

PRISE en CHARGE CHIRURGICALE de L'ENDOMETRIOSE



Dr J.VIALARD

Clinique mutualiste La Sagesse

I – A QUI PROPOSER UNE CHIRURGIE ?

- 1 – Les femmes symptomatiques sous traitement médical
- 2 – Les femmes infertiles symptomatiques
- 3 – Les complications
- 4 – JAMAIS UNE FEMME ASYMPTOMATIQUE

II – Problématique du clinicien

- Signes d'appel: quelle type de coelioscopie ?
 - Kyste(s) endométriosique(s): quelle attitude ?
 - Endométriose sévère ou extensive (sous-péritonéale): qu'en faire ? Que dire ?
-

Discussion bénéfices-risques

Risques de la coelioscopie (+/- coelio-chirurgie) mieux évalués

- mortalité 3,33/100.000 (CHAPERON – 2001)
- vasculaires 0,018% - digestifs 0,04%

III – quelle type de coelioscopie en cas signes d'appel ?

LES GRANDS POINTS A RETENIR de la coelioscopie dans ce cadre

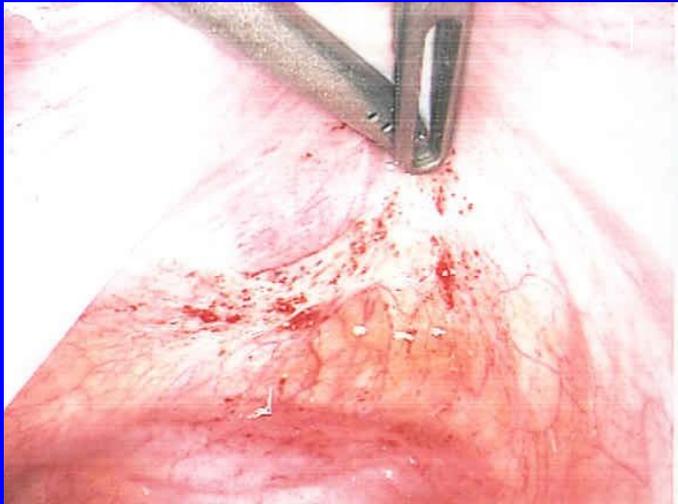
Attitude pour les endométrioses minimales à modérées

- ⇒ Bilan lésionnel précis - classification
- ⇒ Ne pas méconnaître une endométriose sous-péritonéale associée (examen sous AG)
- ⇒ Pas de coelio-chirurgie si :
 - pelvis inflammatoire avec une endométriose floride étendue – traitement médical de 3 mois
 - Si plus sévère que prévue: bilan puis reprogrammation

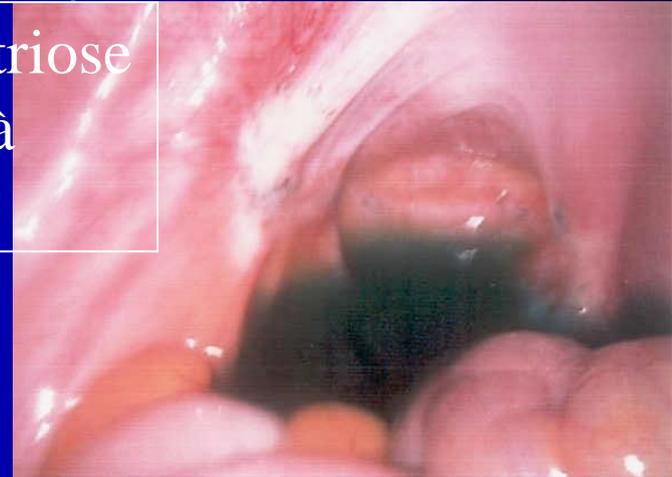
III – Quelle type de coelioscopie en cas signes d'appel ?

- ⇒ Détruire l'ensemble des lésions (coagulation, laser ...)
 - Diminue les récives
 - Traite l'infertilité (MARCOUX 1997)
- ⇒ Respecter les règles de micro-chirurgie: adhérences, hydrosalpinx...
- ⇒ Peu ou pas de place pour les traitements médicaux (progestatifs, agonistes du GnRH ...)

