

PELVIMAG

Le magazine de la Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

n°67

OCTOBRE 2009

édito

Hystéroscopie en consultation : la quadrature du cercle



Rédacteur en chef : Philippe Debodinance

Rédacteur adjoint : Malik Boukerrou

Comité de rédaction :

Pierre Collinet, Philippe Descamps,
Philippe Ferry, Alain Proust

N° ISSN 1266 - 6181

Pour toute correspondance

S.C.G.P. - 12 rue de Redon

35000 Rennes

Tél / Fax : 02 23 40 45 45

E-mail : scgp@wanadoo.fr

www.scgp.asso.fr



Société de Chirurgie Gynécologique et Pelvienne

Le consensus est aujourd'hui établi pour considérer que l'hystérosalpingographie en dehors de très rares circonstances n'est plus la référence en ce qui concerne l'exploration de l'utérus. Les échographistes ont donc le droit de considérer que les ultra-sons représentent aujourd'hui l'exploration de première intention de cet organe. Mais les hystéroscopistes peuvent leur répondre, ce qu'ils ne manquent pas de faire d'ailleurs, que la vision directe de la cavité utérine n'a besoin d'aucun intermédiaire préalable et constitue le gold standard consensuellement reconnu à ce jour. Aussi, dans les indications privilégiées que représentent :

- les métrorragies post ménopausiques,
- les bilans cavitaires avant et en cours d'AMP,
- les ménorragies et ménométrorragies pré ménopausiques,
- les métrorragies sous contraception,
- la localisation de certains DIU possible-ment migrants,
- les saignements post abortum,
- les synéchies,

l'hystéroscopie n'est contestée ni dans son intérêt, ni dans son efficacité. Cette exploration, dont la réalisation devrait

toujours être confiée aux praticiens ayant son expertise, est aujourd'hui, de fait en France, pratiquée en secteur de consultation tant dans le système public qu'en pratique libérale. Peut-on penser raisonnablement que cette situation est destinée à perdurer ? Ne faut-il pas craindre au contraire des difficultés croissantes à sa pratique qui, s'accumulant, conduiraient à en interdire à brève échéance la pratique en dehors des secteurs de soins ? Plusieurs paramètres incitent malheureusement à un pessimisme certain.

N'épiloguons pas sur les problèmes liés au cathétérisme isthmique et son risque de choc vagal. Il faut d'ailleurs souligner que les recommandations spécifiques à l'hystéroscopie à ce sujet brillent par leur absence. L'usage est de considérer que ce qui est conseillé pour la mise en place des dispositifs intra utérins peut faire référence pour l'hystéroscopie en consultation, un cathétérisme cervico-isthmique en valant un autre à quelques fractions de millimètres près. Bien sûr, le problème du milieu de distension gazeux ou liquidien demeure. Mais les endoscopistes gynécologues connaissent aujourd'hui les précautions de leur utilisation et les accidents liés à la distension cavitaire

restent exceptionnels si l'on en croit la littérature.

A l'inverse, un écueil essentiel dont on sait l'importance qu'il a pris à l'ère nouvelle du sacro-saint principe de précaution est aujourd'hui représenté par le risque septique lié à l'endoscopie. J'ai souhaité interroger à ce propos Jean-Christophe Lucet¹. J'ai apprécié, durant les nombreuses années où j'ai collaboré à l'activité du groupement hospitalier Bichat - Claude-Bernard, la mesure de ses jugements. C'est pourquoi son point de vue doit être lu avec attention. Voici une part de sa réponse à ma double question concernant la gestion du matériel d'hystérocopie et le bien fondé de sa pratique en consultation :

« À la question de savoir si l'on doit réaliser des hystérocopies dans une atmosphère de bloc opératoire, je vois deux types de réponse : l'une sur la réalisation du geste, l'autre le traitement du matériel.

Les hystérocopes rigides doivent être réglementairement stérilisés, les hystérocopes souples désinfectés à froid. Le traitement de ce matériel est directement sous la responsabilité de l'opérateur. Pour la stérilisation, la seule technique autorisée est

l'autoclavage, les systèmes type Poupinel doivent être abandonnés. Le niveau d'exigence mais aussi de sécurité a été, pour la stérilisation, considérablement amélioré ces récentes années. Est-ce que tous les cabinets de gynécologie de ville disposent d'un autoclave ?

En ce qui concerne la désinfection, il est nécessaire de réaliser une désinfection de haut niveau qui impose d'abord un net-

toyage-décontamination par un produit détergent-décontaminant type Hoxanis, puis une désinfection par un produit type glutaraldéhyde ou acide peracétique. Là encore, les conditions de réalisation de cette désinfection sont strictes. Elle doit être réalisée par du personnel soignant formé, sous la responsabilité de l'opérateur. Il est acquis que des conditions

secteur de soin. Si elles sont réalisées en cabinet privé, il faut alerter les collègues sur les conditions strictes d'entretien du matériel.

Pour le deuxième point, la réalisation d'une hystérocopie dans un cabinet de gynécologie paraît acceptable puisque les risques infectieux sont essentiellement liés au passage à travers le défilé vaginal et pas à

l'environnement de la pièce, sous réserve que l'opérateur dispose de matériel adapté pour entreposer et manipuler l'hystérocopie. Malheureusement, le principe de précaution frappe là aussi, et on voit progressivement arriver des recommandations sur la réalisation de gestes à faible risque infectieux dans une atmosphère de bloc opératoire. Il faut donc s'attendre à une évolution demandant que ce type de geste soit réalisé dans un bloc opératoire ou un local équivalent. On peut le regretter. Toutefois, actuellement, il ne s'agit que de recommandations de bonnes pratiques et pas de réglementation.

