

REVUES GÉNÉRALES

Contraception

Le point sur la technique Essure

RÉSUMÉ : La contraception définitive (terme ayant remplacé celui de stérilisation) est autorisée en France depuis la loi du 4 juillet 2001, celle-ci imposant un délai de réflexion de 4 mois. C'est le mode de contraception le plus utilisé dans le monde (20 % des couples). En France, elle ne concerne que 8 % des couples et 43 000 femmes par an (chiffres en constante augmentation depuis le début des années 2000). Depuis 2007, la Haute Autorité de santé recommande en première intention la voie hystéroscopique pour la contraception définitive féminine. Cette méthode est celle présentant les taux d'échecs et de complications les plus bas.



→ **A.-G. POURCELOT¹,
H. FERNANDEZ^{1, 2, 3},
J.-M. LEVAILLANT¹**

¹ CHU Bicêtre, Service de Gynécologie-Obstétrique, LE KREMLIN-BICÊTRE.

² Université Paris-Sud, LE KREMLIN-BICÊTRE.

³ INSERM U1018 "Reproduction et développement de l'enfant", LE KREMLIN-BICÊTRE.

Description du dispositif

Les dispositifs intra-tubaires mesurent 4 cm et sont composés de trois éléments :

- un dispositif central composé de spires inertes en acier inoxydable qui permet de cathétériser l'ostium ;
 - une spire dynamique en nickel et titane permettant l'ancrage de l'implant dans la trompe ;
 - des fibres de polyéthylène téréphthalate (substance active) qui permettent l'obstruction tubaire (réaction à corps étranger aboutissant à une fibrose et à une obstruction tubaire définitive).
- Le système est livré avec un kit de pose constitué d'une poignée munie d'un cathéter de guidage et d'une valve anti-reflux.

Contre-indications

Elles sont issues des rapports de la Haute Autorité de santé de 2007 et 2012 :

- naissance ou interruption de grossesse de moins de 6 semaines ;
- incertitude quant au souhait d'interrompre sa fertilité ;
- grossesse avérée ou suspectée ;

- cervicite aiguë en cours ;
- saignements anormaux non explorés.

Des précautions d'emploi sont préconisées :

- pose uniquement en cas de bonne visualisation des ostia tubaires ;
- s'assurer de l'absence de toute infection gynécologique en cours ;
- s'assurer de la bonne perméabilité tubaire en cas d'antécédent de salpingite ou d'infertilité d'origine tubaire ;
- pose en première partie de cycle après réalisation d'un test urinaire de grossesse ;
- éviter une pose concomitante à la prise régulière de corticoïdes ;
- contrôler le positionnement avec un ASP au bout de 3 mois ou avant, en cas de pose difficile ;
- pas de pose en cas d'allergie au nickel (à noter cependant que la quantité de nickel diffusée par l'implant est bien moindre que celle retrouvée dans la vie quotidienne [0,14 microgrammes, soit 2 140 fois moins que le taux de nickel ingéré quotidiennement]) ;
- pose par un gynécologue-obstétricien ayant un apprentissage de la technique (plus de 5 poses et plus de 5 procédures par an) ;

REVUES GÉNÉRALES

Contraception

– pose dans des conditions d'asepsie, dans un établissement de santé, à proximité d'un bloc opératoire.

Anesthésie

La pose est réalisable sans anesthésie, sans spéculum ni pince sur le col (vaginoscopie). Une analgésie par anti-inflammatoire et antalgique de niveau 1 environ 2 heures avant est préconisée (diminution des spasmes tubaires et des douleurs). La patiente ne doit pas être à jeun (risque de malaise vagal sinon). Si besoin, une analgésie complémentaire par protoxyde d'azote peut être utilisée. Une anesthésie locale par bloc paracervical est également possible. Une anesthésie générale est recommandée en cas de difficultés attendues du cathétérisme cervical et en cas de geste endo-utérin associé.

Intervention

La pose d'Essure se réalise en chirurgie ambulatoire. Les différentes étapes de la procédure sont détaillées ci-dessous :

- installation de la patiente en position gynécologique;
- badigeonnage cutané-muqueux antiseptique;
- technique de vaginoscopie avec un hystéroscope 5 French (de type Bettocchi);
- repérage des ostia tubaires;
- introduction dans le canal opérateur de la valve anti-reflux fournie avec le kit de pose;
- introduction du système de pose dans le canal opérateur. Extrémité de l'implant en regard de l'ostium tubaire, placé idéalement au centre de l'image légèrement à 6 heures;
- introduction du système dans l'ostium tubaire de façon lente et progressive (afin d'éviter les spasmes) jusqu'au repère noir;
- déploiement du système en tournant la molette vers soi jusqu'à ce qu'elle

soit bloquée (stabiliser la poignée sur la caméra). Le cathéter porteur se retire dans le canal d'insertion, et l'implant apparaît au fur et à mesure;

- l'anneau marqueur doré est le second repère; il doit être positionné en avant de l'ostium;
- appuyer sur le bouton de la poignée pour larguer l'implant;
- tourner la molette afin de déployer les spirales externes;
- retirer l'ensemble du système.

Il faut idéalement observer entre 3 et 8 tours de spires en intracavitaire (**fig. 1**). On réalise le même geste dans la trompe controlatérale.



FIG. 1 : Essure avec 4 tours de spires en intracavitaire.

