

Syndrome d'Asherman grave

Nadia Kabli, MD, Togas Tulandi, MD, MHCM

Département d'obstétrique-gynécologie, Université McGill, Montréal (Québec)

Une femme de 37 ans présentait une infertilité et des règles peu abondantes, mais régulières. Elle avait déjà connu une grossesse à terme, suivie d'une rétention fœtale qui a été prise en charge par dilatation et curetage à la 12^e semaine de la gestation. Les règles ont repris trois mois à la suite de cette deuxième grossesse, mais elles étaient peu abondantes et d'une durée d'un jour seulement.

Les taux sériques de gonadotrophines et de stéroïdes étaient normaux. L'hystérosalpingographie a révélé une cavité utérine tubulaire présentant de multiples lacunes radiologiques, ainsi qu'aucun remplissage des trompes de Fallope (Figure 1). L'hystérocopie, pratiquée au moyen de glycine à 1 %, a confirmé ces constatations (Figure 2). De plus, des adhérences denses et de petits lacs d'endomètre

ont été constatés dans la région fundique; les orifices tubaires n'ont pu être visualisés.

Pendant l'hystérocopie, les adhérences ont été divisées au moyen d'une électrode curette jusqu'à ce que les orifices tubaires puissent être visualisés, et la cavité ne présentait plus d'adhérences. Une sonde de Foley a été laissée dans la cavité utérine et la patiente a été traitée au moyen d'antibiotiques et de comprimés d'estradiol administrés par voie vaginale (600 mg par jour, pendant 4 semaines), le tout ayant été suivi par l'administration de 10 mg d'acétate de médroxyprogestérone par jour, pendant 10 jours.

L'hystérocopie de suivi a révélé une cavité utérine normale.

La patiente a consenti à la publication de ces images.

J Obstet Gynaecol Can, vol. 29, n° 10, 2007, p. 780.

Figure 1 Hystérosalpingogramme du syndrome d'Asherman grave. Prenez note de l'apparence tubulaire de la cavité utérine.



Figure 2 Vue hystérocopique de la cavité utérine

