



## **Approche vaginoscopique en hystérocopie : trucs et astuces**

### ***Vaginoscopic approach in hysteroscopy: tips and tricks***

Emmanuel Nzau-Ngoma<sup>1</sup>, Jules Mpo  
Odimba<sup>1</sup>, Amos Kusuman<sup>1</sup>

#### **Auteur correspondant**

Emmanuel Nzau-Ngoma

Courriel : endango@gmail.com,  
endango@yahoo.fr

BP 123 Kinshasa XI, République  
démocratique du Congo

Département de Gynéco-obstétrique,  
Cliniques Universtaires de Kinshasa,  
Université de Kinshasa

#### **Summary**

Hysteroscopy represents a true revolution in modern gynecology. While in its early days it was considered a technique that was both laborious and difficult to master due to its numerous technical challenges and its deficiencies in terms of instrumentation, recent decades have been marked by its positioning as the gold standard in the diagnosis and management of intrauterine pathologies.

Its practice, initially exclusively in operating rooms, gradually evolved to take place largely in office setting, which contributes to drastically reducing its cost and improving its practice. But despite this evolution, many practitioners have remained in the conventional approach, often due to a lack of clear principles and tips for successfully beginning the practice of hysteroscopy in the office. In the present work, the authors provide principles from the anatomy and physics of the instruments to allow good practice of hysteroscopy in the office using the vaginoscopic approach.

**Keywords** : vaginoscopy, tips and tricks

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i2.16>

Received: October 30<sup>th</sup>, 2023

Accepted: January 10<sup>th</sup>, 2024

Département de Gynéco-obstétrique, Cliniques  
Universtaires de Kinshasa, Université de  
Kinshasa

#### **Résumé**

L'hystérocopie représente une véritable révolution de la gynécologie moderne. Alors qu'à ses débuts, elle était considérée comme une technique à la fois laborieuse et difficile à maîtriser en raison de ses défis techniques nombreux et de ses déficiences en termes d'instrumentation, ces dernières décennies ont été marquées par son positionnement comme le gold standard dans le diagnostic et la prise en charge des pathologies intra-utérines.

Sa pratique, d'abord exclusivement dans les salles d'opération, a progressivement évolué pour se réaliser dans une grande part en cabinet de consultation, ce qui contribue à réduire drastiquement son coût et améliore sa pratique. Mais malgré cette évolution, plusieurs praticiens sont restés dans l'approche conventionnelle souvent par manque de principes clairs et d'astuces pour débiter avec succès la pratique de l'hystérocopie au cabinet. Dans le présent travail, les auteurs donnent des principes issus de l'anatomie et de la physique des instruments afin de permettre une bonne pratique de l'hystérocopie au cabinet en utilisant l'approche vaginoscopique.

**Mots-clés** : vaginoscopie, trucs et astuces

<https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i2.16>

Reçu le 30 octobre 2023

Accepté le 10 janvier 2024

#### **Introduction**

Ces dernières décennies ont été marquées par plusieurs progrès techniques et technologiques dans différents domaines de la vie. Ces progrès ont embrasé le monde médical avec des applications dans la prévention des maladies et l'administration des soins. En ce qui concerne la gynécologie, le reflet le plus significatif de ce

progrès est sans aucun doute l'endoscopie gynécologique, et plus particulièrement l'hystérocopie. L'hystérocopie (du grec hystero = utérus, et ; scopei= regarder) peut être considérée comme une véritable révolution de la gynécologie moderne, car elle a permis "d'éclairer" pour la première fois un espace étroit et sombre, jamais directement exploré jusqu'au

*e5555*



milieu du XIXe siècle (1-2). L'hystérocopie, à ses débuts, était considérée comme une technique à la fois laborieuse et difficile à maîtriser en raison de ses défis techniques considérables et de ses déficiences en termes d'instrumentation (2). En effet, elle était rarement utilisée dans la pratique clinique courante, qui reposait presque exclusivement sur la dilatation et le curetage pour le diagnostic et le traitement des pathologies intra-utérines (2-3). Cependant, les derniers progrès continus et rapides, ont contribué à positionner l'hystérocopie comme l'étalon d'or dans le diagnostic et la prise en charge des pathologies intra-utérines et, plus récemment, de celles du col et du vagin (4-5). Dans les années 70-80, l'hystérocopie était couramment pratiquée selon la "technique traditionnelle" (5). Suivant cette approche, l'hystérocopie était réalisée sous anesthésie générale ou locale avec une optique de 4 mm, un spéculum et un tenaculum pour saisir et fixer l'utérus (6). En raison du grand diamètre de l'hystérocopie (chemise externe), une dilatation cervicale préparatoire était obligatoire, suivie d'une hospitalisation pendant la récupération (hystérocopie en milieu hospitalier) (7). Au début des années 90, les progrès de la technologie et des techniques ont rendu l'hystérocopie moins douloureuse et moins invasive avec la possibilité de sa pratique sans spéculum et sans pince utérine (vaginoscopie). Tout en étant de plus en plus acceptée dans la pratique clinique, cette méthode a contribué à réduire le nombre de procédures réalisées en salle d'opération. Dans le même temps, le nombre de procédures ambulatoires a augmenté ; l'hystérocopie au cabinet présentant l'avantage inhérent de ne pas souvent nécessiter d'anesthésie ni de dilatation cervicale (8-9). Malgré cette évolution, plusieurs praticiens sont restés dans l'approche conventionnelle souvent par manque de principes clairs et d'astuces pour débiter avec succès la pratique de l'hystérocopie au cabinet. Cet état de choses contribue à freiner l'expansion de la méthode en lui gardant un coût plus élevé et en réduisant le nombre de procédures qu'un praticien peut avoir de manière quotidienne. Quelques conseils et astuces sont donc nécessaires pour maximiser les chances de succès d'une hystérocopie par approche vaginoscopique, qu'elle soit diagnostique ou opératoire en tenant compte des considérations anatomiques et techniques.