Plusieurs problèmes peuvent se poser lors de la pose :

- en cas de suspicion de perforation, il faut réaliser une imagerie immédiate et discuter une coelioscopie en cas de perforation avérée;
- en cas de déploiement de l'implant trop important en intracavitaire, il faut d'emblée le retirer avec une pince;
- en cas d'impossibilité de pose sous anesthésie générale, il est possible de réaliser une coelioscopie dans le même temps opératoire en ayant informé la patiente au préalable.

Gestes associés

Les techniques de destruction endométriale peuvent être utilisées de façon concomitante à la pose des Essure en cas d'hémorragie associée.

En cas d'endométréctomie, il vaut mieux réaliser la pose des implants en premier puis effectuer la résection (uniquement au courant bipolaire en raison du risque d'arc électrique avec le courant monopolaire). Les systèmes de type Bridge avec un canal opérateur de 5 French dans une gaine à double courant de 24 French sont intéressants dans ce cas (**fig. 2**).

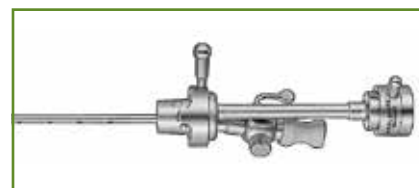


FIG. 2 : Bridge.

La pose d'Essure dans le même temps que la réalisation d'une méthode de seconde génération de destruction endométriale de type Thermachoice est possible, avec pose première des implants.

Contrôle du positionnement

En France, la Haute Autorité de santé recommande la réalisation, 3 mois après la pose, d'un ASP (Abdomen sans préparation). Les implants doivent être symétriques, la distance entre les deux parties proximales inférieures doit être de moins de 4 cm et, enfin, les quatre repères radio-opaques doivent être alignés. L'examen doit être vu par le chirurgien ayant posé les implants. Aux États-Unis, c'est l'hystérosalpingographie qui est recommandée.

Les implants étant échogènes, l'échographie est un très bon examen pour en évaluer le positionnement. Des études ayant comparé l'échographie 2D à l'ASP et à l'hystérosalpingographie ont retrouvé une bonne concordance [1]. L'échographie 3D (coupe coronale et la reconstruction volumétrique) offre une étude fine.

Une classification a été proposée pour déterminer le positionnement de l'implant par rapport à l'ostium tubaire [2] (**fig. 3 et 4**):

- position 1: intracavitaire (**fig. 3**);
- position 2: interstitielle;
- position 3: intratubaire.

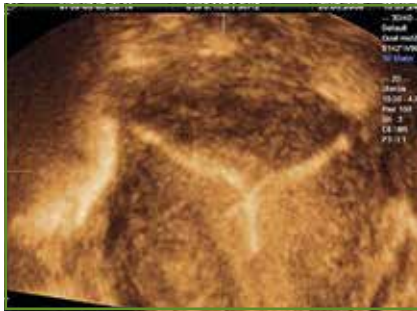


FIG. 3 : Essure en position 1-2 de façon bilatérale.



FIG. 4 : Essure en position 2-3 de façon bilatérale.

Quand l'implant est en position 3 uniquement, il faut vérifier la perméabilité tubaire soit par hystérosalpingographie, soit par méthode HyCoSy (méthode échographique avec injection de produit de contraste en intra-utérin).

POINTS FORTS

- ➞ Délai légal de réflexion de 4 mois.
- ➞ Geste en première partie de cycle, bHCG urinaires au préalable
- ➞ L'échographie 3D est une bonne alternative à l'ASP. Toutes les positions ayant une portion interstitielle sont correctes (1-2, 1-2-3, 2-3).
- ➞ La reperméabilisation n'est pas possible après une pose d'Essure.

Complications et échecs

La principale complication est la perforation utérine. Les échecs de pose uni ou bilatéraux sont estimés entre 5 et 10 %. En cas de pose effectuée, le taux d'échecs est très bas, estimé dans les études entre 1 et 1,5/1 000 [4, 5]. Aucun cas de GEU n'a été décrit à notre connaissance après pose d'Essure. Une étude récente montre 4 % de douleurs persistantes 3 mois après la pose. Le principal facteur de risque est l'existence de douleurs pelviennes préexistantes [6].

Réversibilité

La reperméabilisation tubaire est possible avec toutes les méthodes sauf avec la méthode Essure. Le taux de regret apparaît âge-dépendant (augmente plus le geste a été réalisé précocement), et est estimé à 5 % toutes méthodes

confondues, mais semble moindre avec la méthode hystéroscopique [7].

Bibliographie

1. HEREDIA F *et al.* Radiological control of Essure® placement. *Gynecol Surg*, 2004;1:201-203.
2. LEGENDRE G *et al.* 3D Ultrasound to assess the position of tubal sterilization microinserts. *Hum reprod*, 2001;26:2683-2689.
3. KULIER R *et al.* Minilaparotomy and endoscopic techniques for tubal sterilization. *Cochrane Database Syst Rev*, 2004;CD0001328.
4. LEVY B *et al.* Summary of reported pregnancies after hysteroscopic sterilization. *J Minim Invasiv Gynecol*, 2007;14:271-274.
5. JOST S *et al.* Essure® permanent birth control effectiveness : a seven-year survey. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2013;168:134-137.
6. YUNKER A *et al.* Incidence and risk factors for chronic pain after hysteroscopic sterilization. *J Minim Invasiv Gynecol*, 2015;22:390-394.
7. LEGENDRE G *et al.* Regret following hysteroscopic tubal sterilization. *J Gynecol Obstet Biol Reprod*, 2014;43:387-392.

Les auteurs ont déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.