

## REPÈRES PRATIQUES

### Gynécologie

# Que faire des polypes intra-utérins ?



→ M. PIKETY  
Hôpital Armand-  
Trousseau,  
PARIS.

La prévalence des polypes endométriaux est difficile à évaluer dans la population générale. Chez les patientes se plaignant de saignements anormaux, elle est de l'ordre de 9 % [1]. Il existe des facteurs favorisant, des symptômes ou situations indiquant un bilan de la cavité utérine (comme l'infertilité), mais aussi des découvertes fortuites. Devant la présence d'un polype endométrial, y a-t-il des indications formelles d'exérèse chirurgicale ?

## Faut-il toujours réséquer les polypes ?

### 1. En fonction de la symptomatologie

- En cas de symptomatologie invalidante, l'indication de polypectomie est indiscutable ;
- chez les patientes asymptomatiques, l'indication sera discutée en fonction d'autres facteurs de risque notamment de malignité, évoqués plus bas [2]. Le diagnostic de polype endométrial au cours d'un traitement par tamoxifène impose sa résection chirurgicale en raison du risque accru d'atypies et de cancer de l'endomètre [3, 4].

### 2. Risque de malignité

Le risque de malignité est majeur chez les patientes âgées, ménopausées et hypertendues présentant des métrorragies [4]. Le tableau clinique n'étant que rarement aussi simple, il faut retenir, en pratique, que le risque de malignité est quasi nul avant 40 ans, s'élève entre 15 et 20 % avant 60 ans, et est significativement plus élevé après 60 ans. Le statut ménopausique multiplie le risque par 6. En dehors de Baiocchi [4] pour qui la symptomatologie hémorragique n'est pas significativement corrélée au potentiel malin du ou des polypes, d'autres auteurs, dont Ferrazzi [5], soulignent que la prévalence d'un cancer endométrial chez les patientes ménopausées est 10 fois supérieure si celles-ci souffrent de métrorragies en comparaison aux patientes asymptomatiques. Ferrazzi souligne, en outre, que si le diamètre du polype excède 18 mm, le risque de lésion pré- et cancéreuse augmente significativement (*fig. 1 et 2*) [5].

En pratique, d'après une revue de la littérature portant sur 70 études [6], il semble préférable de réséquer les polypes chez les patientes ménopausées symptomatiques et/ou si le polype mesure plus de 18 mm ou en cas d'autres facteurs de risque (obésité, HTA, tamoxifène) afin d'éviter une évolution vers une pathologie maligne. Un article récent de Torres souligne, en outre, l'importance d'associer, selon l'âge et le désir de grossesse de la patiente, une endométréctomie à une polypectomie. En effet, le risque de cancer de l'endomètre est multiplié par 4 en présence d'un polype, même bénin [7].



FIG. 1 : Polype de la corne gauche.

FIG. 2 : Volumineux polype intracavitaire.

# REPÈRES PRATIQUES

## Gynécologie

### POINTS FORTS

- ⇒ Un bilan hystéroscopique de la cavité utérine à la recherche de polype endométrial s'impose en cas de symptomatologie évocatrice, d'infertilité, de suspicion échographique.
- ⇒ Un polype symptomatique doit être réséqué.
- ⇒ Un polype asymptomatique peut être laissé en place avant 35 ans en l'absence d'HTA et d'obésité. Un polype asymptomatique chez une patiente infertile doit être réséqué.
- ⇒ Un polype endométrial, symptomatique ou non, diagnostiqué au cours d'un traitement par tamoxifène doit être réséqué.
- ⇒ Après 40 ans, en l'absence de désir de grossesse, une polypectomie doit toujours être associée à une endomectomie.

### 3. Fertilité

Certains échecs d'implantation pourraient être dus à des pathologies utérines, dont les polypes. L'hystérocopie est indispensable dans le bilan féminin d'une infertilité. Selon les auteurs, le pourcentage de polypes détectés varie de 6 à 24 % [8]. Le rôle du polype endométrial sur l'infertilité n'est pas clairement défini. Cependant, la polypectomie semble avoir un effet positif sur le taux de grossesses spontanées [9] et obtenues par assistance médicale à la procréation (AMP) [10]. Selon certains, une polypectomie systématique avant FIV serait indiquée [11]. Enfin, la polypectomie diminuerait le taux de fausses couches spontanées [10].

### Conclusion

La présence d'un polype endométrial doit être recherchée chez des patientes symptomatiques, infertiles et/ou dans des

situations spécifiques comme un traitement par tamoxifène. En cas de découverte fortuite chez une patiente de moins de 35 ans et fertile, l'indication d'une polypectomie est discutable. Dans tous les autres cas et selon les facteurs de risques (âge supérieur à 60 ans, obésité, HTA, tamoxifène, ménopause et métrorragies), un polype doit être réséqué en association avec un geste d'endomectomie. Chez les patientes infertiles, la polypectomie améliore la fertilité spontanée et par AMP.

### Bibliographie

1. ANASTASIADIS PG, KOUTLAKI NG, SKAPHIDA PG *et al.* Endometrial polyps: prevalence, detection, and malignant potential in women with abnormal uterine bleeding. *Eur J Gynaecol Oncol*, 2000;21:180-183.
2. SAVELLI L, DE IACO P, SANTINI D *et al.* Histopathologic features and risk factors for benignity, hyperplasia, and cancer in endometrial polyps. *Am J Obstet Gynecol*, 2003;188:927-931.
3. NEGOITA M, TERINTE C, MIHAILOVICI MS. [Tamoxifen and endometrial pathology]. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi*, 2010;114:1114-1117.
4. BAIOCCHI G, MANCI N, PAZZAGLIA M *et al.* Malignancy in endometrial polyps: a 12-year experience. *Am J Obstet Gynecol*, 2009;201:462 e1-4.
5. FERRAZZI E, ZUPI E, LEONE FP *et al.* How often are endometrial polyps malignant in asymptomatic postmenopausal women? A multicenter study. *Am J Obstet Gynecol*, 2009;200:235 e1-6.
6. LEE SC, KAUNITZ AM, SANCHEZ-RAMOS L *et al.* The oncogenic potential of endometrial polyps: a systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol*, 2010;116:1197-1205.
7. TORRES ML, WEAVER AL, KUMAR S *et al.* Risk factors for developing endometrial cancer after benign endometrial sampling. *Obstet Gynecol*, 2012;120:998-1004.
8. DE PLACIDO G, CLARIZIA R, CADENTE C *et al.* Compliance and diagnostic efficacy of mini-hysteroscopy versus traditional hysteroscopy in infertility investigation. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2007;135:83-87.
9. VARASTEH NN, NEUWIRTH RS, LEVIN B *et al.* Pregnancy rates after hysteroscopic polypectomy and myomectomy in infertile women. *Obstet Gynecol*, 1999;94:168-171.
10. LASS A, WILLIAMS G, ABUSHEIKHA N *et al.* The effect of endometrial polyps on outcomes of in vitro fertilization (IVF) cycles. *J Assist Reprod Genet*, 1999;16:410-415.
11. AFIFI K, ANAND S, NALLAPETA S *et al.* Management of endometrial polyps in subfertile women: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 2010;151:117-121.

L'auteur a déclaré ne pas avoir de conflits d'intérêts concernant les données publiées dans cet article.