## Méthodes

Ce travail est une revue non exhaustive de la littérature (*Pubmed, Medline, cochrane library*) concernant les méta-analyses, revues de la littérature et essais randomisés publiés sur le sujet et enrichi par les connaissances de l'anatomie de la filière féminine et par notre expérience personnelle de la pratique des hystérocopies au cabinet. Les mots-clés utilisés étaient : <*vaginoscopy*>, <*office hysteroscopy*>, <*outpatient hysteroscopy*>. De même, la littérature se rapportant aux concepts développés dans certains articles, a été recherchée. Il a également été fait recours aux manuels d'anatomie gynécologique.

## Anatomie de la filière génitale appliquée à l'hystérocopie

Une bonne connaissance de l'anatomie des voies génitales est nécessaire à une vaginoscopie réussie (10). Le praticien devra continuellement s'efforcer à adapter l'anatomie apprise des livres classiques, à une réalité hystérocopique avec des applications pratiques devant faciliter l'exploration.

### La vulve

La vulve présente, entre les bords libres des grandes lèvres et le vestibule, un espace (depuis la fente interlabiale) appelé canal vulvaire, qui peut mesurer jusqu'à 6 voire 7 cm de profondeur (11). Selon la morphologie et la laxité tissulaire de chaque femme, la fente interlabiale ; séparant les deux grandes lèvres peut être fermée (figure 1) (les deux grandes lèvres se touchent) ou ouverte (figure 1) déterminant une vulve béante (11).



Figure 1 : A. Vulve à fente fermée, B. Vulve béante

Cet élément va être important à considérer lorsqu'il faut aborder l'hystérocopie par vaginoscopie (facilitée lorsqu'il s'agit d'une vulve à fente fermée). En effet, une fente vulvaire fermée favorise la formation d'une collection suffisante de liquide dans le vagin qui se dilate et

**e5556**



permet une meilleure visualisation du col dont on retrouve alors facilement l'orifice externe. En revanche, une vulve béante, facilitera la traversée du canal vulvaire mais va entraîner des fuites de liquide, et donc la visualisation du col peut être compromise en approche vaginoscopique. La connaissance de l'anatomie permet, avec un peu de patience et d'expérience, de retrouver l'orifice cervical externe. Le fait de rapprocher les deux grandes lèvres avec les doigts pour fermer la fente ou encore de mettre la patiente en légère position de Trendelenbourg et permettre une accumulation du liquide dans le vagin, facilite la procédure. Il faut noter qu'en approche vaginoscopique de l'hystérocopie, l'hystérocopie peut se perdre dans la vessie après avoir parcouru l'urètre. Il est donc important de retenir que l'introduction de l'hystérocopie doit se faire juste légèrement en avant de la fourchette vulvaire pour éviter le méat urétral en avant et l'anus en arrière (12). En plus, la connaissance de l'anatomie de l'épithélium transitionnel urétral permet de le reconnaître au début de la progression et de replacer l'instrument qui se perd (figure 2).

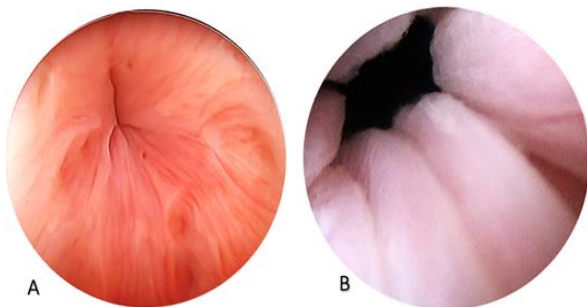


Figure 2 : Epithélium transitionnel de l'urètre. A. Dans le canal proche du méat, B. Dans le canal proche du col vésical

#### *Le vagin*

Le vagin présente des parois dont les plis sont distincts et généralement transversaux (11). Ces plis sont plus fins au niveau des fornix (13). Anatomiquement le vagin présente deux portions, l'inférieure et la supérieure dont le calibre est plus important. Les deux portions forment entre elles un angle ouvert en arrière d'environ 135 – 145 ° (figure 3) (13).

#### **Col**

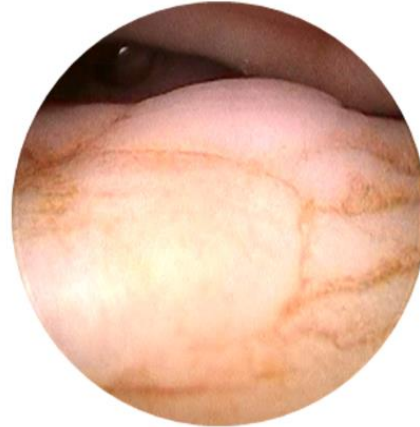


Figure 3 : Cap vaginal. On peut noter l'orientation que l'hystérocopie doit prendre (vers le haut) pour franchir le sommet avant de changer sa progression vers le bas en direction du col utérin

Cette anatomie se traduit hystérocopiquement par une progression dans une cavité vaginale d'abord quasi horizontale ou remontant jusqu'à une sorte de sommet (cap vaginal) avant de noter un bas fond dans lequel le col est aisément identifié par sa surface lisse (figure 4). La partie du col généralement identifiée est la lèvre antérieure qui vient toucher la paroi postérieure du vagin. Le col utérin et le vagin forment entre eux un angle d'environ 90 % (14).



