



HYSTÉROSCOPIE SANS ANÉSTHÉSIE FAISABILITÉ, AVANTAGES ET LIMITES À TRAVERS UNE EXPÉRIENCE TUNISIENNE

BAMRI MOHAMED AZIZ

Hannachi M. A., Samâali K., Somri B. & Neji K.

Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis - Service B

Juan-Les-Pins, le 13-06-2025

L'hystéroscopie s'est imposée comme un outil indispensable dans la prise en charge de la pathologie utérine intra-cavitaire

- L'utilisation des fibres optiques à lumière froide
- L'emploi de milieu de distension liquide au lieu du CO₂
- La réduction du diamètre
- L'usage de la vaginoscopie par Vignjevic chez l'adolescente puis par Bettocchi en 1990

BETTOCHI : HSC de consultation OU OFFICE HYSTEROSCOPY

Avantages:

- Cout
- Eviter les complications de l'anesthésie
- Soulager la tension des blocs généraux

Inconvénients:

- **Douleur**
 - ➔ Réticence des praticiens et des patientes



Cadre Tunisien

- N'est pratiquée que dans certains centres hospitalo-universitaires
- Absence d'étude prospectives tunisiennes
- Instauration d'unité d'endoscopie sans anesthésie
- Formation de gynécologues plus expérimentés



OBJECTIFS



OBJECTIFS

- Evaluer la **faisabilité** et la **tolérance** de l'HSC sans anesthésie
- Identifier les **facteurs de succès** (profil des patientes, expérience de l'opérateur, technique utilisée...)
- Sélectionner **le protocole** et **la technique** les mieux adaptés

METHODES



METHODES

Etude prospective observationnelle et analytique

Service «B» de gynécologie-obstétrique au Centre de maternité et de néonatalogie de Tunis

Période de l'étude: 2 ans & 2 mois



Méthodes : Patientes

Critères d'inclusion

- Symptomatologie faisant suspecter une pathologie endo-utérine
- Consentement pour subir une HSC ambulatoire

Critères de non inclusion

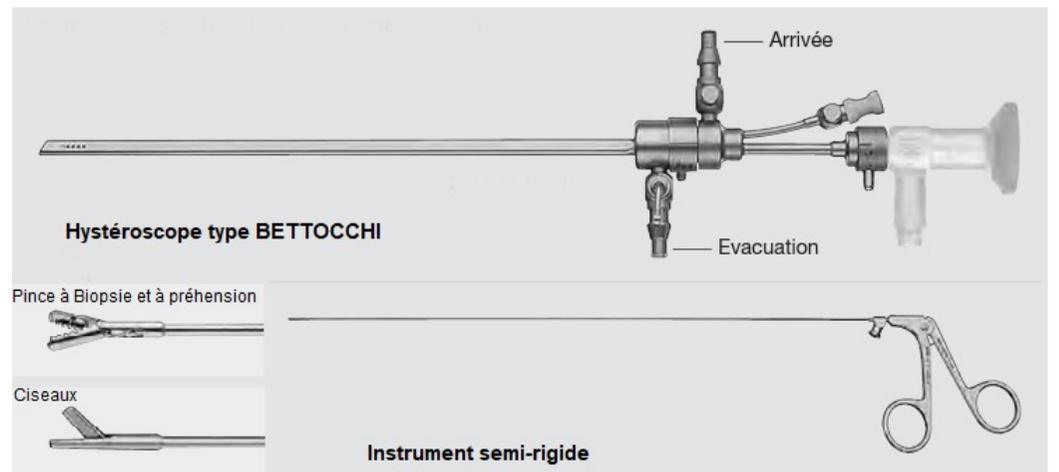
- HSC sous anesthésie
- Non consentement
- Grossesse évolutive ou une infection génitale évolutive
- Saignement abondant ne permettant pas l'exploration

Critères d'exclusion

- Anxiété
- Difficultés à comprendre les consignes de la procédure

Méthodes : Matériels utilisés

- Hystéroscope rigide de 2,9 mm de diamètre avec une gaine de 3 mm et une for-obliquité de 30° degré
- L'éclairage: une source de Xénon de 300 Watts
- Le milieu de distension: une solution saline (NaCl à 0,9 %)
- Hystéroscope type Bettocchi de 5,5*4,0 mm (si un geste était nécessaire)



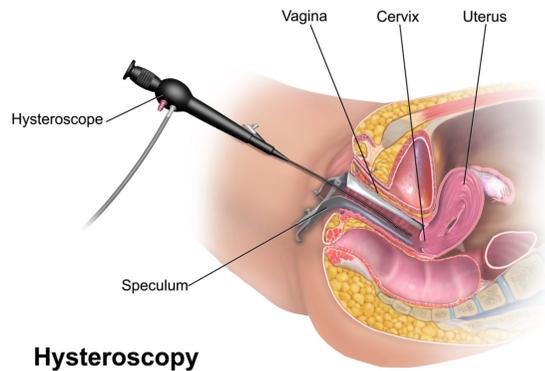
Méthodes : Protocole

Prémédication
(Gabapentine/Hydroxyzine)