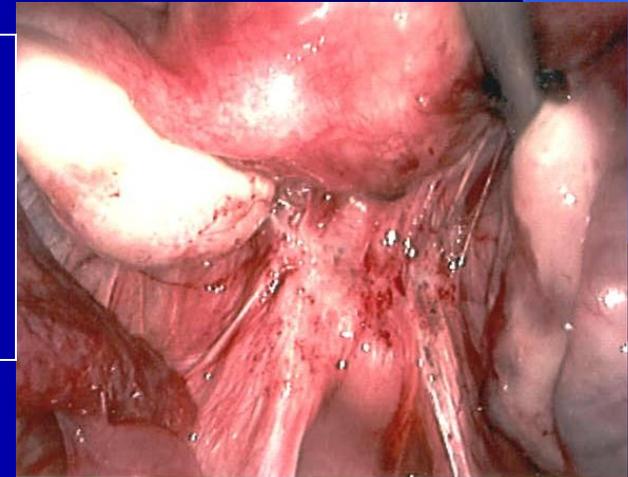
III – Quelle type de coelioscopie en cas signes d'appel ?



Endométriose
minime à
légère



Bilan d'une
récidive
d'endométriose
ombilicale



IV – kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?

1 - GENERALITES

- ⇒ Lésions ovariennes présentes dans 31 à 44% des endométrioses – Nette prédominance côté gauche (JENKINS – 1986)
- ⇒ Traitements médicaux inefficaces

V – kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?

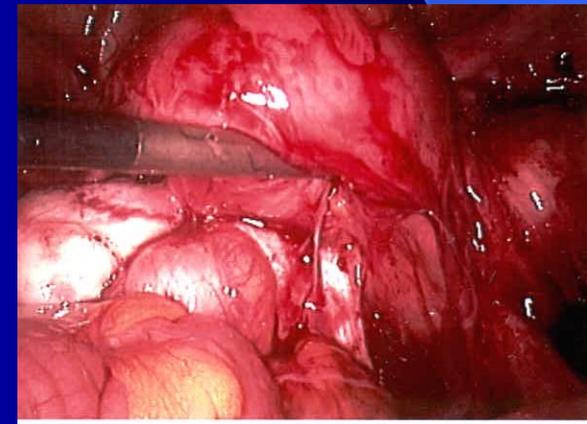
- ⇒ Eliminer kyste hémorragique (10% des cas – BENIFLA 1994)
- ⇒ Eliminer une tumeur borderline (4% VERCELLINI 1993 – DONNEZ 1996)

IV – Kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?

ISOLE : meilleur pronostic / fertilité
(DONNEZ – 1996)

2 situations très différentes

COMPLEXE: avec adhérences + implants

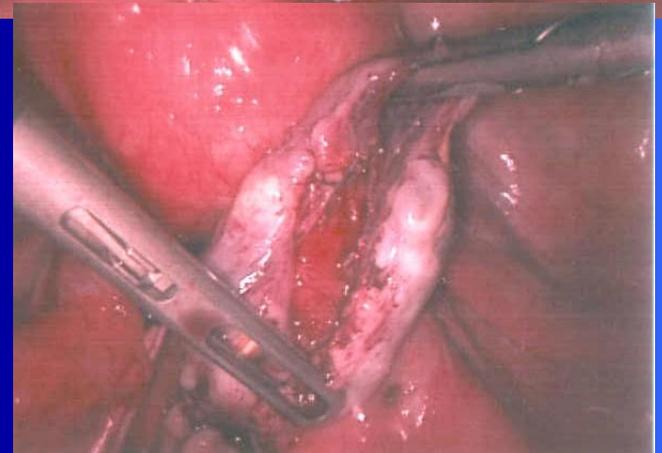


IV – Kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?