Figure 4 : Surface lisse du col, A. L'orifice cervical est orienté vers la paroi postérieure du vagin, B. L'orifice externe du col est orienté légèrement vers l'axe du vagin



### Retrouver le col et son orifice externe

Contrairement au vagin, le col a une surface lisse avec son orifice externe généralement orienté vers la paroi postérieure du vagin. Dans certaines conditions notamment de col cicatriciel, de rétroversion utérine, de latérodéviations utérines, l'orifice peut avoir des orientations variées (15). La navigation de l'hystéroscope dans le vagin se fait avec l'axe de la vue orienté vers la paroi vaginale postérieure. Cette approche permet de mieux voir au fond du vagin après le cap vaginal qui a une convexité vers le canal vaginal. Après identification du col, il faut effectuer une rotation de 180 degrés sur l'optique de manière à ramener son axe de vision en antérieur. Dans cette position, la pointe de l'optique explore le col et est alors dirigée vers le cul-de-sac de Douglas. Ce geste permet, dans une grande majorité des cas, de retrouver l'orifice externe d'un col de situation normale. En cas de difficulté pour retrouver cet orifice, certaines astuces peuvent être utilisées ; comme le fait de retrouver le cul-de-sac postérieur ou antérieur, de reculer la pointe de l'hystéroscope et le diriger de façon à s'éloigner du cul-de-sac ou le fait de fermer la fente interlabiale de la vulve pour remplir de liquide le vagin (ce geste permet de redresser et d'isoler le col de la paroi vaginale) ; ou encore le fait de suivre une attache de mucus en espérant qu'elle vienne de l'orifice externe (parfois le fait de désinfection ramène quelques filets de mucus et

les attache à la paroi vaginale, ce qui fait perdre l'opérateur) et enfin la visualisation d'un œuf de Naboth qui signe l'approche de l'orifice externe. Il ne faut donc plus se perdre loin de ce nodule repère car il signifie que l'orifice n'est pas loin (16-17). L'orifice cervical externe apparaît grossièrement circulaire de 4 – 6 mm de diamètre chez la nullipare et a une forme ovale de 10 – 15 mm chez la multipare (9-10).

### Le canal cervical

La navigation de l'hystéroscope dans le canal cervical est une étape cruciale et difficile dans l'apprentissage de l'hystéroscopie, que cela soit vaginoscopique ou avec spéculum. Cette navigation requiert la connaissance de l'orientation spatiale avec une optique dont l'objectif est pourvu d'un prisme donnant un angle de vue différent de 0° (12).

Le canal cervical est fusiforme, avec une cavité réelle et mesure environ 3 cm de long (13). Les parois antérieure et postérieure du canal cervical comportent des plis appliqués les uns sur les autres. Deux types de plis sont à distinguer : les plis longitudinaux en antérieur et en postérieur et les plis palmés qui se détachent des plis longitudinaux et se dirigent en haut et en dehors (13-14). Cette configuration détermine « l'arbre de vie » (figure 5) qui se termine à environ 5 mm avant l'orifice interne du col qui est ovalaire à grand axe transversal (10).

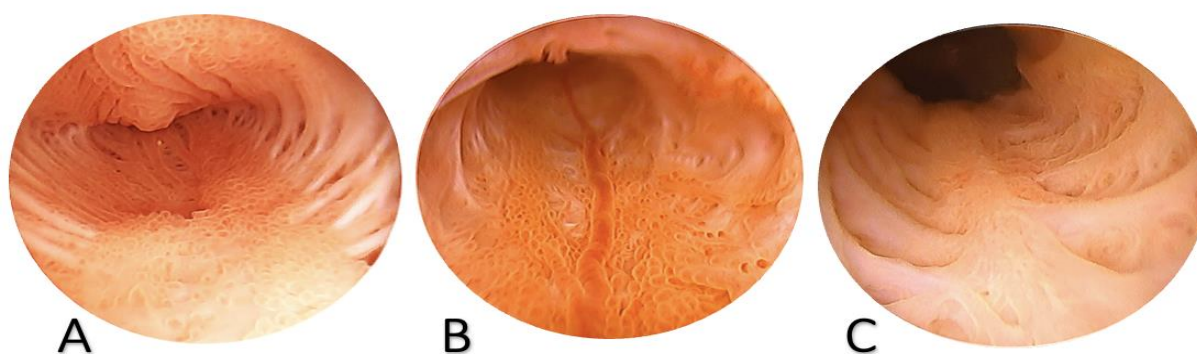


Figure 5 : A. Arbre de vie avec pli longitudinal large et plis palmés bien distincts, B. Arbre de vie avec pli longitudinal bien dessiné et plis palmés larges mal distincts et Parois, C. Arbre de vie avec pli longitudinal et palmés bien distincts

L'anatomie de l'arbre de vie présente une grande variabilité d'une patiente à une autre, allant des formes dont l'analogie à la structure d'un arbre serait difficile, à des formes bien distinctes (figure 5). L'axe transversal de l'orifice interne du col mesure 4 - 5 mm chez la nullipare et va

jusqu'à 7 – 8 mm chez la multipare (13). En hystéroscopie, pour aborder de façon atraumatique et peu douloureuse l'orifice interne du col, il est recommandé d'effectuer une rotation de 90° sur l'optique pour ramener le grand axe de l'instrument (ovalaire ou en forme



de larme) en transversal afin d'épouser le grand axe de l'orifice interne du col (15).