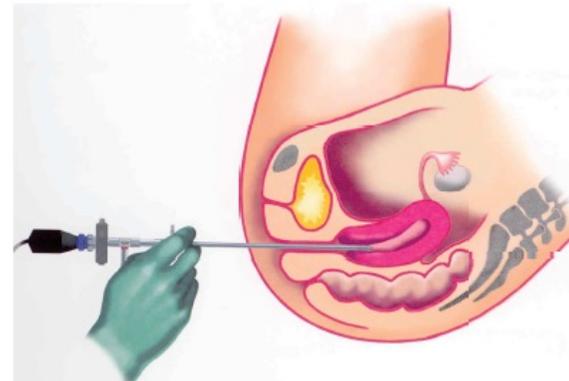


Préparation cervicale
(Misoprostol)

HSC traditionnelle



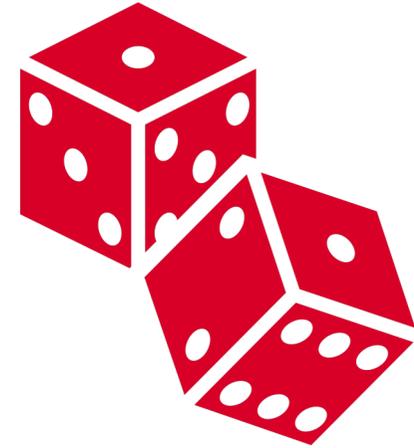
HSC avec vaginoscopie
« No touch »



Pain Scale



Méthodes : Protocole



- Tirage au sort:

- ❖ **Groupe A:** Prémédication (Gabapentine & Hydroxyzine), Préparation cervicale (Misoprostol) & HSC « traditionnelle »
- ❖ **Groupe B:** Préparation cervicale (Misoprostol) & HSC « traditionnelle »
- ❖ **Groupe C:** HSC avec vaginoscopie sans préparation ni prémédication



Critères de jugement

Méthodes : Faisabilité

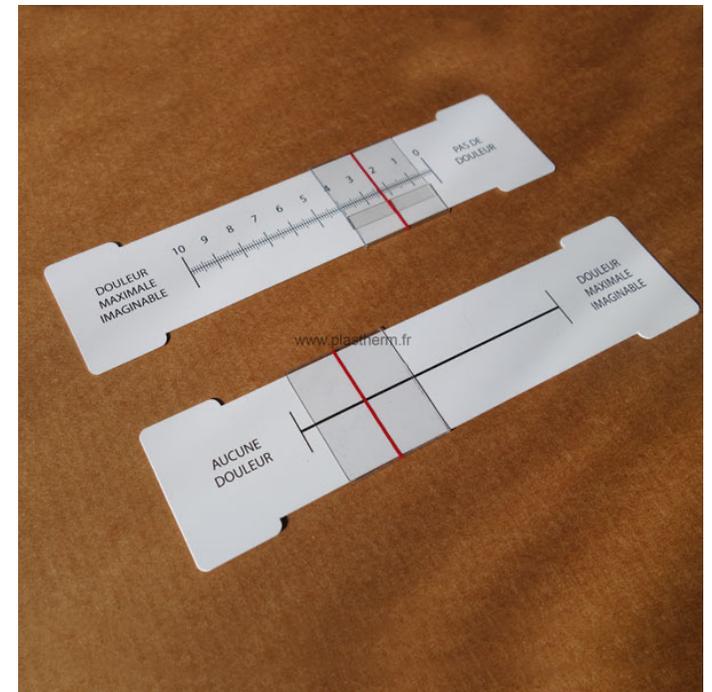
Exploration incomplète
Visibilité
Douleur ≥ 7



Exploration
complète
de la cavité utérine

Méthodes : Tolérance

- **EVA intro** : à l'introduction de l'hystéroscope
- **EVA hsc** : durant la procédure
- **EVA 5** : à 5 minutes
- **EVA 15** : à 15 minutes après l'examen



RESULTATS



Partie descriptive



Résultats : Population (N=230)

• Age moyen	45.8 ans [24;82]
• Ménopausées	84 (37%)
• Nulligestes	43 (18.7%)
• Nullipares	60 (26%)
• AVB	117 (50.9%)
• C/S	62 (27%)



Résultats : Population (N=230)

	Groupe A N=57	Groupe B N=82	Groupe C N=91	p-value
Age moyen	47,68	45,39	45,10	0,808
Ménopausées	40,4	34,1	36,3	0,755
Nulligestes	22,8	18,3	16,5	0,626
Nullipares	28,1	25,6	25,3	0,924
AVB	45,6	54,9	50,5	0,560
C/S	29,8	24,4	27,5	0,769

Résultats : Indications

- Saignements utérins anormaux 66%
- Ablations de Stérilet 14%
- Hypofertilité 10.5%
- FCS à répétitions 3.5%
- Autres: Hydrorrhée, contrôle post-opératoire ...