3 - TECHNIQUES

a) KYSTECTOMIE

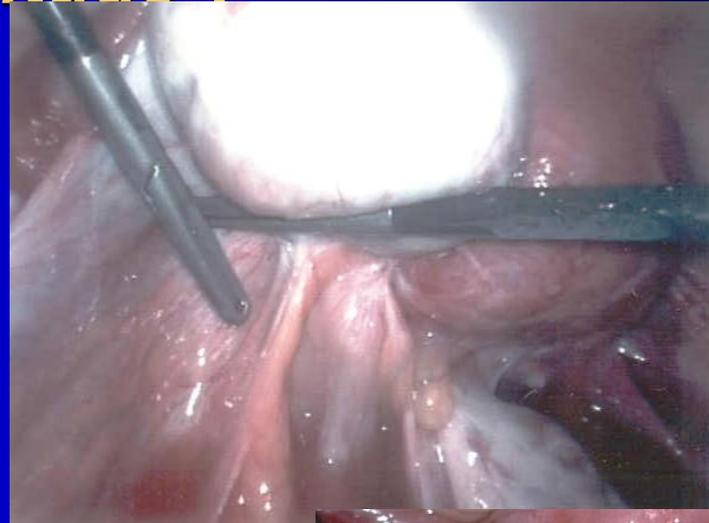
- référence taille > 3cm
 - Coelio > laparo
 - intrapéritonéal > trans-pariétale (volumineux)
 - anatomo-pathologie
-



IV – Kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?

KYSTECTOMIE (suite)

- Traitement lésions associées
- Si kystectomie incomplète -> électrocoagulation ou laser



IV – Kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?

b) Drainage – vaporisation laser secondaire

- Pocédure : ponction – agonistes du GnRH – coelio-chirurgie à 3 à 6 mois
- préserve le stock ovocytaire
- bons résultats DONNEZ 1996 : taux de récurrences et fertilité
- HEMMINGS – 1998 - Idem électro-coagulation
- pour BERETTA 1996 - étude randomisée kystectomie > drainage – vaporisation

Pour nous: très volumineux endométriomes, ou endométriose sévère inflammatoire

IV – Kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?

c) Ovariectomie – annexectomie

- peu de place
- rares indications sur endométriose annexielle unilatérale (annexe controlatéral normal) :
récidive, douleur...

IV – Kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?

4 – RESULTATS

a) Taux de récurrence

- ✓ varie 8 à 22% / séries (FAYER 1991- CANIS 1992 – BENIFLA 1994 – DONNEZ 1996)
- ✓ risque augmente avec :
 - jeune âge (< 24ans)
 - Infertilité II
 - Stade endométriose (Trt souvent incomplet dans les formes sévères)
- ✓ Traitement non chirurgical – ponction échoguidée ?
(ZANETTA – 1995) risque infectieux 1% - récurrence de 50 à 90% - patiente multiopérée ou en FIV

IV – Kyste(s) endométriosique(s) – Quelle attitude ?

4 – RESULTATS

b) Fertilité

- ✓ Kyste isolé : pronostic fonction du bilan de base
- ✓ Endométriose complexe
 - séquelles adhérentielles (coaptation ovaro-tubaire)
 - Reliquat implants
 - Réserve ovarienne

V – Endométriose sévère ou extensive (sous-péritonéale): qu'en faire ? que dire ?

- Cas peu fréquents, souvent hors infertilité
- L'association des deux complique la prise en charge thérapeutique
- L'apport de la coelio-chirurgie depuis les années 80 a modifié cette prise en charge thérapeutique

V - Endométriose sévère ou extensive (sous-péritonéale): qu'en faire ? que dire ?

L'ETAPE du BILAN

a) - L'évaluation de la symptomatologie fonctionnelle

b)- Le bilan de l'endométriose

- Antécédents
- Importance de l'endométriose extra-génitale:
 - **Examen clinique**
 - Examens complémentaires:
 - écho endocavitaire
 - IRM
 - Lavement baryté, UIV
 - Stade de l'endométriose génitale

c) - Le bilan de l'infertilité si nécessaire

V - Endométriose sévère ou extensive (sous-péritonéale): qu'en faire ? que dire ?