#### *Corps*

Contrairement à la cavité cervicale qui est réelle, celle de l'utérus est virtuelle (11), donc ne pouvant être visualisée qu'après collection d'un gaz (CO<sub>2</sub>) ou d'un liquide. La forme de la cavité utérine est triangulaire avec les orifices tubaires situés au niveau de deux angles supérieurs (13). Le fond de la cavité peut prendre des formes diverses. Il est souvent convexe chez la nullipare et peut s'aplatir et devenir progressivement concave chez la multipare (11,13). L'endomètre apparaît rose-blanchâtre en première phase du cycle. Il devient franchement blanchâtre en deuxième phase avec une apparence d'un recouvrement par un duvet blanchâtre comme s'il y avait une fine couche de poudre blanche. Les ostiums tubaires se voient de part et d'autre du fond utérin. Leur forme est légèrement ovale à grand axe transversal. Leur muqueuse peut être clairement distinguée de la muqueuse utérine car elle est plus rosée (10-11).

### **Quelques principes pour une vaginoscopie réussie**

#### *Préparation de la patiente*

L'examen se déroulant au cabinet, généralement sans anesthésie, il est impératif qu'il se passe dans un environnement qui met la malade en confiance. Comme la patiente est consciente de tout ce qui se passe, il est conseillé d'organiser un cadre détendu, en utilisant un espace protégé avec un siège confortable, et éventuellement en créant un environnement familial et détendu (18). Il est important d'obtenir une adhésion complète de la patiente à la procédure. Pour cela, des informations sur le déroulement de la procédure doivent lui être fournies par le Médecin ou l'infirmier commis à cette tâche (12,18). Les dernières menstruations ou le statut ménopausique doivent être documentés, ainsi que l'utilisation de toute thérapie hormonale (13). La patiente doit également être rassurée sur le fait que l'équipe est à son service et qu'à tout moment la procédure peut être arrêtée si elle le souhaite. Elle sera invitée à retirer ses vêtements, à vider sa vessie et à porter une blouse nouée dans le dos, et elle sera placée en position de lithotomie et couverte de manière appropriée pour respecter sa dignité (13). L'anxiété étant un facteur d'échec de la procédure, il est recommandé d'apporter un soutien émotionnel à la patiente en discutant avec elle et en

l'impliquant davantage à la procédure, en l'invitant à regarder le moniteur, si elle le souhaite, tout en lui expliquant toutes les découvertes (19).

#### *Équipement*

La réduction de la taille et du diamètre des hystéroscopes a largement contribué à faire de l'hystéroscopie une procédure ambulatoire (6). En effet, la miniaturisation des instruments réduit de manières significatives les difficultés tant pour l'opérateur que pour la patiente, permettant la réalisation d'une hystéroscopie au cabinet même par des gynécologues moins expérimentés (18). *The Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG)* recommande d'utiliser les plus petits calibres disponibles pour l'hystéroscopie diagnostique. Les optiques ont un diamètre de 2 à 2,7 mm avec une chemise de 2,5 à 3,5 mm, ce qui réduit la nécessité de dilater le col et donc l'inconfort pour la femme (12). Ceci rend son introduction plus facile et moins douloureuse par rapport aux hystéroscopes conventionnels (1, 13). Dans notre pratique, un diamètre maximal de 5 mm avait été bien toléré par les patientes avec une expérience douloureuse négligeable (20).

Les optiques sont proposées avec une variété d'options d'angle allant de 0 à 70 degrés. Les optiques à 0 degré offrent une meilleure vue panoramique de la cavité. Ceux à angle permettent d'améliorer la vue des ostiums tubaires et l'exploration plus minutieuse de la cavité sans entraîner un inconfort notable car ne nécessitant pas une modification d'angle pouvant être à la base d'une contrainte sur l'orifice interne, facteur de douleur (12).

Concernant les hystéroscopes flexibles de plus petit diamètre, plusieurs études ont montré qu'ils présentent certains avantages par rapport aux hystéroscopes rigides standard notamment leur caractère moins invasif (21-22). Cependant, leur utilisation est entravée par des coûts plus élevés pour l'achat et la maintenance de l'équipement ; mais également un effort accru pour le nettoyage, la désinfection et la stérilisation, une taille d'image réduite sur l'écran par rapport à l'hystéroscope standard pleine grandeur ; et enfin une plus grande fragilité et difficulté d'utilisation (21).

#### *Milieu de distension*

Le dioxyde de carbone et le sérum physiologique peuvent tous deux être utilisés comme milieu de distension et doivent être laissés à la discrétion de l'opérateur (12). Cependant, il a été démontré que