Résultats : Diagnostics



Diagnostic	Nombre	Pourcentage
Polypes	56	24,3
Hypertrophie de l'endomètre	51	22,2
Stérilet	32	14
Fibrome	29	12,6
Atrophie de l'endomètre	8	3,5
Cloison utérine	6	2,6
Synéchie	4	1,7
Adénomyose	2	0,9
Processus suspect	1	0,5
Sans anomalies	16	6,9

Résultats : Gestes

Biopsie de l'endomètre : 29 cas

Ablation de stérilets : 20 cas

Une polypectomie : 19 cas

Effondrement de synéchies lâches : 4 cas



Résultats : Taux d'échec

SUCCES
89,6%

- Au total, 24 cas d'échec soit 10,4 % :

Un score à l'EVA ≥ 7 : 13 cas (56,2 %)

Sténose cervicale : 11 cas (43,8 %)



> J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2016 May;45(5):445-50. doi: 10.1016/j.jgyn
Epub 2016 Apr 4.

Office hysteroscopy: A report of 2402 cases

P Capmas¹, A-G Pourcelot², E Giral³, D Fedida³, H Fernandez⁴

Affiliations + expand

PMID: 27055773 DOI: 10.1016/j.jgyn.2016.02.007

Conclusion: Office hysteroscopy is safe and feasible with little pain. A failure rate of 9.5% is reported, mainly for older women with postmenopausal bleeding.

> J Minim Invasive Gynecol. 2012 Jul-Aug;19(4):494-7. doi: 10.1016/j.jmig.2012.03.003.
Epub 2012 May Journal of minimally invasive gynecology

Long-term complications of office hysteroscopy: analysis of 1028 cases

T C van Kerkvoorde¹, S Veersema, A Timmermans

Affiliations + expand

PMID: 22564927 DOI: 10.1016/j.jmig.2012.03.003

TECHNIQUES AND INSTRUMENTATION

Hysteroscopy: a technique for all? Analysis of 5,000 outpatient hysteroscopies

Attilio Di Spiezio Sardo, M.D., Alexander Taylor, M.R.C.O.G., M.D., Panos Tsirkas, M.D., George Mastrogamvrakis, M.D., Malini Sharma, B.Sc., M.R.C.O.G., and Adam Magos, B.Sc., M.D., F.R.C.O.G.

Minimally Invasive Therapy Unit and Endoscopy Training Centre, University Department of Obstetrics and Gynaecology, Royal Free Hospital, London, United Kingdom

RESULTS

The baseline characteristics of the 5,000 women are summarized in Table 1. Most women were multiparous and premenopausal and complained of abnormal uterine bleeding. The outcomes are shown in Table 2. In 98.2% of cases a hysteroscopy was attempted and in 89.7% completed. The hysteroscopic view was judged as good in 92.7% of successful hysteroscopies. The main reasons for canceling the hysteroscopy were high blood pressure before the procedure (18 cases), patient choice (16 cases), and severe anxiety (15 cases).

Measurements and main results: Of the 1028 hysteroscopic procedures, 622 (60%) were diagnostic, 328 (32%) were therapeutic hysteroscopic procedures, and 78 (8%) procedures failed. In the complication registration and in the medical charts, 1 significant complication could be identified.

Résultats : Tolérance

	Inférieur ou égale à 4	Supérieur à 4
EVA intro	63,9 %	36,1 %
EVA hsc	91,3 %	8,7 %
EVA 5	94,4 %	5,6 %
EVA 15	98,6 %	1,4 %

Résultats : Complications

- Il y a eu 7 complications (soit 3,0%) :
 - Faux trajet avec un saignement minime empêchant la poursuite de l'examen : 3 cas
 - Perforation utérine : 3 cas (! surveillance pendant 24 heures)
 - Un cas de malaise vagal à la fin de l'hystérocopie (résolu au bout de 4 heures)