L 'ETAPE de la DECISION

L 'information la plus éclairée

- pathologie
- possibilités thérapeutiques
- risques et résultats

Redire:

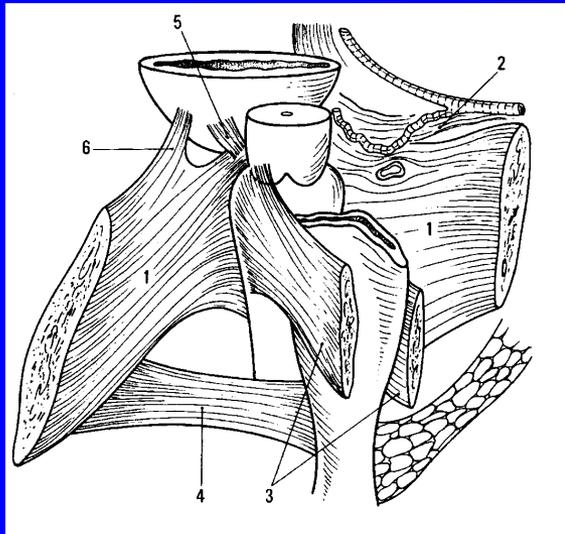
- chirurgie parfois lourde, à haut risque et difficile, pour une pathologie fonctionnelle
- fréquemment multidisciplinaire +++

V - Endométriose sévère ou extensive (sous-péritonéale): qu'en faire ? que dire ?

5 – EN PRE-OPERATOIRE

- ⇒ Un traitement de 3 mois par agonistes de la LH-RH (pas d'étude randomisée)
- ⇒ UIV de principe (anomalies urétérales)
- ⇒ Préparation colique de type digestive - indispensable

6 - BUTS du TRAITEMENT CHIRURGICAL



- a) Traiter de façon complète la totalité des lésions endométriosiques - Garant d'un résultat fonctionnel optimal.
- b) Respecter l'anatomie pelvienne tout en traitant l'endométriose génitale.
- c) Respecter le parenchyme ovarien (capital ovocytaire)

V - Endométriose sévère ou extensive (sous-péritonéale): qu'en faire ? que dire ?

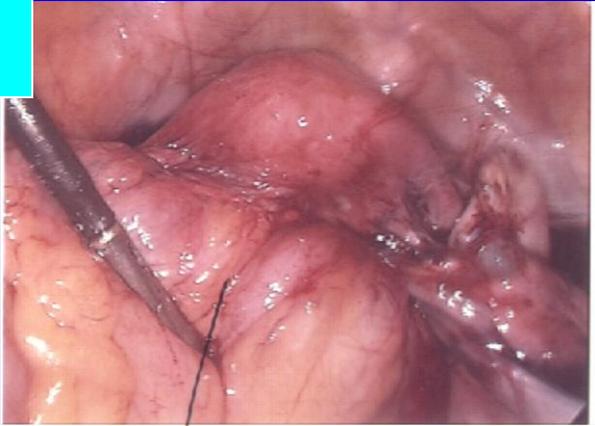
7 – TECHNIQUES CHIRURGICALES

La coeliochirurgie est aujourd'hui la référence, mais la laparotomie garde toute sa place.

- ➔ Lésions digestives (résections recto-sigmoïdiennes ou caeco-appendiculaires) voire urinaires
- ➔ Traitement des lésions génitales (endométriose + adhérences)
- ➔ Lésions urinaires
- ➔ Endométriose génitale: récurrence d'endométriome (vaporisation laser)

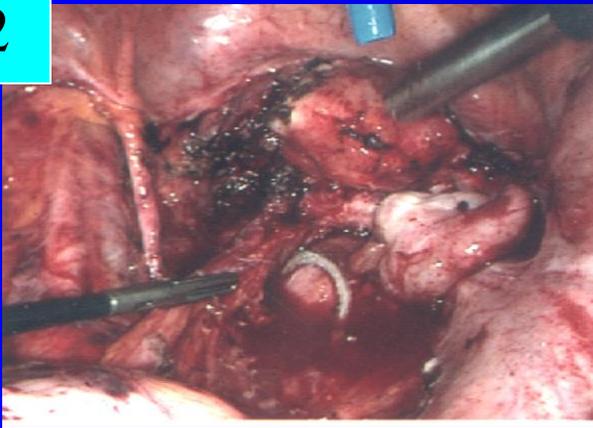
COELIO-CHIRURGIE

1



Patiente 30ans - KOG 95
Sténose sigmoïdienne en 96
Annexectomie G + résection
digestive 9/96
Grossesse spontanée 11/97