**e5559**



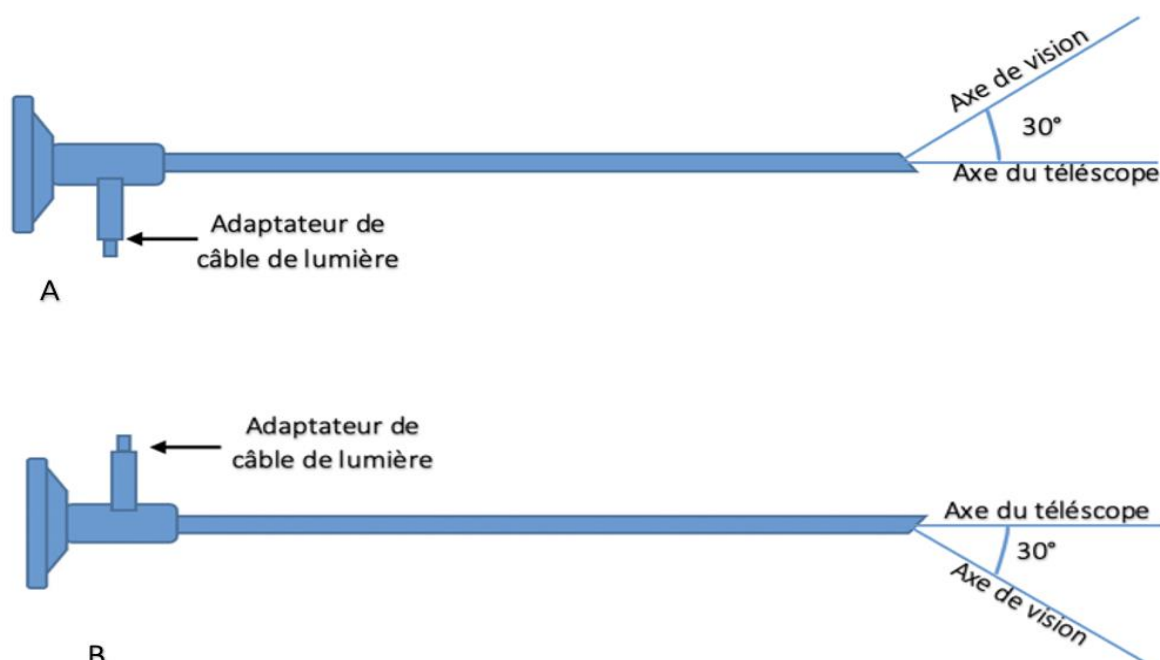
le sérum physiologique est plus confortable pour la patiente, plus rentable, permet de raccourcir la durée de la procédure, de réduire les réactions vaso-vagales, d'obtenir une meilleure qualité d'image même en cas de saignement et peut être utilisé même pour les procédures opératoires (12,18,23). En outre, l'approche vaginoscopique est beaucoup plus facile avec un milieu de distension aqueux (24). La distension liquide est normalement utilisée avec un dispositif d'irrigation et d'aspiration à commande électronique, dans le but d'obtenir une distension utérine moyenne constante autour de 30 à 40 mmHg (15). De cette manière, on obtient une vue intra-utérine claire pendant toute la procédure avec très peu ou pas de passage du milieu de distension dans l'abdomen, ce qui rend la procédure plus sûre et moins douloureuse. Il faut relever qu'au-delà de 70 mm Hg, on assiste à un passage du liquide avec stimulation subséquente des filets nerveux autour des ostiums tubaires pouvant entraîner la douleur (21).

#### Déroulement de la procédure

L'examen commence par l'introduction de l'hystéroscope et sa progression dans la partie inférieure du vagin, avec l'irrigation concomitante du sérum physiologique comme milieu de distension à une pression comprise

entre 30-40 mm Hg (18). Ceci permet une distension progressive et sans douleur de la cavité vaginale. Une fois le cap vaginal est atteint, la pointe de l'hystéroscope est dirigée vers le fornix postérieur jusqu'à ce que l'on visualise le col que l'on reconnaît par sa surface lisse et l'orifice externe (8). L'orifice externe doit être abordé avec délicatesse et la traversée du canal doit être progressive sous l'effet du liquide de distension qui dilue le mucus cervical et permet une dilatation légère du canal. Généralement la vue est obstruée par le fait qu'une paroi du canal est en contact étroit avec l'optique. Ce contact entraîne une obstruction de l'orifice d'écoulement du milieu de distension qui est juste sur la pointe de l'instrument. Il faut alors faire un court mouvement de recul qui permet de dégager cet orifice et ouvrir le passage à travers le canal cervical.

L'angle optique d'un hystéroscope pour le diagnostic et les procédures opératoires en dehors de la résection est généralement de 30 degrés (figure 6). En utilisant cet hystéroscope, la progression dans le canal cervical doit se faire en tenant compte de l'image que l'optique devra projeter sur le moniteur lorsque l'axe de l'hystéroscope correspond à l'axe de progression du canal cervical.

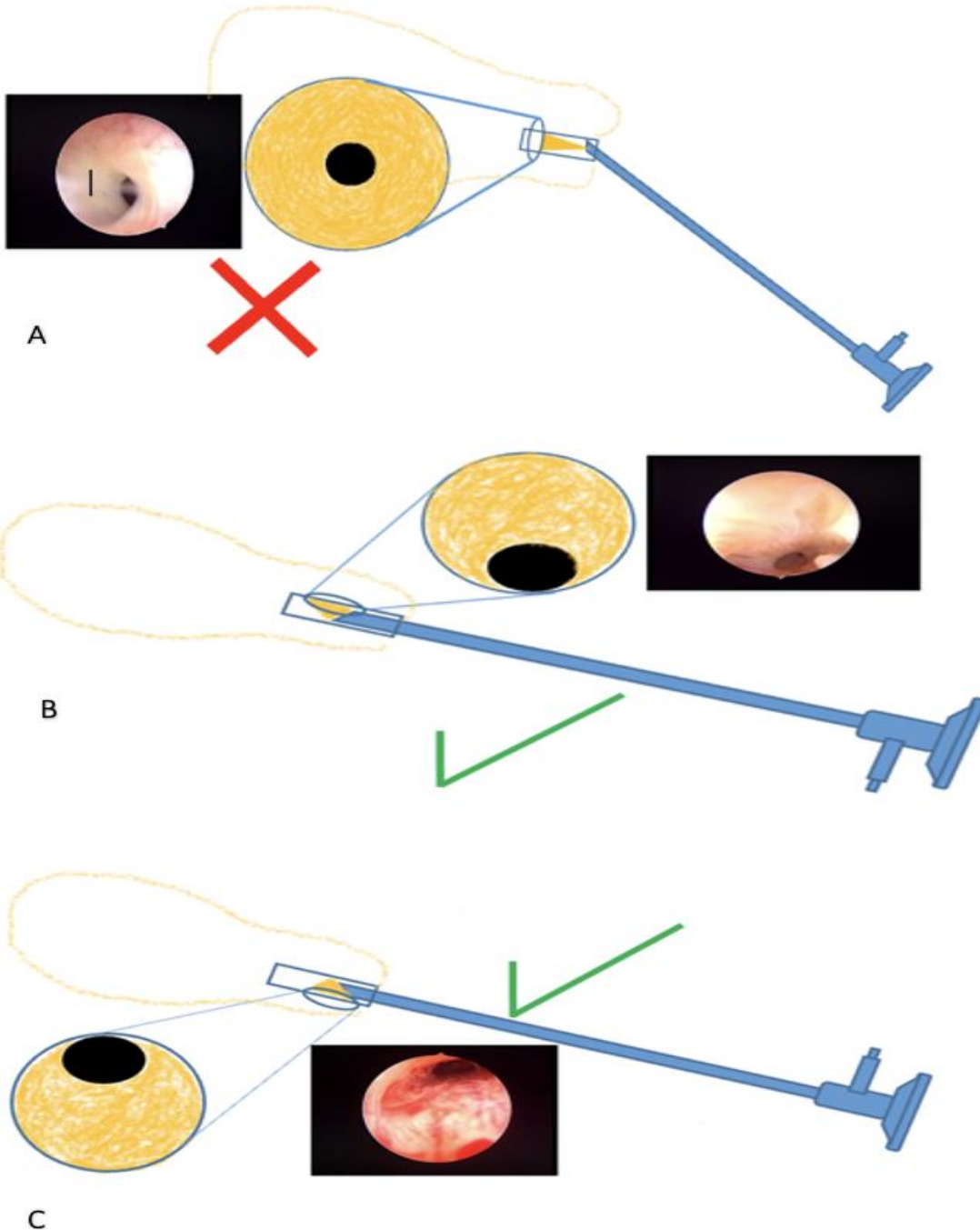


Figures 6 : Télescope avec un angle optique de 30 °. Notez que l'angle formé par l'axe de l'instrument et l'axe de vision est de 30 degrés. Ce télescope visualise donc des images qui sont à 30 degrés de son axe. A. Câble de lumière à 6 heures, vision à 12 heures, B. Câble de lumière à 12 heures, vision à 6 heures



En effet, en pratique cette représentation spatiale est la plus difficile à intérioriser par le débutant. Pour une optique de 30 degrés, la progression dans le canal cervical (représenté par le point noir sur le moniteur = lieu le plus éloigné de la pointe de l'hystéroscope) ne devrait pas se retrouver au

milieu de l'image sur le moniteur, mais excentré du côté opposé à la vision de l'optique. Pour la plupart des optiques, la vision se fait du côté opposé à l'adaptateur du câble de lumière (figures 6).



Figures 7 : Images projetées sur l'écran selon l'orientation de l'hystéroscope dans le canal cervical. A. L'hystéroscope traumatise la paroi cervicale antérieure ; l'image de la progression est au milieu de l'écran alors que le télescope est de 30 °. Notez que l'axe de l'optique ne correspond pas à l'axe de progression cervicale. B et C. Bonne progression de l'hystéroscope en tenant compte de l'adaptateur de câble lumière à 6 heures (B) et à 12 heures (C).



C'est-à-dire que si l'adaptateur du câble de lumière se trouve à 12 heures, l'opérateur regarde à 6 heures et vis-versa (figure représentant l'optique). Mais ceci n'est pas une règle absolue et dépend d'un fabricant à un autre. Cela est tout aussi généralisable à toutes les positions que peut prendre l'adaptateur du câble de lumière, l'important à garder à l'esprit est la physique de l'instrument (sa configuration). Pour les optiques les plus courantes, la vision sera toujours orientée du côté opposé à cet adaptateur.

De manière conventionnelle, la progression dans le canal cervical se fait avec le câble de lumière à 6 heures (position obtenue lorsqu'une fois dans le cul-de-sac de Douglas, on a fait une rotation de 180 degrés pour voir l'orifice cervical). Dans cette configuration, l'opérateur devra garder le point noir à 6 heures sur l'image à l'écran durant la progression pour obtenir une évolution douce sans traumatisme (figures 7). En cas d'utérus en rétroversion, la progression pourrait mieux se faire en ayant l'adaptateur du câble de lumière à 12 heures, avec l'opérateur debout devant la

patiente. Parfois la progression se fait plus aisément dans le canal cervical en ayant l'adaptateur du câble de lumière à 3 heures ou rarement à 9 heures de manière à faire correspondre la forme de l'instrument qui est soit ovale ou plus fréquemment en forme de larme, à l'état fusiforme du canal. Cette configuration de progression a l'avantage d'une traversée de l'orifice interne sans une autre rotation.

L'orifice interne est facilement retrouvé lorsque les plis cervicaux se terminent, il est à environ 5 mm de la disparition de ces plis, on ne peut pas le manquer. Lorsque la progression dans le canal cervical s'est faite avec l'adaptateur de lumière à 6 heures (vision vers 12 heures et point noir à 6 heures) ou à 12 heures (vision vers 6 heures et point noir à 12 heures), il est important d'effectuer à ce niveau, une rotation de 90° sur l'hystéroscope afin d'adapter le plus grand axe de l'optique à celui de l'orifice interne et de minimiser la perception de la douleur liée à l'étirement de cette zone qui est richement innervée (15) (figures 8).



