

Fiche technique – retrait des implants ESSURE.

Olivier GRAESSLIN, et le groupe de travail ESSURE
Israël NISAND, Président élu
Bernard HEDON, Past Président

Document validé par le bureau du CNGOF – 24 janvier 2017

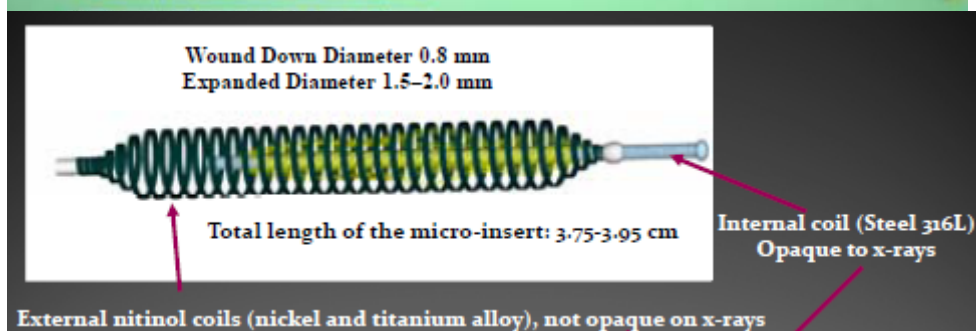
Les implants ESSURE peuvent dans certaines situations faire l'objet d'une demande de retrait.

Avant de considérer la procédure de retrait, il convient :

- D'informer les patientes sur le fait que l'ablation des implants ESSURE n'a pas été évaluée dans les études cliniques portant sur ce dispositif qui est destiné habituellement à être laissé définitivement en place
- De s'assurer du bienfondé de l'explantation
- D'avoir le compte-rendu opératoire et la date de la pose des implants (et connaître en particulier le nombre de tours de spires laissées dans la cavité utérine)
- D'avoir localisé précisément les implants par une technique adaptée (écho 2D et/ou 3D)
- De connaître précisément les antécédents de la patiente (en particulier sur le plan gynécologique et en matière de chirurgie pelvienne).

Rappel sur la composition de l'implant :

L'implant Essure® est un ressort d'expansion dynamique composé d'une âme métallique en acier inoxydable, d'un ressort expansible superélastique en Nickel-Titane (Nitinol) et de fibres de polyéthylène (PET). Les fibres de polyéthylène sont repliées à l'intérieur et autour de l'âme métallique. L'implant (fig 1) mesure entre 3,75 et 3,95 cm de longueur selon l'expansion de l'implant et 0,8 mm de diamètre lorsqu'il est en position repliée. Après expansion, le diamètre du ressort atteint 1,5 à 2 mm afin de pouvoir s'ancrer dans différents diamètres et formes de trompe de Fallope.



La technique de retrait doit s'envisager en fonction de plusieurs critères :

- L'ancienneté de la pose (moins ou plus de trois mois)
- La position des implants évaluée par échographie (position correcte, distale ou proximale, nombre de spires dans la cavité)
- Les symptômes présentés par la patiente, et qui pourraient faire préciser certains diagnostics de pathologie gynécologique telles que : adénomyose, fibromes utérins, hémorragies utérines fonctionnelles,

Le mode d'**anesthésie** adéquat est l'anesthésie générale dans la majorité des cas, permettant ainsi de faire d'emblée le geste d'explantation par coelioscopie, ou de le réaliser sous coelioscopie dans la foulée d'un geste hystéroscopique qui ne permettrait pas le retrait des implants.

L'examen anatomopathologique des pièces opératoires est indispensable, en précisant le contexte, mais il n'y a pas à l'heure actuelle de test valable d'évaluation de l'inflammation tubaire qui pourrait être corrélé aux manifestations cliniques.

Quelque soit la technique de retrait, il est important d'éviter de casser l'implant au cours des manœuvres d'exérèse (surtout la spire externe en tirant de façon trop brutale) car il peut alors être difficile de retirer la totalité de l'implant, et en particulier la partie qui est contenue dans la portion interstitielle de la trompe.

Le retrait peut s'envisager selon différentes méthodes :

1) **Hystéroscopie** : cette méthode ne peut s'envisager que si les implants ont été posés moins de 3 mois avant, la fibrose ne s'étant pas encore totalement fixée. Cette procédure n'est applicable que si un minimum d'une quinzaine (15) de tours de spires sont visibles dans la cavité utérine, avec visibilité des 2 spires (externe et interne) permettant la préhension de l'ensemble du dispositif sans risque de fragmentation ou de lésion tubaire. Il convient alors de prendre les 2 spires de l'implant avec une pince, et d'exercer une traction constante sur l'implant en prenant garde de retirer les 2 tiges.

2) **Cœlioscopie** :

Au cours de la procédure, il convient de prendre des précautions pour éviter de sectionner l'implant et d'appliquer de l'électrochirurgie directement sur l'implant. Il convient également d'exercer une traction conjointe sur les spires externes et internes de façon à éviter le déroulement isolé de la spire externe et de rendre ainsi difficile l'ablation de l'ensemble du dispositif.

a. Salpingotomie

La réalisation d'une salpingectomie doit être préférée à la salpingotomie. Néanmoins, si ce choix est fait, il faut réaliser une incision de 2 cm environ sur le bord antimésial de la trompe en regard de l'implant (dont la position au sein de la trompe peut être obtenue en palpant et en visualisant la spire externe au travers de la séreuse). Après des manœuvres de dissection prudente (pour ne pas sectionner l'implant), il faut exposer l'implant et le libérer de la fibrose environnante, le saisir avec une pince à préhension en prenant soin d'extraire les 2 tiges (idéalement, en le saisissant par son extrémité distale, là où les 2 spires externe et interne sont solidaires). Réaliser une procédure de stérilisation complémentaire.

b. Salpingectomie

Vidéo disponible sur ce lien <http://dx.doi.org/10.1016/j.jmig.2016.01.005>

La situation précise des parties distale et proximale de l'implant doit être connue avant de réaliser la salpingectomie. (palpation per-OP, imagerie). L'implant doit être visible au travers de l'incision tubaire avant de réaliser l'exérèse de la trompe, afin d'éviter de le sectionner et d'en laisser une partie en place. L'incision ou l'ablation de la corne utérine (cornuotomie ou cornuectomie), qui expose à des risques hémorragiques, peut s'avérer quelquefois nécessaire mais ne s'impose pas dans tous les cas.

c. En cas de perforation ou de migration de l'implant

Si l'implant a perforé l'utérus ou a migré dans la cavité abdominale, la technique de retrait sera fonction de sa localisation déterminée précisément en pré-OP et en per-OP (en s'aidant si besoin des RX). Dans ce cas là aussi, il est important de veiller à retirer la totalité des dispositifs.

3) **Hystérectomie :**

L'ablation de l'utérus et des 2 trompes ne doit pas être systématique, mais peut s'avérer utile en cas de pathologie gynécologique associée et diagnostiquée avec certitude avant l'opération (adénomyose, fibromes utérins) ou être décidée en concertation avec la patiente après information éclairée. Dans ces cas, la technique ne diffère pas de celle utilisée habituellement. On prendra soin de retirer les trompes en bloc avec l'utérus.

Il faut pouvoir s'assurer du recours possible en cours d'intervention, à l'échographie ou à la radiographie standard de l'abdomen si les implants sont en position intra-abdominale (perforation, migration).



COLLÈGE NATIONAL
DES GYNÉCOLOGUES
ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS