



**HAL**  
open science

## Comment je fais... simplement l'ablation d'un fragment résiduel d'Essure® sans hystérectomie ?

G. Chene, G. Lamblin, L. Mezzetta, O. Lablanche, E. Cerruto, E. Nohuz

### ► To cite this version:

G. Chene, G. Lamblin, L. Mezzetta, O. Lablanche, E. Cerruto, et al.. Comment je fais... simplement l'ablation d'un fragment résiduel d'Essure® sans hystérectomie ?. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie, 2020, 48, pp.768 - 771. 10.1016/j.gofs.2020.06.005 . hal-03492783

**HAL Id: hal-03492783**

**<https://hal.science/hal-03492783v1>**

Submitted on 17 Oct 2022

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

**Comment je fais... simplement l'ablation d'un fragment résiduel d'Essure®  
sans hystérectomie?**

titre court: **exérèse d'un fragment d'Essure®**

**How I do... easily laparoscopic residual Essure® resection without  
hysterectomy?**

Short title: **residual Essure® resection**

G. Chene<sup>1,2</sup>, G. Lamblin<sup>1</sup>, L. Mezzetta<sup>3</sup>, O. Lablanche<sup>1</sup>, E. Cerruto<sup>1</sup>, E. Nohuz<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Département de Gynécologie, Hôpital Femme Mère Enfant, HFME, 59 boulevard  
Pinel, Hospices Civils de Lyon, 59 boulevard Pinel, 69677 BRON, France.

<sup>2</sup>Université Claude Bernard Lyon 1, EMR 3738, 69000 Lyon, France

<sup>3</sup>Centre d'Imagerie Médicale Charcot, 53 rue du commandant Charcot, 69110,  
Sainte-Foy-Lès-Lyon, France.

Auteur correspondant: Gautier Chene, MD, Département de Gynécologie, Hôpital  
Femme Mère Enfant, Hospices Civils de Lyon, 59 boulevard Pinel, 69677 BRON,  
France.

E-mail: [chenegautier@yahoo.fr](mailto:chenegautier@yahoo.fr)

**Conflit d'intérêt: aucun**

## **Introduction:**

Le risque de fracture des implants Essure® (Bayer AG, Leverkusen, Allemagne) peut atteindre jusqu'à près de 30% surtout quand la technique de traction/ salpingectomie est utilisée [1-3]. Il est le plus souvent possible de retirer complètement le fragment résiduel fracturé dans le même temps opératoire [4]. Dans le cas contraire, il s'agit pratiquement toujours de l'extrémité rectangulaire proximale au niveau des tours de spire qui reste coincé dans la portion interstitielle de la trompe : ce fragment est radio-opaque et mesure moins de 2mm (Figure 1).

Son ablation par une nouvelle intervention chirurgicale n'est recommandée par le CNGOF qu'en cas de persistance de la symptomatologie qui a conduit à l'explantation [5]. Dans ce cas, quelle(s) technique(s) chirurgicale(s) peut-on employer ?

La littérature scientifique est très pauvre sur **les techniques chirurgicales d'extraction des fragments résiduels d'implants Essure®**: l'hystérectomie est bien sûr envisageable mais nous semble disproportionnée compte tenu de l'enjeu de retirer un fragment millimétrique [6]. L'utilisation de fluoroscopie ou d'amplificateur de brillance en per-opératoire a été décrit dans de rares case-reports (par abord coeliosurgicale mais aussi laparotomique) [7, 8]: la résolution spatiale reste faible et il semble bien difficile de localiser précisément des fragments métalliques millimétriques [7].

Nous proposons de combiner l'abord coelioscopique et hystéroscopique pour retirer ce fragment résiduel en ambulatoire et sans réaliser d'hystérectomie associée.

**Technique opératoire:** figures 2 à 4

Le fragment résiduel de l'implant Essure® a été repéré sur l'ASP de contrôle post-opératoire (Fig 2A). Un scanner sans injection de produit de contraste doit être réalisé par un radiologue expert (qui connaît la problématique des implants Essure®) pour confirmer la persistance du fragment et indiquer sa position par rapport à la cavité endométriale et à la séreuse utérine (ce point est essentiel pour apprécier la profondeur nécessaire pour réaliser la cornuectomie) (Fig 2B et 2C). Dans notre expérience, l'IRM n'a pas d'intérêt.

Au bloc opératoire, la patiente est installée en décubitus dorsal, en position de Trendelenburg et les anses digestives refoulées, sous anesthésie générale, avec intubation oro-trachéale, les jambes écartées en flexion de 30°, les deux bras le long du corps, les fesses débordant légèrement de la table opératoire, la vessie sondée, sans canulation utérine.

Quatre trocarts sont nécessaires : un trocart ombilical de 12 mm pour le coelioscope, deux trocarts de 5 mm en fosse iliaque droite et gauche à deux travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure, et un trocart sus-pubien de 10 mm.

L'exploration coelioscopique peut commencer au niveau de la corne en question (Fig 3A). Le système d'hystérocopie en phase liquide est installé en parallèle.

L'exploration de la cavité endométriale recherche la présence du fragment (s'il est visible, son ablation se ferait alors à l'aide d'une pince hystérocopique à préhension) (Fig 3B).

Dans le cas le plus fréquent où le fragment d'Essure® n'est pas visualisé, on applique l'hystérocopie dans l'axe et au contact de l'ostium tubaire. En coelioscopie,

on voit alors par transillumination hystéroscopique toute la zone correspondant à la portion interstitielle de la trompe (Fig 3C). Il y a nécessairement diffraction de la lumière hystéroscopique, ce qui permettra d'inciser à distance de la portion tubaire interstitielle (et ainsi on est certain de bien enlever le fragment résiduel). On peut ensuite réséquer la corne utérine en incisant au ciseau monopolaire sur les limites de la zone illuminée par l'hystéroscope (Fig 3D). La profondeur d'incision est guidée par l'imagerie scannographique pré-opératoire (Fig 3E). La corne ainsi réséquée est extraite dans un sac endoscopique via le trocart de 10 mm. Une radiographie per-opératoire de la pièce permet d'objectiver le fragment résiduel d'implant Essure® (Fig 4A et 4B). La corne est ensuite suturée (Fig 4C). Nous appliquons enfin une solution anti-adhérentielle (Fig 4D).

### **Conclusion:**

Après une première vague de demande d'explantation des implants Essure®, nous assistons maintenant à une deuxième vague de demande d'ablation de fragments résiduels. La technique que nous proposons est simple, reproductible et devrait permettre de retirer la totalité de l'implant résiduel par chirurgie mini-invasive en ambulatoire sans avoir à proposer d'hystérectomie.

**Conflit d'intérêt: aucun**

**Légende :**

**Figure 1 :** l'extrémité rectangulaire proximale au niveau des tours de spire mesure moins de 2 mm et est le plus souvent le fragment résiduel en cas de fracture de l'implant.

**Figure 2 :** Fragment résiduel d'implant à la radiographie ASP (Fig 2A) et au TDM (Fig 2B et 2C)

**Figure 3 :**

Fig 3A : Vue coeliochirurgicale de la corne utérine gauche. Aucun fragment d'Essure® n'est visible

Fig 3B : Ostium tubaire gauche visualisé en hystéroscopie. Aucun fragment d'Essure® n'est visible

Fig 3C : Vision coeliochirurgicale par transillumination hystéroscopique de la corne utérine. La zone transilluminée correspondant à la portion interstitielle de la trompe

Fig 3D : Incision au ciseau monopolaire. La profondeur de l'incision est fonction des données scannographiques pré-opératoires

Fig 3E : vision finale après cornuectomie

**Figure 4 :**

Fig 4A : Confirmation de la présence du fragment d'Essure® sur la radiographie de pièce opératoire

Fig 4B : Dissection sur table objectivant la présence du fragment d'Essure® sur la pièce opératoire

Fig 4C : Suture de la corne utérine

Fig 4D : Instillation d'une solution anti-adhérentielle sur la corne utérine

### Références:


1/ Chene G, Cerruto E, Moret S, Lebail-Carval K, Chabert P, Mellier G, Nohuz E, Lamblin G, Clark TJ. Quality of life after laparoscopic removal of Essure® sterilization devices. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X. 2019; 3: 100054.

2/ Chene G, Vidican P, Azzi C, Carval KL, Chabert P, Beaufiles E, et al. How I do...laparoscopic removal of Essure®? Gynecol Obstet Fertil Senol. 2017; 45: 316-319.

3/ Oufkir N, Pinard A, Villefranque V. Surgical technique for Essure® device ablation (with video). Gynecol Obstet Fertil Senol. 2017; 45: 512-513.

4/ Chene G, Lebail-Carval K, Azzi C, Chabert P, Mellier G, Lamblin G. How I do... laparoscopic removal of Essure® device by mini-cornuectomy without fragmentation? (with video) Gynecol Obstet Fertil Senol. 2018; 46 : 608-609

5/ CNGOF guidelines: Fiche technique sur le retrait des implants Essure.

[http://www.cngof.fr/recommandations-pour-la-pratique-clinique/implant- Essure-infos-professionnelles/496-implants-Essure](http://www.cngof.fr/recommandations-pour-la-pratique-clinique/implant-Essure-infos-professionnelles/496-implants-Essure)

6/ Pepin K, Einarsson J. Retained Essure Implants after Salpingectomy and Essure Removal Procedure. *J Minim Invasive Gynecol.* 2019 Aug 11. pii: S1553-4650(19)30369-3. doi: 10.1016/j.jmig.2019.08.011.

7/ Sills ES, Palermo GD. Combined hysteroscopy-laparoscopy approach for excision of pelvic nitinol fragment from Essure contraceptive device: Role of intraoperative fluoroscopy for uterine conservation. *Obstet Gynecol Sci.* 2016; 59: 337-41

8/ Howard DL, Christenson PJ, Strickland JL. Use of intraoperative fluoroscopy during laparotomy to identify fragments of retained Essure microinserts: case report. *J Minim Invasive Gynecol.* 2012; 19: 667-70.