Figure 8 : Rotation de l'hystéroscope avant de franchir l'orifice interne du col. A. Pas de rotation avec étirement des fibres cervicales pouvant entraîner la douleur. B. Rotation de l'hystéroscope pour épouser la forme ovale de l'orifice interne du col.

Une fois dans la cavité utérine, il est conseillé de garder la même position de l'instrument (après rotation d'adaptation du grand diamètre de l'instrument au grand diamètre du col), d'arriver à environ 1 cm du fond de l'utérus, de faire l'exploration de ce fond et ensuite celle de l'orifice tubaire se trouvant du côté exploré. Ensuite, l'opérateur peut d'abord ramener l'adaptateur du câble de lumière à 12 heures de façon à explorer la paroi postérieure de l'utérus de manière complète de haut en bas. Il va poursuivre l'examen en ramenant l'adaptateur du câble de lumière à 6 heures pour l'exploration de la paroi antérieure et terminer par l'exploration de l'autre orifice tubaire en ramenant l'adaptateur du câble de lumière du côté opposé à cet orifice. L'opérateur ne doit jamais perdre de vue que les rotations de l'instrument sur l'orifice interne du

col représentent des moments qui peuvent être douloureux pour la patiente. Le principe est d'en faire le moins possible au cours d'une procédure sans anesthésie.

Il est recommandé de garder la même pression d'irrigation (30 à 40 mm Hg), et si une augmentation est nécessaire pour améliorer la visibilité, il ne faudra pas dépasser 70 mm Hg, pression au-delà de laquelle on assiste à un passage tubaire du liquide de distension avec étirement subséquent des filets nerveux autour des ostiums qui peut être à la base de la douleur (10). Les ostiums tubaires doivent être identifiés, les parois antérieures et postérieures de l'utérus examinées et des biopsies doivent être réalisées sous vision directe sur toute zone d'apparence anormale ou sur deux sites distincts si





l'endomètre semble normal. L'hystéroscope peut être ensuite retiré lentement (18).

L'essor du concept 'see and treat' (traiter directement lorsque l'on diagnostique une pathologie) et le développement des hystéscopes de plus petit diamètre ont contribué à révolutionner la pratique de l'hystérocopie. En effet, ces hystéscopes, dotés d'un système à flux continu et d'un canal opérateur dans lequel passent les instruments chirurgicaux, ont contribué à sortir la prise en charge des plusieurs pathologies endo-utérines et cervicales des blocs opératoires pour le cabinet. Cette pratique s'est alors délivrée progressivement de la nécessité traditionnelle d'une dilatation du col ou d'une anesthésie (9,25-26). Il est également indispensable de garder à l'esprit que seul le myomètre et la séreuse de l'utérus ont une innervation sensitive significative. L'endomètre et tout tissu fibrotique n'en ont généralement pas (27). Ceci étant, les pathologies comme les polypes, les synéchies, certains petits myomes totalement intra-cavitaires peuvent être facilement traités au cabinet sans nécessité d'une quelconque anesthésie ou analgésie (12). Cependant, une technique opératoire soignée est d'une importance capitale, en particulier pour éviter une pénétration profonde par inadvertance dans le myomètre superficiel lors de la résection de ces lésions, pour maintenir les pressions de distension les plus basses possibles et pour accélérer la procédure (18). Après la procédure, il faut laisser à la patiente quelques minutes pour récupérer, l'aider à s'asseoir et prévoir une salle d'attente où elle pourra se reposer si nécessaire. La plupart des femmes s'habillent et se sentent suffisamment bien pour partir immédiatement, après une discussion sur l'intervention et ses résultats (12).

### **Conclusion**

L'approche vaginoscopique pour l'hystérocopie diagnostique ou opératoire doit être la première option devant toute femme qui présente une pathologie nécessitant une exploration hystérocopique. Elle est bien tolérée par les patientes lorsqu'elle est bien pratiquée et permet une réduction drastique du coût parce que ne nécessitant pas de spéculum, de pince de Pozzi ou d'anesthésie. L'hystérocopie traditionnelle avec dilatation cervicale et anesthésie doit être réservée à certains cas opératoires particuliers et complexes comme ceux de certains myomes, de gros polypes et des sténoses cervicales et utérines complexes.

### **Conflit d'intérêt**

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêt en rapport avec ce manuscrit.

### **Contribution des auteurs**

Emmanuel Nzau-Ngoma : conception, rédaction, validation, illustrations (dessin, photos)

Jules Mpoy Odimba : recherche bibliographique, rédaction et correction de la version finale

Amos Kusuman : rédaction et correction de la version finale.

Tous les auteurs ont lu et approuvé la version finale et révisée du manuscrit.