Le dernier point en lien avec cette question est l'ouverture du champ de la définition des infections nosocomiales vers les infections associées aux soins, où la survenue

d'une infection au cabinet du gynécologue est maintenant considérée comme une infection associée aux soins, avec des implications en terme de surveillance et éventuellement médico-légales. »

Cette prise de position, aussi nuancée soit-elle, incite évidemment à une profonde réflexion. Il me semblait difficile de ne pas la porter à la connaissance de notre spécialité.

insuffisantes de désinfection des endoscopes ont été un des éléments importants de transmission de l'hépatite C jusqu'à la fin des années 90. Le papillomavirus est un des virus assez résistant aux produits détergents et désinfectants ; il pourrait être facilement transmis de patiente à patiente par l'hystérocopie.

Pour ces raisons, il semble bien préférable de réaliser les hystérocopies en

Il est un dernier point qu'il n'est en aucun cas trivial de traiter. Il concerne la valorisation de l'acte. Sous le code JKQE 002, l'hystérocopie rapporte en tarif conventionnel la somme de 60 euros. Si l'on considère l'investissement en terme de matériel et son amortissement, les implications précédemment évoquées liées à la maintenance du matériel, le recours nécessaire à un personnel de soutien compétent, on connaît en terme de rentabilité des situations plus mirobolantes.

Les alternatives à la réalisation de l'hystérocopie en consultation, si cette pratique devait s'interrompre, sont les services hospitaliers ou les centres de soins. Certains se sont risqués à inclure cette pratique purement diagnostique dans le cadre de la pratique ambulatoire en hôpital de jour. Le rapport financier pour l'établissement était évidemment meilleur. Mais quelques centres ont pour cette raison « frôlé la correctionnelle », les tutelles opposant un veto

légitime à ce genre de pratique. Y a-t-il une autre solution ? Elle est loin d'être évidente dans un contexte où aucune ligne budgétaire n'est prévue pour une meilleure prise en charge d'une exploration dont le contexte de réalisation s'est singulièrement alourdi. A l'heure de la toute puissante T2A, il serait douteux de voir les responsables des établissements publics comme privés accepter d'assumer une activité aussi peu rentable. La logique serait toutefois de voir les tutelles accorder aux hystérocopistes les mêmes avantages que connaissent les urologues pour la pratique de la cystoscopie diagnostique ambulatoire. L'assimilation semble naturelle entre ces deux explorations.

Alors, que va devenir dans l'avenir l'hystérocopie de consultation dont personne ne saurait se passer aujourd'hui ? On a vu combien certaines endoscopies, autres que gynécologiques, ont pu souffrir d'une réglementation toujours plus exigeante et l'on sait l'illusion qu'il y

aurait de penser que le secteur public pourrait assurer en France l'exhaustivité de cette pratique.

Il serait donc temps que l'ensemble des parties concernées par ce sujet se réunisse autour d'une table en n'oubliant pas d'y inviter les acteurs de terrain que sont les hystérocopistes. Il est urgent d'envisager de manière sérieuse et constructive les aménagements qui devraient permettre la poursuite de cette activité au cabinet du praticien dans des conditions clairement définies d'efficacité et de sécurité. Ainsi, pourrait-on glisser tranquillement et progressivement vers une pratique concentrée dans des centres ad hoc qui semble à moyen ou long terme inévitable.

Pr Patrick MADELENAT

¹Pr J.Christophe Lucet

*UHLIN, GH Bichat - Claude Bernard,
46 rue Henri Huchard - 75018 Paris*

Sommaire

5

**A L'AUBE D'UN NOUVEAU COMPORTEMENT CHIRURGICAL :
LA BIOCHIRURGIE**

9

**PERFORMANCES DES TECHNIQUES D'IMAGERIE DANS LE BILAN
PRÉOPÉRATOIRE D'UNE ENDOMÉTRIOSE PROFONDE POSTÉRIEURE**

16

**LES PLASTIES MAMMAIRES POUR CANCER DU SEIN PERMETTENT
PLUS DE TRAITEMENT CONSERVATEUR : À PROPOS DE 299 CAS**

21

PRISE EN CHARGE DES ÉCHECS DE LA VOIE VAGINALE PROTHÉTIQUE

27

**L'OPÉRATION DE D'ARGENT OU TRACHÉLECTOMIE ÉLARGIE : PRÉSERVATION
DE LA FERTILITÉ EN CAS DE CANCER DU COL UTÉRIN DÉBUTANT**

34

CONGRÈS À VENIR

Nouveaux inscrits

**DR JEAN-SÉBASTIEN AUCOUTURIER
(LA ROCHELLE)**

DR DAMIENNE CASTAIGNE (PARIS)

DR ARNAUD LE TOHIC (VERSAILLES)

DR JUAN BERROCAL (ROUEN)

DR MAMIA DAOUD (BAGNEUX)

DR RAJEEV RAMANAH (BESANÇON)

DR PAUL BARAKAT (BEYROUTH)

DR VINCENT DEUTSCH (PARIS)

DR YANNICK THIROUARD (LA ROCHELLE)

DR CATHERINE SCARABIN (PARIS)

DR CHÉRAZADE BENSALD (PARIS)

DR CYRILLE HUCHON (PARIS)