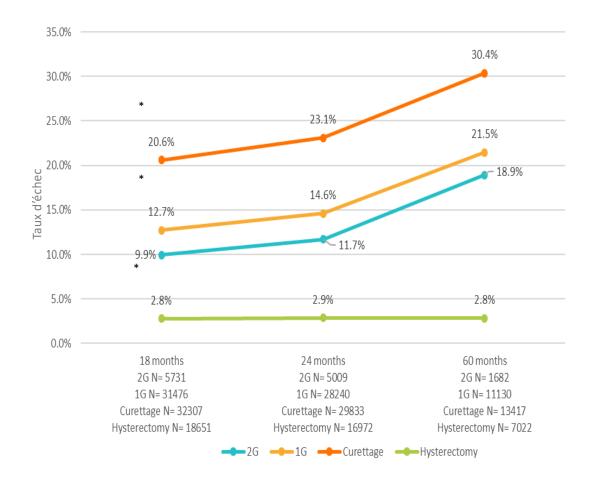
N avec 18 mois suivi = 88 165

N avec 24 mois suivi = 80 054

N avec 60 mois suivi = 33 251

À 18 mois, un taux d'échec de

- 10 % après 2G → semble en ligne avec littérature
- 13 % après 1G → semble inférieur à la littérature
- 3 % après hystérectomie → surprenant en raison de la faible part d'hystérectomies subtotales (7 % de ces 3 %) : erreurs de codage ?



^{*} Différence statistiquement significative vs 2G (p<0.0001)

Conclusions

- Trop d'HT
- Trop de Curetages
- Techniques de 1G bien maitrisées en France
- 2G pas assez répandue....
- Si le chirurgien n'est pas à l'aise en hystéroscopie, le 2 G peut remplacer l'HT et le curetage
- Publication Plos one +. Etude médico-éco

Hystérectomie et curetage

Non recommandés en 1^{ère} ligne de traitement chirurgical des ménorragies fonctionnelles¹

<u>Curetage</u>
Stratégie la moins
efficace (échecs et de
complications)

Hystérectomie
Stratégie la plus
coûteuse pour
l'Assurance Maladie

Encore utilisées en 1^{ère} ligne chez près de la moitié des patientes



Techniques 1G

Recommandées à défaut de disponibilité des techniques 2G¹

Stratégie la moins coûteuse pour l'Assurance Maladie Taux élevé de grossesses mais faible taux de contraception definitive

Ecart de coût qui se réduira en augmentant le recours à la contraception définitive



Remplacer par techniques 2G

Solution la plus efficiente pour la patiente

Formation simple des chirurgiens

Nécessité d'augmenter les tarifs des séjours/actes des techniques 2G Impact limité pour l'Assurance Maladie

1. Marret H, Fauconnier A, Chabbert-Buffet N, Cravello L, Golfier F, Gondry J, et al; CNGOF Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Clinical practice guidelines on menorrhagia: management of abnormal uterine bleeding before menopause. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2010 Oct;152(2):133-7. doi: 10.1016/j.ejogrb.2010.07.016. Epub 2010 Aug 4.

Quelles alternatives à l'hystérectomie ?

- SPRM (Esmya®)
- Progestatifs
- Embolisation des artères utérines (EAU)
- Myomectomie
- Résection endométriale (1G)/ thermodestruction (2G)
- HIFU

HIFU (High Intensity Focalized Ultrasounds)



Conclusions

- Il y aura toujours des indications d'hystérectomie mais amélioration des pratiques possible +++
- A l'inverse, quand le projet de grossesse est complété et que la pathologie est invalidante, l'hystérectomie n'est pas une castration
- Voie d'abord : HV / Coelio/Laparo
- Vrais progrès: Robot, V-Notes, RAAC, Ambulatoire
- Alternatives : DIU/Embolisation/1G2G/Embolisation/HIFU

Merci pour votre attention !....