### **Références**

1. Doraiswami S, Johnson T, Rao S, Rajkumar A, Vijayaraghavan J, Panicker VK. Study of endometrial pathology in abnormal uterine bleeding. *J Obstet Gynecol India* 2011; **61**: 426–430.
2. Karageyim Karsidag AY, Buyukbayrak EE, Kars B, Unal O, Turan MC. Transvaginal sonography, sonohysterography, and hysteroscopy for investigation of focal intrauterine lesions in women with recurrent postmenopausal bleeding after dilatation & curettage. *Arch Gynecol Obstet* 2010; **281**: 637–643.
3. Naderi T. P1072 Comparison of the diagnostic accuracy of pipelle biopsy, dilatation and curettage and hysterectomy in detection of endometrial lesions. *Int J Gynecol Obstet* 2009; **107**: 712–712.
4. Pontrelli G, Landi S, Siristatidis C, Di Spiezio Sardo A, Ceci O, Bettocchi S. Endometrial vaporization of the cervical stump employing an office hysteroscope and bipolar technology. *J Minim Invasive Gynecol* 2007; **14**: 767–769.
5. Di Spiezio Sardo A, Bettocchi S, Spinelli M, Guida M, Nappi L, Angioni S, et al. Review of New Office-Based Hysteroscopic Procedures 2010; **17**: 436–448.
6. Campo R, Molinas CR, Rombauts L, Mestdagh G, Lauwers M, Braekmans P, et al. Prospective multicentre randomized controlled trial to evaluate factors influencing the success rate of office diagnostic hysteroscopy. *Hum Reprod* 2005; **20**: 258–263.
7. Bettocchi S, Ceci O, Venere R Di, Pansini M V, Pellegrino A, Marelllo F, et al. Advanced operative office hysteroscopy without anaesthesia: analysis of 501 cases treated with a 5 Fr. bipolar electrode. *Hum Reprod* 2002; **17**: 2435–2438.
8. Bettocchi S, Selvaggi L. A vaginoscopic

**e5563**



- approach to reduce the pain of office hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1997;**4** : 255–258.
9. Paschopoulos M, Paraskevaidis E, Stefanidis K, Kofinas G, Lolis D. Vaginoscopic approach to outpatient hysteroscopy. *J Am Assoc Gynecol Laparosc* 1997;**4**: 465–467.
  10. del Valle C, Solano JA, Rodríguez A, Alonso M. Pain management in outpatient hysteroscopy. *Gynecol Minim Invasive Ther* 2016; **5** : 141–147.
  11. P Kamina. Anatomie gynécologique et obstétricale. Paris: Maloine 4ème édition, 1984. 1979.
  12. Graham A, Datta S. Outpatient hysteroscopy. *Obstet Gynaecol Reprod Med* 2016; **26**: 7–11.
  13. National G, Pillars H. Manuel du résident Gynécologie et Obstétrique. 2009. 9–15.
  14. Izzaty RE, Astuti B, Cholimah N. The reality of Pencak Silat. *Angewandte Chemie International Edition* 1967; **6**: 951–952.
  15. Bettocchi S, Nappi L, Ceci O, Selvaggi L. What does ‘diagnostic hysteroscopy’ mean today? The role of the new techniques. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2003; **15**: 303–308.
  16. Bettocchi S, Bramante S, Bifulco G, Spinelli M, Ceci O, Fascilla FD, *et al.* Challenging the cervix: strategies to overcome the anatomic impediments to hysteroscopy: analysis of 31,052 office hysteroscopies. *Fertil Steril* 2016;**105**: 16–17.
  17. Di Spiezio Sardo A, Giampaolino P, Manzi A, De Angelis MC, Zizolfi B, Alonso L, *et al.* The Invisible External Cervical Os. Tips and Tricks to Overcome this Challenge during In-Office Hysteroscopy. *J Minim Invasive Gynecol* 2021;**28**: 172–173.
  18. Sardo ADS, Calagna G, Di Carlo C. Tips and tricks in office hysteroscopy. *Gynecol Minim Invasive Ther* 2015;**4**: 3–7.
  19. Amer-Cuenca JJ, Marín-Buck A, Vitale SG, La Rosa VL, Caruso S, Cianci A, *et al.* Non-pharmacological pain control in outpatient hysteroscopies. *Minim Invasive Ther Allied Technol* 2020;**29**: 10–19.
  20. Nzau-Ngoma E, Kusuman A, Odimba MJ, Mboloko EJ. Office hysteroscopy: findings in patients attending a clinic in Kinshasa, the Democratic Republic of Congo. *The Trocar* 2022; **3**: 57–70.
  21. Smith PP, Kolhe S, O’Connor S, Clark TJ. Vaginoscopy Against Standard Treatment (VAST): A Randomised Controlled Trial. *Obstet Gynecol Surv* 2019; **74**: 334–335.
  22. Mazzon I, Favilli A, Horvath S, Grasso M, Di Renzo GC, Laurenti E, *et al.* Pain during diagnostic hysteroscopy: What is the role of the cervical canal? A pilot study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2014; **183**: 169–173.
  23. Pluchino N, Ninni F, Angioni S, Artini P, Araujo VG, Massimetti G, *et al.* Office Vaginoscopic Hysteroscopy in Infertile Women: Effects of Gynecologist Experience, Instrument Size, and Distention Medium on Patient Discomfort. *J Minim Invasive Gynecol* 2010;**17**:344–350.
  24. Cooper NAM, Smith P, Khan KS, Clark TJ. A systematic review of the effect of the distention medium on pain during outpatient hysteroscopy. *Fertil Steril* 2011;**95**: 264–271.
  25. Vitale SG, Caruso S, Ciebiera M, Török P, Tesarik J, Vilos GA, *et al.* Management of anxiety and pain perception in women undergoing office hysteroscopy: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet* 2020; **301**: 885–894.
  26. De Silva PM, Carnegie A, Smith PP, Clark TJ. Local anaesthesia for office hysteroscopy: A systematic review & meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020; **252**: 70–81.
  27. Willard FH, Schuenke MD. The neuroanatomy of female pelvic pain In: Bailey A, Bernstein C, editors. Pain in women: a clinical guide. New York: Springer Science 1 Business Media; 2013. pp. 17–55.

Voici comment citer cet article : Nzau-Ngoma E, Odimba JM, Kusuman A. Approche vaginoscopique en hystérocopie : trucs et astuces. *Ann Afr Med* 2024; **17** (2): e5555-e5564. <https://dx.doi.org/10.4314/aamed.v17i2.16>