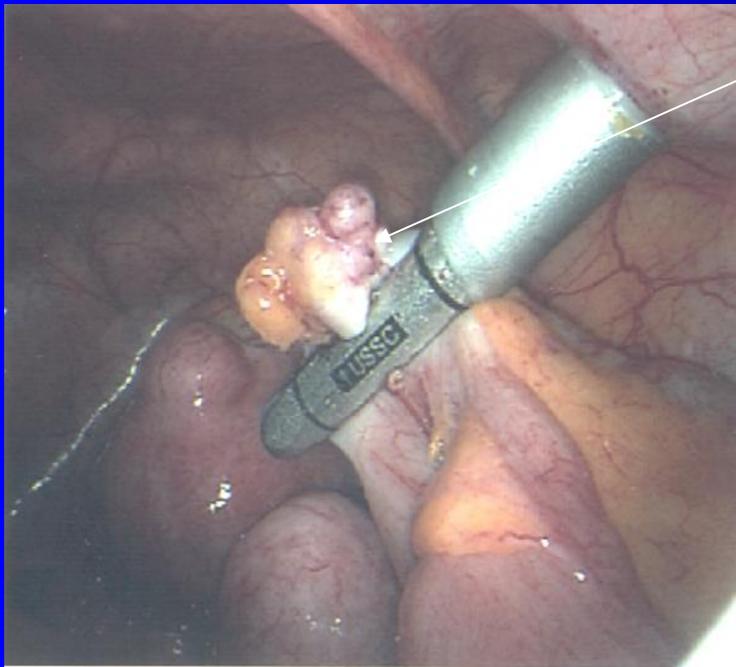
2



3



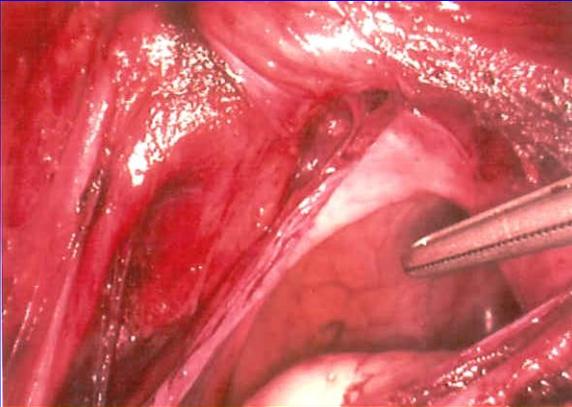
COELIO-CHIRURGIE



Endométriose caeco-
appendiculaire

Patiente de 38ans
Endométriose digestive
et génitale Stade III rAFS
Double résection digestive

COELIO-CHIRURGIE



Endométriose vésicale droite



Patiente de 26ans
Endométriose vésicale
+ Artère utérine droite
Résection complète suture vessie

Endométriose sévère ou extensive (sous-péritonéale): qu'en faire ? que dire ?

7 – TECHNIQUES CHIRURGICALES

C - LA LAPAROTOMIE DE CONVERSION

garde toute sa place

- estimé actuellement à 5%
- Opérateur dépendant
- Sécurité / chirurgie fonctionnelle

VI – RESULTATS

- Endométrioses sévères et extensives

- 1 - Le taux de complications : faible

- Digestives: fistules, péritonite stercorale
- Urinaires: fistules urétérale ou vésicale, sténose urétérale.

- 2 - L 'infertilité

- peu de séries.
- Globalement 50% de grossesses spontanées à 18 mois - 20% en FIV
- Résultats fonction des facteurs associés

– 3 - Les douleurs

- guérison complète
- dyspareunie, amélioration 90%
- dysménorrhée, amélioration 85%

– 4 - Les risques de récurrences

- diversement appréciés.
- Semblent faibles si traitement complet

CONCLUSION

- **Chirurgie** si douleurs persistantes sous traitement médical
- **Endométriose sévère ou extensive**: chirurgie possible sur certaines formes symptomatiques, par coelio-chirurgie. Difficile.
 - nécessite expérience et temps (consultations, intervention)
 - Bilan pré-thérapeutique complet.
 - Informations claires.
 - Résultats significatifs sur la douleur et l 'infertilité.