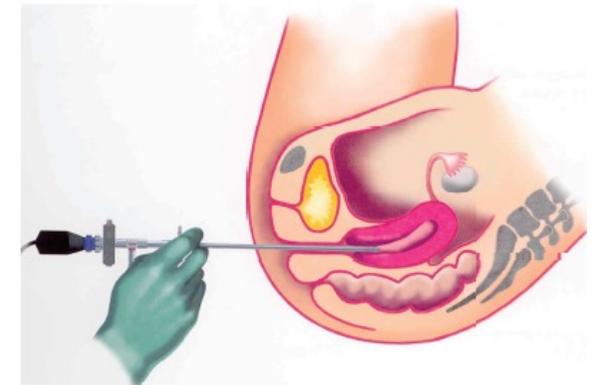
Partie analytique



		Age	Ménopausée	Gestité	Parité	AVB	C/S	Expérience
Succès		p 0,039	0,215	< 0,001	< 0.001	< 0.001	0,049	0,007
EVA intro	≤ 4	p >0,05	0,008	< 0.001	< 0.001	< 0.001	0,198	0,198
	>4							
EVA hsc	≤ 4		0.33	0,034	0,04	0.041	0.751	0,751
	>4							
EVA 5	≤ 4		0,218	0.421	0,993	0.438	0,491	0,491
	>4							
EVA 15	≤ 4		0,293	0.004	0,013	0.027	0,108	0,108
	>4							

Protocoles

	Groupe A	Groupe B	Groupe C
Taux de succès (%)	92,9	82,9	91,2
EVA intro ≤ 4 (%)	51,2	46,4	90,1
EVA hsc ≤ 4 (%)	92,1	77,1	98,8
EVA 5 ≤ 4 (%)	92,4	91,5	97,7
EVA 15 ≤ 4 (%)	100	96,2	100



Analyse de régression multivariée

Éléments de succès

- **L'antécédent d'accouchement par voie basse** : OR 4,2 ; IC à 95% ; 2,6-24,07
- **La gestité** : OR 3,05 ; IC à 95% ; 2,01-12,43
- **La parité** : OR 2,1 ; IC à 95% ; 1,5-16,04

Analyse de régression multivariée

EVA intro ≤ 4

- **La vaginoscopie** : OR 8,4 ; IC à 95% ; 3,2-28,5
- **L'antécédent d'accouchement par voie basse** : OR 2,50 ; IC à 95% ; 1,89-24,13
- **La parité** : OR 2,4 ; IC à 95% ; 1,86-12,34
- **La gestité** : OR 1,9 ; IC à 95% ; 1,32-5,02
- **L'expérience de l'opérateur** : OR 1,32 ; IC à 95% ; 1,15-4,07

EVA intro > 4

- **La ménopause** : OR 1,53 ; IC à 95% ; 1,23- 5,02

Analyse de régression multivariée

EVA hsc ≤ 4

- **La vaginoscopie** : OR 1,3 ; IC à 95% ; 1,13-8,20

EVA 5 & 15

- **Aucune des variables** étudiées n'avait une différence statistiquement significative sur la douleur perçue après la fin de la procédure.

PERSEPECTIVES



1^e étude: Polypectomie

- 120 polypectomies au BETTOCHI, sans anesthésie
- **Un taux de succès** à 68% (AVB OR=5,1 ; gestité OR=4,19 ; parité OR=4,19)

- **Facteurs d'échec:** Taille > 35mm (OR=3,85)

Insertion fundique (OR=3,45)

- **Tolérance :**

- EVA intro < 4: gestité, parité, AVB et l'expérience de l'opérateur
- EVA hsc, 5 & 15 aucun facteur influençant



2^e étude: HSC & Ménopause

- Groupe d'étude: femmes ménopausées
- Atrophie cervico-vaginale (déplétion oestrogénique)
- Etude prospective descriptive et analytique
- étude randomisée contrôlée
- Préparation cervicale avec différents protocoles (œstrogènes locaux, misoprostol ...)
- Résultats en cours d'étude



CONCLUSION



Conclusion

HSC sans anesthésie est une procédure **validée et recommandée** par la quasi majorité des sociétés savantes vu ses multiples avantages.

C'est un examen **efficace, rapide et de faible coût** qui permet de réduire les taux d'hospitalisations, et les temps d'occupation du bloc opératoire avec un moindre retentissement socio-professionnel et familial.

Elle ne nécessite pas d'anesthésie générale et peut être ainsi menée **en dehors du bloc opératoire**.

C'est un examen généralement non douloureux surtout pour les multigestes non ménopausées. Pour les nulligestes ménopausées, **une prémédication et une préparation du col par Misoprostol sont conseillées**.

C'est une expérience qui nous a permis de **convaincre le personnel médical et paramédical** de l'intérêt de cette pratique et surtout **d'instaurer une unité spécialisée** d'hystéroscopie sans anesthésie et d'essayer de plus en plus la généraliser et de la rendre **plus accessible**.

